

ANA KARINA RIOS DE ARAÚJO MATHIAS

**PERCEPÇÃO DA VIOLÊNCIA PERPETRADA POR PARCEIRO
MASCULINO ENTRE MULHERES DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Dissertação de Mestrado

**ORIENTADOR: Prof. Dr. ALOÍSIO JOSÉ BEDONE
CO-ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. ARLETE MARIA DOS SANTOS FERNANDES**

**Unicamp
2011**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

**PERCEPÇÃO DA VIOLÊNCIA PERPETRADA POR PARCEIRO
MASCULINO ENTRE MULHERES DO ESTADO DE SÃO PAULO**

ANA KARINA RIOS DE ARAÚJO MATHIAS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Tocoginecologia da Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde, área de concentração em Fisiopatologia Ginecológica, sob orientação do Prof. Dr. Aloísio José Bedone e co-orientação da Prof^a. Dr^a. Arlete Maria dos Santos Fernandes.

Campinas, 2011

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Bibliotecária: Rosana Evangelista Poderoso – CRB-8ª / 6652

M426p Mathias, Ana Karina Rios de Araújo
Percepção da violência perpetrada por parceiro masculino
entre mulheres do Estado de São Paulo. / Ana Karina Rios de
Araújo Mathias. – Campinas, SP: [s.n.], 2011.

Orientador: Aloísio José Bedone
Co-orientadora: Arlete Maria dos Santos Fernandes
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Violência. 2. Violência sexual. 3. Percepção. I. Bedone,
Aloísio Jose. II. Fernandes, Arlete Maria dos Santos.
III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. IV. Título.

Título em inglês: Violence's perception by intimate partner among women in São Paulo

Keywords:

- Violence
- Sexual violence
- Perception

Titulação: Mestre em Ciências da Saúde

Área de Concentração: Fisiopatologia Ginecológica

Banca examinadora:

Prof. Dr. Aloísio José Bedone
Prof. Dr. Viviane Hermann Rodrigues
Prof. Dr. Rogério Bonassi Machado

Data da defesa: 21 – 06 – 2011

Diagramação e arte-final: Assessoria Técnica do CAISM (ASTEC)-

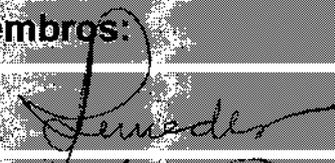
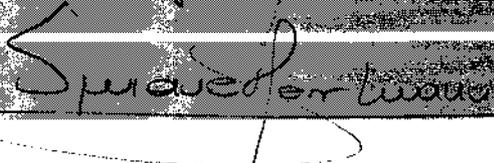
BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluno: ANA KARINA RIOS DE ARAÚJO MATHIAS

Orientador: Prof. Dr. ALOÍSIO JOSÉ BEDONE

Co-Orientadora: Profª. Drª. ARLETE MARIA DOS SANTOS FERNANDES

Membros:

1. 
2. 
3. 

Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

2011/06/21

Data: 21/06/2011

Dedico este trabalho...

*Aos meus pais,
que mesmo distante sempre me apoiaram e
sempre acreditaram no meu potencial.*

*Aos meus irmãos,
que são meus grandes amigos.*

*À minha afilhada,
por fazer a vida se tornar ainda mais bela.*

Agradecimentos

A Deus, por transmitir força e coragem nos momentos que pareciam difíceis.

À minha mãe, Glacildes, pela determinação e exemplo de vida para nunca desistir dos meus objetivos.

Ao meu pai, Cesar, pela ajuda e incentivo para realização dos meus objetivos.

À minha afilhada Júlia por ser fonte de alegria para mim.

À Ana Eliza, minha irmã e amiga, por ter me incentivado e me ajudado no ingresso ao mestrado.

Meu irmão, Jayme, que sempre vibrou com o meu Mestrado.

Às amigas Sandra e Simony, por serem sempre tão prestativas e acompanharem de perto todo o desenvolvimento deste trabalho.

À amiga Noemi pelo apoio psicológico e ensinamentos transmitidos.

Aos cunhados, Rogério e Eduardo, pelo apoio e carinho nas etapas iniciais desta pesquisa.

Às amigas Renata, Andrezza e Patricia por estarem tão próximas nos momentos de solidão.

Às amigas de muitos anos Kaline, Rossana, Larissa e Carla Sofia, pela admiração depositada em mim. Sempre me apoiaram em toda a minha trajetória.

Ao Prof. Dr. Aloísio Bedone e à Profa. Dra. Arlete Fernandes, por terem acreditado em mim, por sua dedicação, competência e por suas contribuições em todas as etapas deste trabalho.

À Dra. Maria José Osis, pela sua dedicação, simplicidade, paciência, disponibilidade, sugestões, críticas e pela contribuição desde as etapas iniciais deste estudo.

Ao responsável pela pesquisa original, Dr. Aníbal Eusébio Faúndes Latham, e a todos os profissionais que trabalharam na pesquisa original.

À Sirlei, pela disponibilidade e pelos esclarecimentos estatísticos imprescindíveis para a conclusão deste trabalho.

Ao pessoal do Cemicamp e do departamento de tocoginecologia da UNICAMP pelo apoio para a realização desta pesquisa.

À Margarete, ex-secretária da pós-graduação, pela sua disponibilidade, agilidade, simpatia e por sempre tentar ajudar os alunos.

À Denise, por me ajudar a resolver toda a parte burocrática para a Defesa do Mestrado.

A todas as mulheres que participaram do estudo, por terem compreendido a importância de uma pesquisa.

Agradecimentos Institucionais

*À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES)
pela concessão de bolsa de mestrado ao longo dos 24 meses de execução
deste projeto.*

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	ix
Resumo	x
Summary	xii
1. Introdução	14
2. Objetivos	22
2.1. Objetivo geral	22
2.2. Objetivos específicos.....	22
3. Sujeitos e Método	23
4. Publicação.....	26
5. Conclusões.....	52
6. Referências Bibliográficas.....	53
7. Anexos	56
7.1. Anexo 1 – Questionário.....	56
7.2. Anexo 2 – Carta de Aprovação do Projeto Comissão de Pesquisa do DTG/ CAISM	66
7.3. Anexo 3 – Carta de aprovação do projeto CEP/FCM/Unicamp.....	67
7.4. Anexo 4 – Relatório Final de 2010 do Projeto “Detecção da violência contra mulheres: o papel da atenção básica em saúde”	69

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

BHU – *Basic Health Units*

CAISM – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

CEMICAMP – Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

DRS – Departamentos Regionais de Saúde

IC – Intervalo de confiança

LMP – Lei Maria da Penha

OMS – Organização Mundial da Saúde

OR – *Odds Ratio*

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

Resumo

Introdução: A não efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos decorre não somente da não intervenção do Estado ou da falta de iniciativa das mulheres em busca de seus direitos, mas também pela falta de reconhecimento por estas do que é violência. As mulheres nem mesmo se consideram em situação de violência, o que dificulta a busca efetiva por seus direitos. **Objetivo:** Avaliar a percepção de mulheres em relação à violência perpetrada por companheiro/parceiro em Municípios de São Paulo. **Métodos:** Foi realizado um estudo com abordagem quantitativa, com o desenvolvimento de um estudo descritivo, de corte transversal. O estudo foi realizado a partir da análise secundária de dados coletados de questionário que foi aplicado em mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de 15 Departamentos Regionais do Estado de São Paulo, no período de agosto/2008 a maio/2009. Foram entrevistadas 2379 mulheres de 18 a 60 anos. **Resultados:** Das mulheres entrevistadas, 1319 (55,7%) referiram ter sofrido alguma violência do companheiro durante a vida ao responderem afirmativamente a perguntas específicas sobre atos de violência. No entanto, 51,3% das entrevistadas não perceberam a agressão sofrida. De 2367 entrevistadas, 53,2% referiram violência psicológica, 31,8% física e 12,3% violência sexual. Entre estas, 50,3% não

perceberam a violência psicológica, 35,3% a física e 23,7% não perceberam a violência sexual. As mulheres que referiram outras religiões (não protestante e não católica), as sem companheiro com casamento anterior, as categorizadas nas classes econômicas mais baixas, as mulheres com menor escolaridade e as que referiram religião protestante tiveram uma percepção mais frequente da violência sofrida [respectivamente OR 2,37 (1,52 a 3,69; 95% IC), OR 2,28 (1,60 a 3,25; 95% IC), OR 2,02 (1,29 a 3,18; 95% IC), OR 1,70 (1,08 a 2,62; 95% IC), OR 1,39 (1,14 a 1,70; 95% IC) e OR 1,39 (1,13 a 1,69; 95% IC)]. **Conclusão:** A prevalência de violência psicológica foi mais elevada, no entanto foi a agressão menos percebida (49,7%). Necessária a implementação de políticas de conscientização das mulheres a respeito dos atos que devem ser considerados como violência doméstica. Mudanças neste panorama de violência e percepção da violência só poderão ser alcançadas com o envolvimento de todos os profissionais das diversas áreas que atendem casos de violência.

Palavras-chave: Violência. Violência sexual. Percepção.

Summary

Introduction: The non-realization of sexual and reproductive rights stems not only of no government intervention or lack of initiative of women in seeking their rights, but also by what domestic violence means. Women don't even consider themselves victims of violence, making it difficult to search effectively for their rights.

Objective: The objective of this study is to evaluate the perception of women about domestic violence in the municipalities of São Paulo. **Methods:** We conducted a descriptive study with cross-sectional analysis from the secondary data collected from questionnaire that was applied to women users of the Basic Health Units (BHU) in 15 Regional Departments of the State of São Paulo in the period of August/2008 May/2009. We interviewed 2379 women aged 18 to 60 years.

Results: Between the women interviewed, 1319 (55.7%) reported domestic violence during the lifetime after they responded affirmatively to questions about specific acts of violence. However, 51.3% of women respondents did not perceive the aggression. Between 2367 of women respondents, 53.2% reported psychological violence, 31.8% physical violence and 12.3% sexual violence. Among these, 50.3% did not perceive the psychological violence, 35.3% did not perceive physical violence and 23.7% did not perceive sexual violence. Women who reported other

religions (not protestant/not catholic), the women without partner and no previous marriage, those women categorized in the lower economic classes, women with less education and the women who reported Protestant religion had more frequent perception of the violence suffered [respectively OR 2.37 (1.52 to 1.69, 95% CI), OR 2.28 (1.60 to 3.25, 95% CI), OR 2.02 (1.29 to 3.18; 95 % CI), OR 1.70 (1.08 to 2.62, 95% CI), OR 1.39 (1.14 to 1.70, 95% CI) and OR 1.39 (1.13 to 1 , 69, 95% CI)].

Conclusion: The prevalence of psychological violence was higher, however it was less perceived by the women (49.7%). its necessary to implement policies of awareness among women about the acts that must be considered as domestic violence. Changes to this situation of violence and perception of violence can only be achieved with the involvement of all professionals in various areas that meet the abuse cases.

Keywords: Violence. Sexual violence. Perception.

1. Introdução

Os direitos reprodutivos e sexuais estão previstos em Tratados e Convenções Internacionais aos quais o Brasil aderiu. Portanto, existe a obrigatoriedade de o Estado fazer cumprir as normas neles previstas. Tais direitos se constituem essencialmente pela liberdade no exercício da sexualidade e da reprodução humana, sem discriminação, coerção ou violência. Nesse sentido, consagra-se a liberdade de mulheres e homens de decidir se e quando desejam reproduzir-se (1).

Entre os documentos internacionais estão a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, de 1979, e a IV Conferência Mundial da Mulher, realizada em Pequim no ano de 1995 (2). A Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas através da Resolução 34/180, em 18 de dezembro de 1979, foi elaborada com o objetivo de dar visibilidade e tratar concretamente de uma ampla gama de temas relacionados ao reconhecimento da igualdade de direitos entre homens e mulheres nas esferas política, econômica, social e familiar (2). A Conferência de Pequim beneficiou-

se dos avanços conquistados na Conferência de Direitos Humanos (Viena - 1993) e na Conferência Mundial de População e Desenvolvimento (Cairo - 1994), bem como do debate produzido pelo ciclo de Conferências sobre desenvolvimento social promovido pelas Nações Unidas ao longo de toda a década de 1990.

O documento da IV Conferência Mundial da Mulher reconheceu os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e enfatizou a necessidade de garantir-lhes a autodeterminação, a igualdade e a segurança sexual e reprodutiva, direitos fundamentais para a promoção da saúde sexual e reprodutiva feminina. Criou, também, deveres para os Estados-Partes no que se refere ao reconhecimento e proteção de tais direitos (2).

Observe-se que as políticas internacionais não se limitam ao reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos, mas essencialmente à sua titularidade, ou seja, poder exercer esses direitos. Para um indivíduo ser titular de direitos é necessário um conjunto de condições que implicam tanto a existência de uma declaração formal desses direitos, em leis nacionais e internacionais; a correspondência entre esses direitos e os costumes, valores e comportamentos sociais e a implementação efetiva desses direitos (2).

Assim, o efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos demanda políticas públicas que assegurem a saúde sexual e reprodutiva. Nesta ótica, essencial é o direito ao acesso a informações, a meios e recursos seguros, disponíveis e acessíveis. Essencial também é o direito ao mais elevado padrão de saúde reprodutiva e sexual, tendo em vista a saúde não como mera ausência de

enfermidades e doenças, mas como a capacidade de desfrutar de uma vida sexual segura e satisfatória e de reproduzir-se ou não, quando e segundo a frequência almejada. Inclui-se ainda o direito ao acesso ao progresso científico e o direito à educação sexual. Portanto, clama-se aqui pela interferência do Estado, no sentido de que implemente políticas públicas garantidoras do direito à saúde sexual e reprodutiva (3).

O que ocorre é que essas normas passam por processos de implementação e efetivação muito lentos. Isto porque existem obstáculos que impedem o reconhecimento dos direitos reprodutivos e sexuais. A formulação e o reconhecimento jurídico dos direitos sexuais estão menos desenvolvidos que a formulação e o reconhecimento dos direitos reprodutivos. Isso ocorreu por razões históricas, religiosas e jurídicas. A perspectiva histórica demonstrou a ligação entre as questões populacionais e os direitos reprodutivos; a moral católica, por sua vez, tentou ocultar a diversidade sexual apresentando-a como amoral; e, por fim, a perspectiva do direito apontou a formulação 'masculina' dos direitos humanos (1).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou sob ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento e privação (4). A violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo atenta contra os direitos humanos e é uma preocupação para a saúde pública global (5). No Brasil, pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, em 2001, revelou que um quinto das mulheres

declarou, espontaneamente, ter sofrido algum tipo de violência por parte de algum homem, na maioria das vezes marido ou companheiro (6).

A Lei Maria da Penha (LMP) publicada em 8 de agosto de 2006, aprovada mediante orientações internacionais, trouxe inovações no ordenamento jurídico brasileiro, entre elas, a possibilidade de prisão preventiva do acusado, a participação obrigatória do Ministério Público, a obrigatoriedade de pena de restrição de liberdade em detrimento a outras previamente aplicadas, como pena pecuniária e de prestação serviços. A criação dos Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a mulher, com o apoio de uma equipe de atendimento multidisciplinar integrada por profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e de saúde, além de prever programas de reeducação e recuperação do agressor, foram medidas também previstas pela nova Lei (7).

Para a referida lei, configura-se violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas; no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa; em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.

Importante transcrever as formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, enunciadas no art. 7º da LMP, *in verbis*:

Art. 7º São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

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

II – a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

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

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

V – a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

A LMP completa, em 2001, cinco anos de publicação e algumas medidas nela previstas não foram implantadas na maioria dos Estados da Federação. Entre as medidas não implementadas pode-se citar, como exemplo, a falta da criação de juizados especiais, como havia sido previsto. Além disto, alguns artigos da lei

têm sido questionados e considerados inconstitucionais. Como resultado, quase sempre as autoridades policiais e judiciárias não têm aplicado a lei como deveriam. Ocorre que a referida lei parte do pressuposto de que deve prevalecer a vontade da mulher quanto a denunciar ou não seu agressor, para tanto se faz necessário verificar se elas percebem quando estão em situação de violência (8).

Um balanço apresentado em 2009 pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) sobre a aplicação da LMP mostrou que o número de processos nacionais por violência doméstica contra mulheres em tramitação foi de 150.532 entre julho e novembro de 2008. Dos processos abertos, 75.829 já foram sentenciados. Ao todo foram instauradas 41.957 [ações](#) penais e 19.803 ações cíveis, além de 19.400 medidas protetivas e 11.175 agressores presos em flagrante (9). Os números parecem elevados, mas considerando que no Brasil existem mais de 55 milhões de mulheres na faixa etária de 19 a 60 anos (10), considerando que a prevalência de violência doméstica é em torno de 45% (11), observa-se que o número de processos em tramitação referidos acima (150.532) não chega a 0,60% de mulheres em situação de risco.

Estudos na literatura sobre a percepção da violência por parte das mulheres descreveram a condição da mulher como condescendente e compreensiva, que procura encontrar justificativas para as agressões de seus companheiros e, ainda, chamaram atenção para o fato de que entre as que queriam ajuda, não sabiam a quem procurar nem como pedir ajuda (12). A não visualização dos eventos violentos pelas próprias mulheres ocorre por múltiplos fatores como banalizar e relativizar essas ações e, muitas vezes, não perceberem

as violências que sofrem ou encará-las como naturais em suas vidas (13). Cerca de 50% de meninas e mulheres de 57 países com idade entre 15-49 anos responderam que era justificado o marido ou parceiro bater na mulher em certas circunstâncias (14).

Entre os fatores que podem influenciar o reconhecimento da violência têm sido descritos o baixo nível de escolaridade e os aspectos culturais (15). Existe associação também entre classe econômica e o risco de vitimização por agressão física, visto que há um aumento da mortalidade por homicídios para indivíduos de grupos sociais de menor renda, com ocupações não qualificadas, residentes em áreas de piores condições socioeconômicas, e risco aumentado de agressões físicas em desempregados (16).

Schraiber e colaboradores (11), em 2007, realizaram estudos na Grande São Paulo e relataram que as taxas de percepção da violência são muito menores que as das prevalências encontradas. Isso indicaria um descompasso entre as agressões referidas com base em atos discriminados e a noção de violência. O referido estudo apontou o não reconhecimento da “violência” como adequada para nomear qualquer das situações de agressões experimentadas, observando-se o uso desse termo mais aderido às situações de agressões por estranhos, sobretudo a sexual (11).

Assim, não se sabe se a não efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil decorre da não intervenção do Estado ou da falta de iniciativa das

mulheres em buscar seus direitos por nem mesmo os conhecerem, o que também deve ser creditado à falha do Estado.

Em 2008, foi realizada pesquisa sobre detecção da violência contra mulheres com amostra em 15 Municípios do Estado de São Paulo, com o objetivo de avaliar a prevalência e a detecção de situações de violência entre mulheres que consultam em unidades básicas de saúde (UBS), bem como a atenção dada a essas mulheres, nos municípios-sede dos 17 Departamentos Regionais de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo.

Este estudo procurou analisar a percepção de mulheres do Estado de São Paulo com respeito à situação de violência perpetrada por parceiro íntimo masculino, independentemente de terem se submetido a tal, de acordo com o perfil sociodemográfico.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Avaliar a percepção de mulheres em relação à violência perpetrada por companheiro/parceiro em municípios do Estado de São Paulo.

2.2. Objetivos específicos

- Avaliar a prevalência e os tipos de violência referidos.
- Avaliar a percepção das mulheres em relação à violência.
- Associar a percepção da violência com o tipo de violência sofrida.
- Avaliar a percepção da violência de acordo com o perfil sociodemográfico das mulheres vítimas de violência doméstica.

3. Sujeitos e Método

Foi realizado um estudo descritivo de corte transversal, a partir da análise secundária de dados coletados de questionário, que foi aplicado a mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Departamentos Regionais do Estado de São Paulo no período de agosto/2008 a maio/2009, conforme pesquisa já publicada (Anexo 4).

O cálculo da amostra no projeto original, 2379 mulheres, considerou prevalência estimada de 46% de algum tipo de violência durante a vida (17) com uma diferença absoluta aceitável de 2% e erro tipo I de 5%, acrescentando-se 10% para possíveis perdas e por não resposta. Tornamos a recalcular a amostra segundo os objetivos do estudo atual. Segundo as prevalências para os diferentes tipos de violência, psicológica, física e sexual, (11) considerando-se o nível significância de 5% e um erro amostral de 5%, o tamanho da amostra foi calculado em 384 mulheres. Aceitou-se, então, a amostra de 2379 mulheres para este estudo.

As entrevistas foram distribuídas em 15 municípios-sede dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) da Secretaria Estadual de Saúde, sendo eles: DRS 1 – Grande São Paulo; DRS 2 – Araçatuba; DRS 3 – Araraquara; DRS 4 –

Baixada Santista; DRS 7 – Campinas; DRS 8 – Franca; DRS 9 – Marília; DRS 10 – Piracicaba; DRS 11 – Presidente Prudente; DRS 12 – Registro; DRS 13 – Sertãozinho; DRS 14 – São João da Boa Vista; DRS 15 – São José do Rio Preto; DRS 16 – Sorocaba e DRS 17 – Taubaté. Foram excluídas as DSR de Bauru e Barretos por não ter sido possível identificar pessoas para coordenar a coleta de dados. A metodologia está descrita com detalhes em estudo anterior (Anexo 4).

Foi aplicado questionário estruturado e pré-testado específico para mulheres. O questionário estruturado utilizado foi pré-testado e teve como base em sua confecção o *Abuse Assessment Screen* (18) e o *Conflict Tactics Scales* modificado pelo *Violence Against Women Study (VAW)*, este último realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em vários países, entre os quais o Brasil (19).

Os dados deste estudo foram coletados a partir de banco secundário composto de *variáveis sociodemográficas*: faixa etária (≤ 19 anos, 20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos e 50-60 anos); escolaridade (≤ 8 anos e > 8 anos), cor da pele (negra ou branca); trabalho remunerado (sim ou não); religião (católica, protestante/evangélica, outras e sem religião); estado marital (com companheiro em convívio, com companheiro sem convívio, sem companheiro com casamento anterior, sem companheiro e sem casamento anterior); e classes econômicas categorizadas segundo renda em reais em: classe E $< 618,00$; classe D 618,00 a 932,99; classe C 933,00 a 2.326,99; e classes A e B $\geq 2327,00$. (20)

Também foram utilizadas as variáveis categorizadas em *tipos de violência* sofridos pela mulher, em violência física, sexual e psicológica. Foi considerada

violência física qualquer resposta positiva às perguntas sobre se “alguma vez o atual/anterior marido/companheiro/namorado” havia cometido os seguintes atos: “estrangulado ou queimado”; “levado um chute, uma surra ou foi arrastada”; “foi machucada com soco ou objeto”; “deram-lhe um tapa, atiraram algo que poderia machucar”; “foi empurrada, deram-lhe um tranco/chacoalhão”. Como violência sexual foram consideradas as respostas afirmativas às perguntas sobre se “alguma vez, pelo atual/anterior marido/companheiro/namorado”: “havia sido forçada a manter prática sexual degradante/humilhante”; “submeteu-se à relação sexual por medo”; “foi forçada a manter relações sexuais”. Considerou-se violência psicológica as repostas afirmativas às perguntas sobre se “alguma vez, pelo atual/anterior marido/companheiro/namorado”: “foi ameaçada”; “foi assustada ou intimidada”; “foi depreciada ou humilhada”; “foi insultada e/ou sentiu-se mal a respeito de si”. Considerou-se percepção de violência a resposta afirmativa à questão “A Sra. considera que sofreu violência na vida?”, questão esta que se referiu à qualquer vivência anterior de violência, sem restrição do momento em que a mesma aconteceu.

A análise estatística foi realizada através dos testes *t* de Student e qui-quadrado. Posteriormente, foi realizada análise múltipla por regressão logística através do cálculo do *Odds Ratio* (OR) múltiplo e respectivo intervalo de confiança de 95% para determinar as características das mulheres associadas às variáveis: tipo de violência e percepção de violência. A metodologia está descrita com detalhes em estudo anterior (Anexo 4). O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

4. Publicação



Prezado(a) Senhor(a) Arlete Maria dos Santos Fernandes,

Acusamos o recebimento do artigo “Percepção da violência perpetrada por parceiro masculino por mulheres do Estado de São Paulo”, enviado para análise na Revista de Saúde Pública, com vista a publicação. O artigo está registrado sob o protocolo nº3363.

Para acompanhar o processo de avaliação, acesse o endereço www.fsp.usp.br/rsp

Atenciosamente,

Secretaria RSP

**Percepção da violência perpetrada por parceiro masculino entre mulheres
do Estado de São Paulo**

Violence's perception by intimate partner among women in São Paulo State

Violência por parceiro íntimo

Ana Karina Rios de Araujo Mathias¹

Maria José Duarte Osis²

Arlete Maria dos Santos Fernandes³

Aloísio José Bedone⁴

Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas - Campinas (SP), Brasil

1. Pós-Graduanda do Departamento de Tocoginecologia da FCM/Universidade Estadual de Campinas
2. Pesquisadora do Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas - CEMICAMP
3. Professor Assistente do Departamento de Tocoginecologia da FCM/Universidade Estadual de Campinas
4. Professor Livre-Docente do Departamento de Tocoginecologia da FCM/Universidade Estadual de Campinas

Endereço de correspondência:

Aloísio José Bedone

Caixa Postal 6181

13084-971, Campinas, SP, Brasil

Telefone: +55-19-3521-9306

E-mail: bedone@unicamp.br

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a percepção de mulheres em relação à violência perpetrada por companheiro/parceiro nos municípios do Estado de São Paulo. **MÉTODOS:** Foi realizado um estudo descritivo, de corte transversal, a partir da análise secundária de dados de pesquisa com mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de 15 Departamentos Regionais do Estado de São Paulo, no período de agosto/2008 a maio/2009. Foram entrevistadas 2379 mulheres de 18 a 60 anos. **RESULTADOS:** Das mulheres entrevistadas, 1319 (55,7%) referiram ter sofrido alguma violência do companheiro durante a vida ao responderem afirmativamente a perguntas específicas sobre atos de violência. No entanto, 51,3% delas não perceberam a violência. A percepção foi maior para a violência sexual, seguida da física. A violência psicológica foi a menos percebida entre as mulheres. As variáveis associadas à percepção de violência foram: outras religiões (não católica/não protestante), sem companheiro com casamento anterior, classes econômicas E e D, escolaridade ≤ 8 anos e religião protestante. **CONCLUSÃO:** O estudo indicou que a prevalência de violência por parceiro íntimo é alta; no entanto, a percepção da situação de violência é ainda baixa entre as mulheres. Uma das estratégias importantes para aumentar a percepção da violência pelas mulheres é a divulgação de dados sobre a violência por parceiro íntimo com o objetivo de se promover uma discussão ampla, envolvendo não só as entidades como também a sociedade.

DESCRITORES: Violência. Parceiro íntimo. Percepção.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of this study is to evaluate the women's perception in relation to domestic violence in the municipalities of São Paulo. **METHODS:** We conducted a descriptive study of cross-section from the secondary analysis of survey data with users of the Basic Health Units (BHU) in 15 Regional Departments of the State of Sao Paulo in the period of August/2008 May/2009 . We interviewed 2379 women aged 18 to 60. **RESULTS:** Between the women interviewed, 1319 (55.7%) reported having experienced domestic violence during the lifetime in reason of they having responded positively to question about specific acts of violence. However, 51.3% of the women did not perceive violence. The perception was higher for sexual violence followed by physical abuse, the psychological violence was the least perceived among women. The associated variables with violence perception were other religions (not catholic/not protestant), without partner with former marriage, economic class E and D, schooling or less than eight years and protestant religion. **CONCLUSION:** The study indicated that the prevalence of violence by intimate partners is still high, however the perception of the situation of violence is still low among women. One of the important strategies to increase violence perception by women is the dissemination of data on intimate partner violence with the finality of promoting a wider discussion involving not only the entities but also to society.

KEYWORDS: Violence. Intimate partner. Perception.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou sob ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento e privação.²⁷ A violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo atenta contra os direitos humanos e é uma preocupação para a saúde pública global.⁹

Estudos internacionais têm descrito prevalências de violência por parceiro íntimo, que variam de 23,4% a 58%.^{3,14,20} Em relação às formas de violência, as prevalências variaram de 17,9% a 43,7% para violência física, de 21,9% a 82,6% para psicológica e de 10% a 30,9% para sexual.^{17,26} No Brasil, em estudo colaborativo com a OMS com mulheres de São Paulo e Pernambuco, 41,8% e 48,9% delas, respectivamente, referiram que pelo menos uma vez na vida haviam sofrido violência psicológica praticada por parceiro íntimo, 27,2% e 33,7% haviam sofrido violência física e 10,1% e 14,3% referiram violência sexual.²³

A Lei Maria da Penha (LMP), publicada em 8 de agosto de 2006, trouxe inovações no ordenamento jurídico brasileiro; entre elas, a possibilidade de prisão preventiva do acusado, a participação do Ministério Público, a obrigatoriedade de pena de restrição de liberdade em detrimento de outras previamente aplicadas, como a pecuniária e de prestação de serviços. A criação dos Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a mulher, com o apoio de uma equipe de atendimento multidisciplinar integrada por profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e de saúde e os programas de

reeducação e recuperação do agressor, foram contribuições da nova Lei que necessitam ser implementadas.¹³

Um balanço apresentado em 2009 pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) sobre a aplicação da LMP mostrou que o número de processos nacionais por violência doméstica contra mulheres em tramitação foi de 150.532, entre julho e novembro de 2008. Dos processos abertos, 75.829 estavam sentenciados. Ao todo, foram abertas 41.957 [ações](#) penais e 19.803 cíveis, além de 19.400 medidas protetivas e 11.175 agressores presos em flagrante.⁶ Considerando que no Brasil existem mais de 55 milhões de mulheres na faixa de 19 a 60 anos¹¹ e que a prevalência de violência por parceiro íntimo é em torno de 45%,²³, o número de processos em tramitação referidos (150.532) corresponde a 0,6% de mulheres em situação de risco.

A intervenção do Estado é necessária para a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres; entretanto, resta estudar melhor como se comportam e o que pensam as mulheres sobre a violência. Este estudo procurou analisar a percepção de mulheres do Estado de São Paulo, com ou sem vivência de violência, com respeito à situação de agressão perpetrada por parceiro íntimo masculino, em relação ao perfil sociodemográfico.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo de corte transversal, a partir da análise secundária de dados coletados de mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos Departamentos Regionais do Estado de São Paulo no período de agosto/2008 a maio/2009. Foram entrevistadas mulheres de 15 municípios-

sede dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) da Secretaria Estadual de Saúde, sendo eles: DRS 1 – Grande São Paulo; DRS 2 – Araçatuba; DRS 3 – Araraquara; DRS 4 – Baixada Santista; DRS 7 – Campinas; DRS 8 – Franca; DRS 9 – Marília; DRS 10 – Piracicaba; DRS 11 – Presidente Prudente; DRS 12 – Registro; DRS 13 – Sertãozinho; DRS 14 – São João da Boa Vista; DRS 15 – São José do Rio Preto; DRS 16 – Sorocaba e DRS 17 – Taubaté.

O questionário utilizado foi estruturado e pré-testado e teve como base para sua elaboração o *Abuse Assessment Screen*¹⁸ e o *Conflict Tactics Scales*, modificado pelo *Violence Against Women Study (VAW)*, este último realizado pela OMS em vários países, entre os quais o Brasil.²¹

A amostra no projeto original foi de 2379 mulheres, considerando-se a prevalência estimada de 46% de algum tipo de violência durante a vida²³ com diferença absoluta aceitável de 2% e erro tipo I de 5%, acrescentando-se 10% para possíveis perdas e por não resposta. Tornamos a recalcular a amostra segundo os objetivos do estudo atual. Segundo as prevalências para os diferentes tipos de violência, psicológica, física e sexual,²² considerando-se o nível de significância de 5% e um erro amostral de 5%, o tamanho da amostra foi calculado em 384 mulheres. Aceitou-se a amostra de 2379 mulheres para este estudo.

Os dados deste estudo foram coletados a partir de banco secundário composto de *variáveis sociodemográficas*: faixa etária (≤ 19 anos, 20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos e 50-60 anos); escolaridade (≤ 8 anos e > 8 anos), cor da pele (negra ou branca); trabalho remunerado (sim ou não); religião [católica, protestante/evangélica, outras (espiritismo, umbanda, candomblé e religiões orientais) e sem religião]; estado marital (com companheiro em convívio, com

companheiro sem convívio, sem companheiro com casamento anterior, sem companheiro e sem casamento anterior); e classes econômicas categorizadas segundo renda familiar, em reais, em: classe E <618,00; classe D 618,00 a 932,99; classe C 933,00 a 2.326,99; e classes A e B $\geq 2327,00$.¹

Também foram utilizadas as variáveis categorizadas em *tipo de violência* sofrida pela mulher em violência física, sexual e psicológica. Foi considerada violência física qualquer resposta positiva às perguntas sobre se “alguma vez o atual/anterior marido/companheiro/namorado” havia cometido os seguintes atos: “estrangulado ou queimado”; “levado um chute, uma surra ou foi arrastada”; “foi machucada com soco ou objeto”; “deram-lhe um tapa, atiraram algo que poderia machucar”; “foi empurrada, deram-lhe um tranco/chacoalhão”. Como violência sexual foram consideradas as respostas afirmativas às perguntas sobre se “alguma vez, pelo atual/anterior marido/companheiro/namorado”: “havia sido forçada a manter prática sexual degradante/humilhante”; “submeteu-se à relação sexual por medo”; “foi forçada a manter relações sexuais”. Considerou-se violência psicológica as repostas afirmativas às perguntas sobre se “alguma vez, pelo atual/anterior marido/companheiro/namorado”: “foi ameaçada”; “foi assustada ou intimidada”; “foi depreciada ou humilhada”; “foi insultada e/ou sentiu-se mal a respeito de si”. Considerou-se percepção de violência a resposta afirmativa à questão “A Sra. considera que sofreu violência na vida?”, questão esta que se referiu à qualquer vivência anterior de violência, sem restrição do momento em que a mesma aconteceu.

A análise estatística foi realizada através dos testes *t* de Student e qui-quadrado. Posteriormente, foi realizada análise múltipla por regressão logística

através do cálculo do *Odds Ratio* (OR) múltiplo e respectivo intervalo de confiança de 95% para determinar as características das mulheres associadas às variáveis tipo de violência e percepção de violência. A metodologia está descrita com detalhes em estudo anterior.¹⁶ O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a distribuição das mulheres que referiram antecedente de violência psicológica, física e sexual pelo companheiro, segundo características sociodemográficas. A violência psicológica foi a mais frequente, relatada por 1261 mulheres (53,8%), seguida da física e da sexual relatadas por 755 (32,2%) e 291 (12,4%) mulheres, respectivamente. As formas de violência física e sexual foram mais frequentes entre as mulheres de maior faixa etária ($p=0,002$ e $p<0,0001$, respectivamente).

Com relação à escolaridade, observou-se um maior percentual de mulheres com até oito anos de formação que referiram ter sofrido violência psicológica, física e sexual, 57,2% ($p=0,0005$), 37,7% ($p<0,0001$) e 15,9% ($p<0,0001$), contra 50%, 26,1% e 8,5%, respectivamente, entre as com mais de oito anos de formação. Um percentual maior de mulheres que referiram ter outras religiões (não católica/não protestante) referiu ter sofrido violência psicológica, ao passo que as violências física e sexual foram mais relatadas por mulheres que referiram a religião protestante (Tabela 1). As formas de violência psicológica e sexual foram mais referidas pelas mulheres que estavam sem companheiro com casamento anterior. Por outro lado, a violência física foi mais

prevalente entre as mulheres que conviviam com o companheiro ($p < 0,0001$) (Tabela 1). Os três tipos de violência foram relatados com mais frequência pelas mulheres de classes socioeconômicas mais baixas ($p < 0,0001$). Não se observou diferença significativa quando se analisou a cor da mulher e o fato de exercer ou não trabalho remunerado (Tabela 1).

A análise de regressão logística múltipla mostrou que as seguintes variáveis estiveram associadas à prevalência de violência psicológica: estar sem companheiro atual com casamento anterior [OR 3,75 (2,42 a 5,81; 95% IC)], pertencer às classes econômicas E, D e C [respectivamente OR 2,04 (2,04 a 3,03; 95% IC), OR 1,60 (1,60 a 2,35; 95% IC) e OR 1,51 (1,51 a 2,16; 95% IC)], ter escolaridade ≤ 8 anos [OR 1,26 (1,05 a 1,52; 95% IC)], religião protestante/evangélica [OR 1,22 (1,01 a 1,48; 95% IC)] e exercer trabalho remunerado [OR 1,21 (1,01 a 1,45; 95% IC)] (Tabela 2).

Foram associados à violência física estar sem companheiro atual e ter antecedente de casamento [OR 3,10 (2,17 a 4,44; 95% IC)], pertencer à classe econômica E [OR 2,11 (1,35 a 3,03; 95% IC)] e ter escolaridade ≤ 8 anos [OR 1,55 (1,27 a 1,90; 95% IC)] (Tabela 2).

O antecedente de violência sexual esteve associado às faixas etárias 30-39 anos, 40-49 anos e ≥ 50 anos [respectivamente OR 5,56 (1,68 a 18,34; 95% IC), OR 5,20 (1,56 a 17,35; 95% IC) e OR 5,86 (1,74 a 19,73; 95% IC)], estar sem companheiro atual com casamento anterior [OR 3,60 (2,38 a 5,44; 95% IC)], estar com companheiro atual sem convívio [OR 2,63 (1,73 a 4,02; 95% IC)], pertencer às classes econômicas E, D e C [respectivamente OR 3,38 (1,48 a 7,71; 95% IC), OR 2,97 (1,30 a 6,78; 95% IC) e OR 2,27 (1,02 a 5,04; 95%

IC)], ter escolaridade ≤ 8 anos [OR 1,49 (1,08 a 2,05; 95% IC)] e religião protestante/evangélica [OR 1,49 (1,12 a 1,98; 95% IC)] (Tabela 2).

A Tabela 3 mostra a percepção das mulheres em relação às situações de agressão. Do total da amostra, 1319 mulheres (55,7%) responderam afirmativamente a situações diversas de violência durante a vida; entretanto, somente 643 (48,7%) tinham a percepção de tê-la sofrido. As mulheres que sofreram violência sexual e física tiveram uma percepção maior (76,3% e 64,7%, respectivamente) do que as que sofreram violência psicológica (49,7%) e o total (48,7%) de mulheres que sofreram algum tipo de violência (Tabela 3).

A análise de regressão logística múltipla mostrou as variáveis associadas à percepção de violência (Tabela 4). As mulheres que referiram outras religiões (não protestante e não católica), as sem companheiro com casamento anterior, as categorizadas nas classes E e D, as mulheres com escolaridade ≤ 8 anos e as que referiram religião protestante/evangélica com maior frequência perceberam a violência sofrida [respectivamente OR 2,37 (1,52 a 1,69; 95% IC), OR 2,28 (1,60 a 3,25; 95% IC), OR 2,02 (1,29 a 3,18; 95% IC), OR 1,70 (1,08 a 2,62; 95% IC), OR 1,39 (1,14 a 1,70; 95% IC)] e OR 1,39 (1,13 a 1,69; 95% IC)] (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Neste estudo a prevalência de mulheres com vivência de violência perpetrada por parceiro íntimo foi de 55,7%, similares às descritas em estudos nacionais. Três estudos, com mulheres atendidas na emergência, mostraram que 45,8% a 69,4% eram mulheres vítimas de alguma violência por parceiro íntimo.^{7, 22,24}

As prevalências de violência psicológica, física e sexual foram de 53,8%, 32,2% e 12,4%. A violência sexual foi menos referida, possivelmente porque as mulheres consideram um dever matrimonial estar acessível sexualmente a seus parceiros. A violência sexual é mais facilmente reconhecida nos eventos cometidos por terceiros, geralmente desconhecidos. Em contrapartida a violência psicológica foi mais frequente, talvez em razão de ser mais fácil para a mulher relatar insultos, intimidações ou ameaças do que situações íntimas humilhantes ou forçadas pelo parceiro. Uma de cada três mulheres neste estudo tinha vivido alguma vez violência física provocada pelo parceiro, frequência compatível com de inúmeros estudos nacionais.^{12,19,22,23,24}

Estudos realizados em UBS nas regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste do Brasil descreveram prevalências de violência psicológica, física e sexual por parceiro íntimo que variaram de 41,8% a 78,3%, 27,2% a 65,7% e 8% a 68,7%, respectivamente.^{12,19,23,23,24} As prevalências descritas em estudos internacionais também têm variado, de 21,9% a 82,6% para violência psicológica, 12,9% a 61% para física, e 6,2% a 58,6% para sexual, em geral, as taxas mais altas ocorreram em países em desenvolvimento.^{17,26,9}

Em estudo multicêntrico com a participação do Brasil, Bangladesh, Etiópia, Japão Namíbia, Peru, República da Tanzânia, Samoa, Servia e Montenegro, e Tailândia, realizado pela OMS, houve variação na prevalência entre os locais estudados, mas similaridade nos fatores associados à violência recente por parceiro íntimo.² Entre os fatores sociodemográficos, estar em convívio com o parceiro e idade jovem da mulher foram os fatores de risco associados.² Resultados

da pesquisa em São Paulo e Pernambuco mostraram a escolaridade até oito anos da mulher como característica associada à violência por parceiro íntimo.²³

Este estudo teve resultados similares com relação à escolaridade da mulher, aquelas com até 8 anos de estudo apresentaram 25% a 50% maior chance de sofrer violência psicológica, física e sexual que mulheres com escolaridade maior de 8 anos. Estes números não significam necessariamente que a violência seja mais prevalente em mulheres com níveis mais baixos de escolaridade. A violência, incluindo-se a sexual, é perpetrada contra mulheres de maior escolaridade também. Estudo realizado em uma universidade pública do Estado de São Paulo mostrou que 56,3% das alunas participantes referiram ter sofrido algum tipo de violência desde seu ingresso na universidade. Aproximadamente 10% da amostra mencionaram especificamente a violência sexual.²⁸

Os resultados em relação a idade da mulher e forma de convívio com o parceiro foram divergentes do estudo da OMS com 24.097 mulheres de 15-49 anos.^{2,23} As mulheres de menor idade e em convívio com o parceiro tinham maior risco para violência recente por parceiro íntimo. Neste estudo, entre as mulheres acima de 30 anos observou-se cinco vezes maior chance de violência sexual por parceiro íntimo, mas não houve associação entre idade e violência física e psicológica. É possível que devido à pergunta “alguma vez na vida” e não “no último ano”, as mulheres de maior idade tenham estado por mais tempo expostas a ambientes de agressividade masculina, especialmente a sexual, que muitas vezes iniciam a vivenciar com evento de abuso na infância ou adolescência e seguem vivendo com seus companheiros episódios de sexo sem consentimento.

Quanto à situação conjugal, estar sem companheiro com casamento anterior aumentou três vezes a chance de todas as formas de violência. A forma como foi categorizada a variável estado marital contribuiu para melhor compreensão. As mulheres sem companheiro foram categorizadas neste estudo como com e sem casamento anterior, tentando impedir o viés de que as mulheres solteiras poderiam estar mais expostas à violência pela falta de um companheiro. É possível que esse grupo, mulheres sem companheiro com casamento anterior, ao contrário, tenha concentrado mulheres com vivências traumáticas de seus relacionamentos anteriores, e que por isso tenham feito opção por viverem sozinhas. Inversamente, estar com companheiro sem convívio aumentou a chance para a violência sexual, mas não para física e psicológica. É possível que mulheres solteiras estejam mais expostas à violência sexual por frequentarem ambientes da vida noturna, quando é mais comum exposição a álcool e drogas, que são agentes facilitadores de atos violentos. Estudo nacional descreveu que pessoas solteiras tinham risco duas vezes maior para vivência de violência física por parceiro íntimo,¹⁰ enquanto outro descreveu prevalência maior de violência entre as mulheres solteiras em relação às casadas.²⁰

Diferentemente, o estudo multicêntrico realizado pela OMS² observou que as mulheres que coabitavam com o parceiro sem casamento formal, tinham risco aumentado de violência recente por parceiro íntimo, em relação às solteiras e às com casamento formal. Essa diferença pode se dar em razão das diferentes características das amostras, uma delas a diferença na pergunta sobre violência “nos últimos meses” e “alguma vez na vida”. Além disso, a idade das mulheres

no estudo da OMS foi de 15 a 49 anos, enquanto neste estudo o número de mulheres mais velhas, bem como a faixa etária da amostra foram maiores.

Poucos estudos na literatura avaliaram a religião entre fatores estudados, um deles¹² observou que 67% das mulheres que sofreram violência, independente do tipo de agressão, referiram a prática de religião católica, ao contrário, este estudo mostrou que a referência à religião protestante/evangélica foi maior para a violência psicológica e sexual, mas não para a violência física. O fato de que categorizamos a religião protestante juntamente com a evangélica, grupos de característica socioeconômica e cultural diferentes, bem como por ter agrupado as religiões menos referidas (espiritismo, umbanda, candomblé e religiões orientais) em “outras religiões” podem ter levado a vieses nos resultados.

Foi observada, neste estudo, maior prevalência de violência entre as mulheres de classes econômicas mais baixas, resultado similar a estudo nacional no qual 59% das mulheres de classes D e E referiram violência psicológica, enquanto 43% dessas mesmas classes referiram violência física.¹² Ressalte-se que não há estudos com mulheres de estratos mais elevados, porque as pesquisas normalmente são realizadas em UBS ou hospitais públicos frequentados pela população de menor renda. Estudo realizado no Irã descreveu que a prevalência de mulheres vítimas de violência variava inversamente à renda familiar em dólares.²⁶

Não se encontrou associação entre cor da pele da mulher e violência por parceiro íntimo, similar a estudo anterior,¹⁰ o que significa que a questão da violência é possivelmente afetada por aspectos econômicos e não étnicos. Neste estudo, ter ou não trabalho remunerado não influenciou nas formas de violência física e sexual por parceiro íntimo, mas foi 20% maior a chance de

mulheres sem trabalho remunerado referirem violência psicológica. É possível que mulheres dependentes sejam mais submetidas a insultos e provocações do companheiro, entretanto, este estudo foi limitado para avaliar esta questão.

Em relação à percepção da violência, das 1319 mulheres que responderam afirmativamente à vivência de diferentes formas de agressão por parceiro íntimo, apenas 48,7% responderam positivamente à pergunta “você considera que sofreu violência na vida?”. Outro estudo nacional, com pergunta idêntica para determinar percepção de violência, descreveu 39% de mulheres que responderam afirmativamente.²²

A percepção da violência por parceiro íntimo varia segundo o país e as diferentes culturas.⁵ A não visualização dos eventos violentos pelas mulheres ocorre por múltiplos fatores, entre os quais a banalização e a relativização dessas ações que, constantemente, são encaradas como naturais.^{12,8} Ainda, as mulheres tendem a encontrar justificativas para a violência e, frequentemente, atribuem-se responsabilidade por atos perpetrados pelo parceiro.⁴ Cerca de 50% de meninas e mulheres de 57 países com idade entre 15-49 anos responderam que era justificado o parceiro bater na mulher em certas circunstâncias.²⁵ Outros fatores que podem influenciar o reconhecimento da violência são o baixo nível de escolaridade e os aspectos culturais.¹⁵

Neste estudo 76,3% das mulheres perceberam ter vivido violência sexual, 64,7% perceberam a física e 49,7% perceberam a psicológica. Embora com menores prevalências, estudo nacional descreveu de forma decrescente a percepção das diferentes violências por parte da mulher, 66,6% perceberam a violência sexual, 34,8% a física e 11% a psicológica.²² É inquietante interpretarmos os

números da não percepção: das mulheres que sofreram violência sexual, física e psicológica, respectivamente, 23,7%, 35,3% e 50,3% não perceberam.

A percepção foi menor com relação à violência psicológica, se comparada às percepções da violência sexual e física. Muitas mulheres não consideram insultos, humilhações ou ameaças como agressões. A violência psicológica não deixa marcas visíveis e, habitualmente, é generalizada na sociedade, comum às pessoas que convivem na mesma casa desde a infância, no bairro, na escola, por isso é mais difícil de ser percebida como violência.

Este estudo mostrou que, nos municípios maiores de 100.000 habitantes do Estado de São Paulo, a maior percepção da violência perpetrada por parceiro íntimo foi por parte de mulheres sem companheiro com casamento anterior, das classes econômicas D e E, escolaridade ≤ 8 anos, religião protestante/evangélica e outras religiões (não católica/não protestante/não evangélica).

Há, todavia, aspectos importantes a serem considerados. A composição da amostra por mulheres que frequentam as UBS dos municípios pode ter alterado a representatividade das classes econômicas A e B e, conseqüentemente, os resultados não podem ser representativos da população do Estado. Também não temos dados sobre os antecedentes do convívio com violência doméstica e sexual na infância/adolescência das mulheres estudadas, já que são fatores conhecidos que influenciam a percepção de violência. Outro fator a ser considerado diz respeito à complexidade de análise da variável religião, uma característica difícil de ser medida em sua influência no comportamento dos indivíduos, e intrinsecamente ligada às demais características socioculturais e econômicas.

Mudanças no panorama da violência e de sua percepção só poderão ser alcançadas com o envolvimento de todos os profissionais das diferentes áreas que atendem casos de violência, pois é um problema de saúde pública e como tal deve ser abordado. Uma das estratégias importantes é a divulgação de dados sobre a violência doméstica com o objetivo de promover uma discussão mais ampla, envolvendo não só as entidades como também a sociedade.

As mulheres que nem mesmo se consideram em situação de violência, nunca terão garantia de seus direitos. A implementação de políticas de conscientização dos direitos sexuais e reprodutivos e dos atos que devem ser considerados como violência contra a mulher, poderá ser feita por sociedades civis organizadas. A facilitação do acesso às autoridades policiais e judiciárias deverá ser garantida pelo Estado. Ambas são medidas necessárias à melhoria da qualidade de vida da sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. [Acesso em 02/05/2011] Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Utils/FileGenerate.ashx?id=46>
2. Abramsky T., Watts C.H., Garcia-Moreno C., Devries K., Kiss L., Ellsberg M., Jansen H.A.F.M. et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health* 2011, 11:109.

3. Adhikari R. e Tamang J. Sexual coercion of married women in Nepal. *Bio Med Central Women's Health*. 2010; 10:31.
4. Agoff C., Rajsbaum A., Herrera C. Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México. *Salud Publica Mex*. 2006; 48 supl 2:S307-S314.
5. Babu BV and Kar SK. Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues. *BMC Public Health*. 2009; 9: 129. Published online 2009 May 9. doi: 10.1186/1471-2458-9-129. PMCID: PMC2685379.
6. Conselho Nacional de Justiça – CNJ. Números da Maria da Penha. Brasília (DF). [Acesso em 02/05/2011]. Disponível em: <http://nalei.com.br/blog/cnj-apresenta-os-numeros-da-maria-da-penha-1212/>.
7. Deslandes S.F., Gomes R., Silva C.M.F.P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, 16(1):129-137, 2000.
8. Flinck A. and Paavilainen E. Women's experiences of their violent behavior in an intimate partner relationship. *Qualitative Health Research*. 2010; 20(3) 306-318.
9. Garcia-Moreno C., Jansen H.A.F.M., Ellsberg M., Heise L., Watts C.H. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006, 368(9543):1260-1269.

10. Gianini RJ, Litvoc J, Neto JE. Agressão física e classe social. *Revista de Saúde Pública* 1999;33(2):180-6.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Sinopse dos resultados do censo 2010. Brasília (DF). [Acesso em 03/05/2011] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/calendario.shtm>
12. Kronbauer J.F.D., Meneghel S.N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Revista de Saúde Pública* 2005; 39:(5):695-701.
13. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. [Acesso em 23/06/2010]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm
14. Marshall G.A. and Furr L.A. Factors that affect women's attitudes toward domestic violence in Turkey. *Violence and Victims*. 2010; 25(2):265-277.
15. Mota JC, Vasconcelos AGG, Assis SG. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro; 12 (3), jan, maio-jun, 2007.

16. Osis M.J.D., Duarte G.A., Makuch M.Y., Sousa M.H., Latham A.E.F. Detecção da violência contra mulheres: o papel da atenção básica em saúde. Relatório científico final. Cemicamp - Centro de Pesquisa em Saúde Reprodutiva de Campinas. Campinas. *In press* 2010.
17. Oyunbileg S., Sumberzul N., Udval N., Wang JD., Janes C.R. Prevalence and risk factors of domestic violence among mongolian women. *Journal of Women's Health*. 2009; 18(11):1873-1880.
18. Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento *Abuse Assessment Screen* para rastrear a violência contra mulher grávida. *Revista de Saúde Pública* 34(6): 610-616, 2000.
19. Reichenheim M.E., Moraes C.L., Szklo A., Hasselmann M.H., Souza E.R., Lozana J.A. et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Caderno de Saúde Pública*, 22(2): 425-437, 2006.
20. Sarkar M. A Study on domestic violence against adult and adolescent females in a rural area of west Bengal. *Indian J Community Med*. 2010 April; 35(2): 311–315. Doi:10.4103/0970-0218.66881.
21. Schraiber LB et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública* 36(4):470-7, 2002.
22. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Revista de Saúde Pública* 2007;41(3):359-67.

23. Schraiber L.B., D'Oliveira A.F.P.L., França-Junior I., Diniz S., Portella A.P., Ludemir A.B. et al. Prevalência de violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Revista de Saúde Pública* 2007;41(5): 797-807.
24. Silva I.V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Caderno Saúde Pública* 19(Sup. 2) S263-S272, 2003.
25. UNICEF - Progress for children 2007 – Attitudes towards domestic violence. Acesso em 23/03/2011. Disponível: http://www.unicef.org/progressforchildren/2007n6/index_41850.htm
26. Vakili M., Nadrian H., Fathipoor M., Boniadi F., Morowatisharifabad M.A. Prevalence and determinants of intimate partner violence against women in Kazeroon, Islamic Republic Iran. *Violence and Victims*. 2010; 25(1): 116-127.
27. WHO Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a public health priority*. Geneva, World Health Organization, 1996.
28. Zotareli, V. M. Percepção e prática de violência de gênero e sexual entre alunos de uma universidade paulista. [Dissertação de Mestrado]. Campinas-SP: Universidade Estadual de Campinas; 2009.

Tabela 1. Distribuição das mulheres que referiram ter sofrido violência psicológica, física e/ou sexual pelo companheiro em algum momento da vida (n=1319), segundo variáveis sociodemográficas

Variáveis	Violência Psicológica@ (n=1261)			Violência Física# (n=755)			Violência Sexual# (n=291)		
	n	%	p*	n	%	p*	n	%	p*
Idade			NS			0,0022			<0,0001
≤ 19	60	48,0		27	21,6		4	3,2	
20 a 29	405	53,9		220	29,3		61	8,1	
30 a 39	337	54,7		204	33,2		86	14,0	
40 a 49	257	53,0		171	35,3		78	16,1	
50 a 60	202	55,0		133	36,2		62	16,9	
Escolaridade			0,0005			<0,0001			<0,0001
≤ 8 anos	717	57,2		472	37,7		199	15,9	
> 8 anos	541	50,0		282	26,1		92	8,5	
Sem informação	3			1			0		
Cor da pele			NS			NS			NS
Negra	660	53,9		392	32,1		161	13,2	
Branca	601	53,7		363	32,4		130	11,6	
Trabalho remunerado			NS			NS			NS
Sim	675	54,7		381	30,9		146	11,9	
Não	585	52,7		374	33,7		145	13,1	
Sem informação	1			0			0		
Religião			0,0130			0,0430			0,0178
Católica romana	619	50,2		363	29,5		134	10,9	
Protest./Evang.	464	56,4		285	34,7		124	15,1	
Outras	58	58,0		32	32,0		12	12,0	
Sem religião	120			75			21		
Estado marital			<0,0001			<0,0001			<0,0001
C/ companh. em convívio	811	51,5		463	80,5		161	10,2	
C/ companh. s/ convívio	135	50,6		87	32,6		46	17,2	
S/ companh. c/ casam. anterior	127	80,4		91	57,6		50	31,6	
S/ companh. s/ casam. anterior	188	54,8		114	33,3		34	9,9	
Classe econômica**			<0,0001			<0,0001			<0,0001
Classe E	333	61,9		236	43,9		94	17,5	
Classe D	272	53,8		162	32,1		67	13,3	
Classe C	524	52,2		277	27,6		104	10,4	
Classe B ou maior	65	39,9		33	20,4		7	4,3	
Sem informação	67			47			19		

Mulheres que responderam: @ 2344; # 2342.

*Teste do qui-quadrado NS: não significativo. **Renda em Reais (R\$) por classe econômica: E <618,00; D 618,00 a 932,99; C 933,00 a 2.326,99; A e B ≥2327,00.

Tabela 2. Variáveis associadas com ter sofrido violência por parceiro íntimo após regressão logística múltipla.

Variáveis associadas	OR (95%CI)*
<i>Violência psicológica</i>	
Sem companheiro com casamento anterior	3,75 (2,42 a 5,81)
Com companheiro com convívio	1,00
Classe econômica E	2,04 (2,04 a 3,03)
Classe econômica D	1,60 (1,60 a 2,35)
Classe econômica C	1,51 (1,51 a 2,16)
Classe B ou maior	1,00
Escolaridade ≤ 8 anos	1,26 (1,05 a 1,52)
> 8 anos	1,00
Religião protestante/evangélica	1,22 (1,01 a 1,48)
Católica	1,00
Trabalho Remunerado	1,21 (1,01 a 1,45)
Sem trabalho	1,00
<i>Violência física</i>	
Sem companheiro com casamento anterior	3,10 (2,17 a 4,44)
Com companheiro com convívio	1,00
Classe econômica E	2,11 (1,35 a 3,03)
Classe B ou maior	1,00
Escolaridade ≤ 8 anos	1,55 (1,27 a 1,90)
> 8 anos	1,00
<i>Violência sexual</i>	
Idade 30-39 anos	5,56 (1,68 a 18,34)
Idade 40-49 anos	5,20 (1,56 a 17,35)
Idade 50-60 anos	5,86 (1,74 a 19,73)
Idade ≤ 19 anos	1,00
Sem companheiro com casamento anterior	3,60 (2,38 a 5,44)
Com companheiro sem convívio	2,63 (1,73 a 4,02)
Com companheiro com convívio	1,00
Classe econômica E	3,38 (1,48 a 7,71)
Classe econômica D	2,97 (1,30 a 6,78)
Classe econômica C	2,27 (1,02 a 5,04)
Classe B ou maior	1,00
Escolaridade ≤ 8 anos	1,49 (1,08 a 2,05)
> 8 anos	1,00
Religião protestante/evangélica	1,49 (1,12 a 1,98)
Católica	1,00

* Regressão logística múltipla, *odds ratio* múltiplo. Variáveis estudadas: idade, escolaridade, cor da pele, trabalho remunerado, religião, estado marital e classe econômica.

Tabela 3. Distribuição das mulheres que vivenciaram situação de violência na vida e sua percepção de ter vivenciado segundo o tipo de violência perpetrada por algum parceiro.

Tipo de violência	Percepção da violência durante a vida		Total 2367(100%)	p*
	Sim 759 (32%)	Não 1608 (67,9%)		
Qualquer violência				<0,0001
Sim	643 (48,7)	676 (51,3)	1319 (55,7)	
Não	108 (10,6)	911 (89,4)	1019 (43,0)	
Sem informação	8	21		
Violência sexual				<0,0001
Sim	222 (76,3)	69 (23,7)	291 (12,3)	
Não	528 (25,8)	1517 (74,2)	2045 (86,4)	
Sem informação	9	22		
Violência física				<0,0001
Sim	487 (64,7)	266 (35,3)	753 (31,8)	
Não	263 (16,6)	1320 (83,4)	1583 (66,9)	
Sem informação	9	22		
Violência psicológica				<0,0001
Sim	626 (49,7)	633 (50,3)	1259 (53,2)	
Não	125 (11,6)	954 (88,4)	1079 (45,6)	
Sem informação	8	21		

*Teste qui-quadrado. Avaliadas 2367 mulheres

Tabela 4. Variáveis associadas à percepção de ter sofrido violência na vida após regressão logística múltipla.

Variáveis associadas	OR (95%CI)*
Outras Religiões (não católica/não protestante)	2,37 (1,52 a 1,69)
Católica	1,00
Sem companheiro com casamento anterior	2,28 (1,60 a 3,25)
Com companheiro com convívio	1,00
Classe econômica E	2,02 (1,29 a 3,18)
Classe econômica D	1,70 (1,08 a 2,62)
Classe B ou maior	1,00
Escolaridade <8anos	1,39 (1,14 a 1,70)
>8anos	1,00
Religião protestante/evangélica	1,39 (1,13 a 1,69)
Católica	1,00

* Regressão logística múltipla. Avaliadas 2367 mulheres. Variáveis estudadas: idade, escolaridade, cor da pele, trabalho remunerado, religião, estado marital e classe econômica.

5. Conclusões

- A prevalência de mulheres que referiram ter sofrido alguma violência perpetrada por companheiro foi de 55,7%. Destas, 53,8% referiram violência psicológica, 32,2% violência física e 12,4% violência sexual.
- Entre as que sofreram violência do companheiro, somente 48,7% referiram a percepção de ter sofrido.
- A percepção da violência sexual foi referida por 76,3% das mulheres, violência física por 64,7% e a psicológica por 49,7%.
- As variáveis associadas à percepção de violência foram outras religiões (não católica/não protestante), sem companheiro com casamento anterior, classes econômicas E e D, escolaridade igual ou menor que oito anos e religião protestante.

6. Referências Bibliográficas

1. Mattar LD, Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais – Uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. 2008, Jun. [Acesso em 08/04/2009]. Disponível em: http://www.surjournal.org/conteudos/getArtigo8.php?artigo=8,port,artigo_mattar.htm
2. Barsted L, Piovesan F, Ikawa D, Ventura M. Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do direito. Rio de Janeiro: *Advocaci*, 2003. [Acesso em 08/04/2009]. Disponível em: <[http://www.advocaci.org.br/ Docs/Dir_SexDR.pdf](http://www.advocaci.org.br/Docs/Dir_SexDR.pdf)>.
3. Piovesan F. Dicionário de Direitos Humanos: Direito Reprodutivo. 2006. Dez [Acesso em 08/04/2009]. Disponível em: URL:<http://www.esmpu.gov.br/dicionario/tiki-index.php?page=Direitos%20reprodutivos>
4. WHO Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a public health priority*. Geneva, World Health Organization, 1996.
5. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006, 368(9543):1260-1269.
6. Instituto Patrícia Galvão. Onde tem violência, todo mundo perde. *Ed. Int. Patrícia Galvão*, 2004:p.10.

7. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. [Acesso em 23/06/2010]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm
8. Alves FM, Lei Maria da Penha: Das discussões à aprovação de uma proposta concreta de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher. 2006, Ago. [Acesso em 08/04/2009]. Disponível em:
URL:<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8764>
9. Conselho Nacional de Justiça – CNJ. Números da Maria da Penha. Brasília (DF). [Acesso em 02/05/2011]. Disponível em: <http://nalei.com.br/blog/cnj-apresenta-os-numeros-da-maria-da-penha-1212/>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Sinopse dos resultados do censo 2010. Brasília (DF). [Acesso em 03/05/2011] Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/calendario.shtm>
11. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Revista de Saúde Pública* 2007;41(3):359-67.
12. Audi CAF, Corrêa AMS, Turato ER, Santiago SM, Andrade MGG, Rodrigues MSP. Percepção da violência doméstica por mulheres gestantes e não gestantes da cidade de Campinas, São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2). Rio de Janeiro. Mar./Apr. 2009.

13. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Revista de Saúde Pública* 2005; 39:(5):695-701.
14. UNICEF - Progress for children 2007 – Attitudes towards domestic violence. Acesso em 23/03/2011. Disponível:
http://www.unicef.org/progressforchildren/2007n6/index_41850.htm
15. Mota JC, Vasconcelos AGG, Assis SG. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro; 12 (3), jan, maio-jun, 2007.
16. Gianini RJ, Litvoc J, Neto JE. Agressão física e classe social. *Revista de Saúde Pública* 1999;33(2):180-6.
17. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Caderno Saúde Pública* 19(Sup. 2) S263-S272, 2003.
18. Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento *Abuse Assessment Screen* para rastrear a violência contra mulher grávida. *Revista de Saúde Pública* 34(6): 610-616, 2000.
19. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Juniorc I, Pinhocet AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública* 36(4):470-7, 2002.
20. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. [Acesso em 02/05/2011] Disponível em:
<http://www.abep.org/novo/Utils/FileGenerate.ashx?id=46>.

7. Anexos

7.1. Anexo 1 – Questionário



Nº Estudo: |_|_|_|_|

QUESTIONÁRIO MULHERES

ENTREVISTADORA: _____

DATA: __/__/__

CIDADE _____

|_|_|_|

OBSERVAÇÕES:

REVISÕES

1ª REVISÃO

NOME _____ RESULTADO _____ DATA _____

2ª REVISÃO

NOME _____ RESULTADO _____ DATA _____

SEÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E PERSPECTIVA DE GÊNERO

- 1.1 Quantos anos a Sra fez em seu último aniversário? |__|__| ANOS
- 1.2 Qual a última série que a Sra. completou na escola?
_____ SÉRIE DO _____ GRAU [88] NENHUMA / NUNCA FREQUENTOU
- 1.3 Dentre estas que vou ler, qual é a cor de sua pele: negra, morena, mulata, branca ou outra?
[1] NEGRA [2] MORENA [3] MULATA [4] BRANCA
[5] OUTRA. Qual? _____
- 1.4 A Sra. realiza algum trabalho pelo qual recebe pagamento?
[1] SIM [2] NÃO [3] APOSENTADA
- 1.5 Qual é a religião que a Sra. pratica? _____ []
- 1.6 Atualmente a Sra. é solteira, casada, vive junto, separada / divorciada ou viúva?
[1] SOLTEIRA [4] SEPARADA / DIVORCIADA
[2] CASADA → **PASSE A 1.8** [5] VIÚVA
[3] VIVE JUNTO → **PASSE A 1.8**
- 1.7 A Sra. já teve ou tem atualmente namorado / companheiro?
[1] TEM [2] JÁ TEVE → **PASSE A 1.11**
[3] NUNCA TEVE → **PASSE A 1.11**
- 1.8 Quantos anos o seu marido / parceiro / namorado fez em seu último aniversário?
|__|__| ANOS
- 1.9 Qual a última série que ele completou na escola?
_____ SÉRIE DO _____ GRAU [8] NENHUMA / NUNCA FREQUENTOU
- 1.10 O seu marido / parceiro / namorado realiza algum trabalho pelo qual recebe pagamento?
[1] Sim [2] Não
- 1.11 Qual é a renda mensal total de sua família?
R\$ [] [] [] [] [] [] [] [] [8] Não sei
- 1.12 Quantas pessoas dependem dessa renda? |__|__| PESSOAS

1.13 Das coisas que eu vou ler, gostaria que a Sra. me dissesse, para cada uma delas, se considera que seja coisa de mulher, coisa de homem ou de ambos.

	[1] De mulher	[2] De homem	[3] De ambos	[8] NÃO SEI
1) Limpar a casa	[1]	[2]	[3]	[8]
2) Cuidar dos filhos	[1]	[2]	[3]	[8]
3) Dirigir caminhão	[1]	[2]	[3]	[8]
4) Sustentar a casa	[1]	[2]	[3]	[8]
5) Jogar futebol	[1]	[2]	[3]	[8]
6) Lavar a roupa	[1]	[2]	[3]	[8]
7) Chorar	[1]	[2]	[3]	[8]
8) Trabalhar fora de casa	[1]	[2]	[3]	[8]
9) Governar o país	[1]	[2]	[3]	[8]
10) Dirigir um grande banco	[1]	[2]	[3]	[8]
11) Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis	[1]	[2]	[3]	[8]
12) Prevenção de gravidez	[1]	[2]	[3]	[8]
13) Decidir quando vai ter relação sexual	[1]	[2]	[3]	[8]
14) Cozinhar	[1]	[2]	[3]	[8]

SEÇÃO 2: CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE

1 2.1 ENTR. DIGA: “Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre a sua saúde”

2.1 Quantas gravidezes a Sra. já teve? [] GRAVIDEZES [88] NENHUMA → **PASSE A 2.7**

2.2 Quantos filhos nasceram vivos? [] FILHOS [88] NENHUM → **PASSE A 2.4**

2.3 Desses filhos que nasceram vivos quantos nasceram antes do tempo (prematurados)?
[] FILHOS [88] NENHUM

2.4 Quantos filhos nasceram mortos? [] FILHOS [88] NENHUM [77] NÃO SEI

2.5 Quantos abortos a Sra. teve? [] ABORTOS [88] NENHUM [77] NÃO SEI

2.6 Quantos filhos a Sra. tem hoje? [] FILHOS [88] NENHUM

2.7 Durante o último ano (últimos 12 meses) quantas vezes a Sra. foi ao médico?
[] [] VEZES [88] NENHUMA [77] NÃO SABE / NÃO LEMBRA

2.8 As próximas perguntas são relacionadas com problemas comuns que talvez a tenham incomodado nas últimas quatro semanas. Para cada um dos problemas que vou ler, se a Sra. teve nas **últimas quatro semanas** responda sim, se não teve, responda não.

Problemas de saúde	[1] SIM	[2] NÃO	[3] NÃO LEMBRO
1) Dores de cabeça frequentes			
2) Falta de apetite			
3) Dormir mal			
4) Assustar-se com facilidade			
5) Tremores nas mãos			
6) Sentir-se nervosa, tensa, preocupada			
7) Má digestão			
8) Dificuldade de pensar com clareza			
9) Sentir-se triste			
10) Chorar mais que de costume			
11) Dificuldades em realizar com satisfação suas atividades diárias			
12) Dificuldades para tomar decisões			
13) Dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)			
14) Incapacidade para desempenhar um papel útil em sua vida			
15) Perda do interesse pelas coisas			
16) Sentir-se uma pessoa inútil, sem valor			
17) Ter a ideia de acabar com a vida			
18) Sentir-se cansada o tempo todo			
19) Ter sensações desagradáveis no estômago			
20) Dores nas costas			
21) Dor de barriga e diarreia			
22) Fraturas			
23) Dor no peito			
24) Tontura			
25) Corrimento vaginal			
26) Ferida vaginal			
27) Verruga vaginal			
28) Dor na relação sexual			
29) Dor em baixo ventre (parte baixa da barriga)			
30) Cólicas menstruais muito fortes			
31) Infecção urinária			
32) Pouca vontade de ter relações sexuais			
33) Algum outro problema de Saúde? Qual? _____			

2.9 Atualmente, a Sra. costuma beber bebidas alcoólicas todos os dias, às vezes, raramente ou nunca?
[1] TODOS OS DIAS [2] ÀS VEZES [3] RARAMENTE [4] NUNCA

2.10 A Sra. já tomou alguma vez ou toma atualmente bebida alcoólica para esquecer algum problema?
[1] SIM, JÁ TOMEI [2] SIM, TOMO ATUALMENTE [3] NUNCA TOMEI

SEÇÃO 3. VIVÊNCIA DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

I 3.1 ENTR. DIGA: “Agora, vou fazer algumas perguntas sobre outro assunto.”

3.1 Na sua opinião, se uma mulher é agredida ou sofre qualquer tipo de violência, em que lugar ela pode conseguir ajuda?

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| [1] DELEGACIA DE POLÍCIA | [2] DELEGACIA DA MULHER |
| [3] POSTO DE SAÚDE | [4] HOSPITAL |
| [5] IGREJA | [6] OUTRA INSTITUIÇÃO. QUAL? _____ |
| [8] Não sei, não tenho ideia | |

3.2 Se a Sra. estivesse em uma situação dessas, onde buscaria ajuda?

- | | |
|----------------------------|--------------------------------------|
| [1] DELEGACIA DE POLÍCIA | [2] DELEGACIA DA MULHER |
| [3] POSTO DE SAÚDE | [4] HOSPITAL |
| [5] IGREJA | [6] OUTRA INSTITUIÇÃO. QUAL? _____ |
| [7] EM NENHUM LUGAR | [8] NÃO SEI, NÃO TENHO IDEIA |

3.3 Por quê?

F.3.1 ENTR. ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 3.2.

- [1] SE 3.2 ≠ 3 [2] SE 3.2 = 3 → PASSE A F.3.2

3.4 Por que a Sra. não buscaria ajuda no Posto de Saúde?

F.3.2 ENTR. ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 1.7.

- [1] SE 1.7 = 0,1, 2 [2] SE 1.7 = 3 → PASSE A 3.11

I.3.2 ENTR. DIGA: “Agora, eu vou fazer algumas perguntas sobre acontecimentos que talvez tenham ocorrido durante seu relacionamento com seu marido/companheiro/namorado **atual ou anterior**”.

3.5 Alguma vez seu atual (ou anterior) marido/ companheiro/namorado a tratou da seguinte forma: Se 3.5 = sim, continue em 3.6. Se não, vá para o próximo item		3.6 Nos últimos 12 meses a Sra. diria que isso aconteceu nenhuma, uma, poucas, várias ou muitas vezes?	3.7 Antes dos últimos 12 meses a Sra. diria que isso aconteceu nenhuma, uma, pouca, várias ou muitas vezes?
1) Insultou ou fez com que a Sra. se sentisse mal a respeito de si mesma?	[1] SIM [2] NÃO	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra
2) Depreciou ou humilhou a Sra. diante de outras pessoas?	[1] SIM [2] NÃO	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra
3) Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito, por ex.: a forma como ele a olha, como grita, como quebra coisas/objetos pessoais?	[1] SIM [2] NÃO	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra
4) Ameaçou machucá-la ou alguém ou algo de que(m) a sra. gosta?	[1] SIM [2] NÃO	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra
5) Deu-lhe um tapa ou jogou algo na Sra. que poderia machucá-la	[1] SIM [2] NÃO	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra
6) Empurrou ou deu-lhe um tranco/ chacoalhão?	[1] SIM [2] NÃO	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra

7) Machucou com um soco ou com algum objeto?	[1] SIM [2] NÃO	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra
8) Deu um chute, arrastou ou surrou a Sra?	[1] SIM [2] NÃO	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra
9) Estrangulou ou queimou a Sra. de propósito?	[1] SIM [2] NÃO	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra
10) Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra a Sra.?	[1] SIM [2] NÃO	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra
11) Forçou fisicamente a manter relações sexuais quando a Sra. não queria?	[1] SIM [2] NÃO	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra
12) A Sra. teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?	[1] SIM [2] NÃO	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra
13) A Sra foi forçada a manter uma prática sexual degradante ou humilhante?	[1] SIM [2] NÃO	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra	[1] Nenhuma [2] Uma [3] Poucas [4] Várias [5] Muitas [6] S/ companheiro [8] Não lembra

F.3.3 ENTR. ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 3.5.[1] QUALQUER ITEM DA 3.5 = 1
3.11

[2] TODOS OS ITENS DA 3.5 = 2 → PASSE A

I.3.3 ENTR. REVISE O QUADRO E RELEMBRE PARA A MULHER AS SITUAÇÕES ÀS QUAIS ELA RESPONDEU SIM

3.8 Alguma desta(s) vez(es) a Sra. estava grávida? [1] SIM [2] NÃO

3.9 Alguma vez a Sra procurou o posto de saúde para ser atendida por causa de alguma(s) dessa(s) agressões?

[1] SIM

[2] NÃO → PASSE À 3.11

3.10 O que foi feito no posto?

3.11 Alguma pessoa, na sua vida, já insultou a Sra, depreciou ou humilhou, ou fez com que se sentisse mal?

[1] SIM

[2] NÃO → PASSE A 3.16

3.12 Quem?	3.13 Quantos anos a Sra. tinha?	3.14 Isso aconteceu uma vez, poucas, várias ou muitas vezes?	3.15 A Sra. estava grávida em pelo menos uma destas vezes?
[1] Filhos		[1] Uma [2] Poucas [3] Várias [4] Muitas	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRO
[2] Mãe/mãe adotiva		[1] Uma [2] Poucas [3] Várias [4] Muitas	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRO
[3] Pai/pai adotivo		[1] Uma [2] Poucas [3] Várias [4] Muitas	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRO
[4] Irmã(o)(s)		[1] Uma [2] Poucas [3] Várias [4] Muitas	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRO
[5] Outros familiares		[1] Uma [2] Poucas [3] Várias [4] Muitas	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRO
[6] Vizinhos		[1] Uma [2] Poucas [3] Várias [4] Muitas	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRO
[7] Amigo(a)(s)		[1] Uma [2] Poucas [3] Várias [4] Muitas	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRO
[8] Chefe/patrão		[1] Uma [2] Poucas [3] Várias [4] Muitas	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRO
[9] Professor		[1] Uma [2] Poucas [3] Várias [4] Muitas	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRO
[10] Outros. Quem? _____		[1] Uma [2] Poucas [3] Várias [4] Muitas	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRO

3.16 Alguma pessoa já bateu, deu tapas, chutou ou machucou a Sra. fisicamente ou de alguma outra forma?

[1] SIM

[2] NÃO → **PASSE A F 3.4**

3.12 Quem?	3.13 Quantos anos a Sra. tinha?	3.14 Isso aconteceu uma vez, poucas, várias ou muitas vezes?	3.15 A Sra. estava grávida em pelo menos uma destas vezes?
[1] Filhos		[1] Uma [2] Poucas [3] Várias [4] Muitas	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRO
[2] Mãe/mãe adotiva		[1] Uma [2] Poucas [3] Várias [4] Muitas	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRO
[3] Pai/pai adotivo		[1] Uma [2] Poucas [3] Várias [4] Muitas	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRO
[4] Irmã(o)(s)		[1] Uma [2] Poucas [3] Várias [4] Muitas	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRO
[5] Outros familiares		[1] Uma [2] Poucas [3] Várias [4] Muitas	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRO
[6] Vizinhos		[1] Uma [2] Poucas [3] Várias [4] Muitas	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRO
[7] Amigo(a)(s)		[1] Uma [2] Poucas [3] Várias [4] Muitas	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRO
[8] Chefe/patrão		[1] Uma [2] Poucas [3] Várias [4] Muitas	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRO
[9] Professor		[1] Uma [2] Poucas [3] Várias [4] Muitas	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRO
[10] Outros. Quem?		[1] Uma [2] Poucas [3] Várias [4] Muitas	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRO

F.3.4 ENTR. ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 3.11 e 3.16.

[1] 3.11 = 1 **E/OU** 3.16 = 1

[2] 3.11 = 2 **E** 3.16 = 2 → **PASSE A 3.23**

3.21 Alguma vez a Sra procurou o posto de saúde para ser atendida por causa de alguma(s) dessa(s) agressões?

[1] SIM

[2] NÃO → **PASSE A 3.23**

3.22 O que foi feito no Posto? _____

3.23 A Sra. considera que sofreu violência na vida?

[1] SIM

[2] NÃO

3.24 A Sra. tem medo de alguém próximo? [1] SIM [2] NÃO → **PASSE A 3.26**

3.25 De quem?

- [1] MARIDO, COMPANHEIRO
- [2] NAMORADO
- [3] FILHOS
- [4] EX MARIDO, COMPANHEIRO
- [5] EX NAMORADO
- [6] MÃE, MÃE ADOTIVA
- [7] PAI, PAI ADOTIVO

- [8] IRMÃO (Ã) (S)
- [9] OUTROS FAMILIARES
- [10] VIZINHOS
- [11] AMIGO (A)
- [12] CHEFE, PATRÃO
- [13] PROFESSOR
- [14] OUTRO. _____

3.26 Na sua vida, a Sra. já bateu em alguém?

[1] SIM

[2] NÃO → **PASSE A 3.29**

3.27 Em quem?	3.28 Quantos anos a Sra. tinha?
[1] MARIDO, COMPANHEIRO	
[2] NAMORADO	
[3] FILHOS	
[4] EX MARIDO, COMPANHEIRO	
[5] EX NAMORADO	
[6] MÃE, MÃE ADOTIVA	
[7] PAI, PAI ADOTIVO	
[8] IRMÃO(Ã)(S)	
[9] OUTROS FAMILIARES. QUEM?	
[10] VIZINHOS	
[11] AMIGO(A)	
[12] CHEFE, PATRÃO	
[13] PROFESSOR	
[14] OUTROS. _____	

3.29 Na sua opinião, quando as mulheres consultam em um posto de saúde, por qualquer motivo, deveriam perguntar a elas sempre sobre agressões, maus tratos, violência física ou sexual?

[1] SIM

[2] NÃO

[3] NÃO SEI

3.30 Durante a entrevista conversamos sobre alguns assuntos difíceis. Como a Sra. se sente após conversarmos sobre essas coisas?

7.2. Anexo 2 – Carta de Aprovação do Projeto Comissão de Pesquisa do DTG/ CAISM



Comissão de Pesquisa do DTG / CAISM

Campinas, 14 de agosto de 2009.

Protocolo nº: 049/2009

O protocolo de pesquisa “*A percepção de mulheres em relação à noção de violência doméstica em Municípios de São Paulo*” da pesquisadora Ana Karina Rios de Araújo Mathias sob a orientação do Prof. Dr. Aloísio José Bedone e co-orientação da Profa. Dra. Arlete Maria dos Santos Fernandes foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do DTG/CAISM em 13/082009.

Atenciosamente,


Profa. Dra. Maria Salete Costa Gurgel
Presidente da Comissão de Pesquisa do DTG/CAISM

7.3. Anexo 3 – Carta de aprovação do projeto CEP/FCM/Unicamp



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 22/09/09.
(Grupo III)

PARECER CEP: N° 875/2009 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 3814.0.000.146-09

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “A PERCEPÇÃO DE MULHERES EM RELAÇÃO À NOÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM MUNICÍPIOS DE SÃO PAULO”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Ana Karina Rios de Araújo Mathias

INSTITUIÇÃO: Centro de Pesquisa em Saúde Reprodutiva de Campinas - CEMICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 15/09/2009

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 22/09/10 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Avaliar a percepção de mulheres em relação à noção de violência sexual/doméstica em Municípios de São Paulo.

III - SUMÁRIO

Estudo de corte transversal. Serão estudadas mulheres que compareceram em atendimento a uma Unidade Básica de Saúde de cada um dos 15 municípios-sedes dos Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo, com qualquer tipo de queixa e idade entre 18 e 60 anos. Este estudo consiste em uma análise secundária do banco de dados coletados em pesquisa anterior nominada “Detecção da violência contra mulheres: o papel da atenção básica em saúde”, realizada pelo Cemicamp e aprovada pela Fapesp – Processo 06/57096-6. Nesta pesquisa foram entrevistadas 2.651 mulheres e os dados para a análise secundária terão por base todas as entrevistas. Inicialmente será realizada análise descritiva das variáveis dependentes e caracterização da amostra de mulheres; posteriormente serão comparadas as populações de mulheres segundo a variável independente, noção de violência, buscando determinar quais as características associadas àquelas mulheres que não percebem ou percebem mas não denunciam a violência sofrida. Serão utilizados os testes T de Student e qui-quadrado. Finalmente, será realizada análise múltipla por regressão logística (OR múltiplo e respectivo intervalo de confiança) para determinadas situações de violência referidas pelas mulheres.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto aborda um problema relevante de saúde da mulher. Apresenta-se bem redigido, com metodologia adequada. Trata-se de uma análise secundária, do banco de dados coletados em pesquisa anterior nominada “Detecção da violência contra mulheres: o papel da atenção básica em saúde”, realizada pelo Cemicamp e aprovada pela Fapesp – Processo 06/57096-6. Sendo nessa pesquisa bem definidos os critérios seguidos para a seleção das mulheres participantes e do cálculo do tamanho amostral. A análise estatística utilizada neste estudo foi apresentada com



clareza e muito bem embasados por cálculos estatísticos. Os aspectos éticos estão bem discutidos no corpo do projeto original.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

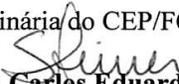
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

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

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII – DATA DA REUNIÃO

Homologado na IX Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de setembro de 2009.


Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

7.4. Anexo 4 – Relatório Final de 2010 do Projeto “Detecção da violência contra mulheres: o papel da atenção básica em saúde”

Detecção da violência contra mulheres: o papel da atenção básica em saúde

Pesquisador responsável: Dr. Aníbal Eusébio Faúndes Latham

Instituição Sede: Cemicamp – Centro de Pesquisa em Saúde Reprodutiva de Campinas

Pesquisadores Associados: Dra. Maria José Duarte Osis
Dra. Graciana Alves Duarte
Dra. Maria Yolanda Makuch
Dra. Maria Helena de Sousa

Assistente de Pesquisa: Janaína Rodrigues Nunes

Processo: 06/57096-6

Período de vigência do projeto: 01/06/2007 a 30/03/2010

Relatório científico final

Campinas, 15/4/2010

Aníbal Eusébio Faúndes Latham

1) Resumo do projeto proposto

A violência atinge mulheres no mundo todo e em todos os períodos do ciclo vital, provocando sérios prejuízos à sua saúde e ao seu desenvolvimento psicossocial. No Brasil, nos últimos anos, vários setores da sociedade têm se mobilizado para enfrentar essa problemática. **Objetivo:** Avaliar a prevalência e a detecção de situações de violência entre mulheres que consultam em unidades básicas de saúde (UBS), bem como a atenção dada a essas mulheres, nos municípios-sede dos 17 Departamentos Regionais de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo. **Sujeitos e Métodos:** Realizou-se um estudo com abordagem quantitativa e qualitativa. Para a abordagem quantitativa foi desenvolvido um estudo descritivo, de corte transversal. Em 14 municípios do Estado de São Paulo, aplicaram-se questionários ao (à) coordenador (a) municipal de saúde da mulher, coordenadores de unidades básicas de saúde (UBS), profissionais de UBS, mulheres usuárias de UBS e profissionais de instituições que davam apoio a mulheres em situação de violência. Ao final dessa etapa, foram entrevistados 14 coordenadores municipais de saúde da mulher, 75 coordenadores de UBS, 375 profissionais de saúde, 2379 mulheres usuárias de UBS e 14 profissionais que atuavam em instituições que atendem mulheres que vivenciam situações de violência. Para a abordagem qualitativa foram realizados cinco estudos de caso. Para isto tomou-se uma amostra proposital e de conveniência, de maneira a incluir municípios nos quais se identificaram ações específicas para tratar da violência contra mulheres a partir da atenção básica e aqueles em que isso não ocorria; também se procurou representar na amostra a diversidade regional dentro do Estado de São Paulo. Os municípios selecionados

para essa etapa foram: Araraquara, Santos, Presidente Prudente, Marília e Registro. Nessas cidades foram convidados a participar de entrevistas semidirigidas o (a) coordenador (a) de saúde da mulher, coordenadores (as) e profissionais de UBS, de centros de referência e de instituições que dão apoio a mulheres em situações de violência. No total, foram realizadas 54 entrevistas semidirigidas. **Análise dos dados:** Para os dados quantitativos foi realizada inicialmente uma análise descritiva, calculando-se a prevalência das diferentes situações de violência, referidas pelas mulheres, bem como das características do atendimento dado às mulheres em situação de violência a partir das UBS de cada município. Para os dados qualitativos foi realizada análise temática do conteúdo das entrevistas. **Resultados:** Até o presente foram preparados dois artigos para publicação em periódicos científicos e está sendo preparada uma dissertação de mestrado. A partir das análises realizadas, destacam-se os seguintes resultados: 76,5% das mulheres entrevistadas referiram a vivência de pelo menos uma situação de violência alguma vez na vida, e 56,1% disseram ter sofrido violência da parte de um parceiro íntimo; 30% das mulheres mencionaram violência do parceiro íntimo nos últimos 12 meses antes da entrevista. Dentre as mulheres que disseram ter vivenciado situações de violência, apenas 6,5% mencionaram ter procurado ajuda em unidade básica de saúde. Dentre os 14 Coordenadores de Saúde da Mulher que foram entrevistados, 10 referiram que não era rotina nas UBS de seu município fazer perguntas sobre a vivência de situações de violência. Em apenas cinco municípios foi mencionada a existência de protocolo de atendimento específico para os casos de violência contra mulheres.

2) Realizações no período

A pesquisa foi desenvolvida em 15 municípios, um em cada Departamento Regional de Saúde (DRS) da Secretaria Estadual de Saúde, apresentados a seguir: Grande São Paulo, Araçatuba, Araraquara, Baixada Santista, Barretos, Bauru, Campinas, Franca, Marília, Piracicaba, Presidente Prudente, Registro, Sertãozinho, São João da Boa Vista, São José do Rio Preto, Sorocaba e Taubaté. A intenção era abordar os 17 DRS do Estado de São Paulo, porém isto não ocorreu porque em Bauru e Barretos não foi possível identificar pessoas para coordenarem a coleta de dados.

2.1) Preparação e pré-teste dos instrumentos para coleta de dados

Durante os meses de fevereiro e março de 2008 foram preparados cinco questionários estruturados para ser aplicados aos diferentes sujeitos da pesquisa nessa etapa: mulheres usuárias de UBS, coordenadores municipais de saúde da mulher, coordenadores/gerentes de UBS e/ou centros de referência, profissionais que atendem mulheres nas UBS e/ou centros de referência, profissionais de organizações não governamentais (ONG) que atendem mulheres que vivenciam situações de violência nos municípios em que a pesquisa foi realizada. O questionário aplicado às mulheres compreendeu uma seção de características sociodemográficas e perspectiva de gênero, outra de características em saúde, e uma última seção referente a vivência de situações de violência. Esta foi

baseada no *Abuse Assessment Screen* (REICHENHEIM et al., 2000)¹ e no *Conflict Tactics Scales* modificado pelo *Violence Against Women Study (VAW)* realizado pela Organização Mundial da Saúde em vários países, entre os quais o Brasil (SCHRAIBER et al., 2002)².

O pré-teste dos questionários ocorreu no período de 8 de abril a 5 de junho de 2008. Nesse processo foi observado que para os profissionais das ONG que atendem mulheres que sofrem violência era mais adequado realizar uma entrevista semidirigida, dada a natureza das informações que seriam solicitadas. Assim sendo, foi preparado um roteiro para guiar as entrevistas com esses profissionais, e uma ficha de caracterização para cada profissional entrevistado.

Em maio de 2008 foi iniciada a preparação de um Manual para os (as) entrevistadores (as), com instruções para a aplicação de cada um dos questionários, bem como sobre técnicas de entrevista e sobre a estratégia para seleção e admissão dos participantes ao estudo.

2. 2) Treinamentos de coordenadores e entrevistadores

A coleta de dados em Campinas foi coordenada por uma pessoa da equipe de pesquisa do Cemicamp – Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas. Com base no manual para entrevistadores, em Agosto de 2008 foi treinada uma equipe de entrevistadoras para realizar esse trabalho. Esse

¹ Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento *Abuse Assessment Screen* para rastrear a violência contra mulher grávida. Ver *Saúde Pública* 34(6): 610-616, 2000.

² Schraiber LB et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública* 36(4):470-7, 2002.

treinamento teve caráter teórico e prático, enfocando os procedimentos metodológicos do estudo e a aplicação dos instrumentos.

Para a coleta de dados nos demais municípios foram selecionados coordenadores locais, que receberam treinamento na cidade de Campinas. Este treinamento constava de aulas expositivas dadas pela equipe de pesquisadores e aulas práticas das quais participaram também as entrevistadoras responsáveis pela coleta de dados da cidade de Campinas. Houve três treinamentos com essa finalidade, à medida que se identificavam os coordenadores locais: Setembro e Outubro de 2008, e em Fevereiro de 2009. Ao final do treinamento, foram entregues aos coordenadores o material da pesquisa que incluía: os questionários a serem aplicados, a lista com as UBS sorteadas, manuais para entrevistadores e fichas de controle do material a ser utilizado. O coordenador local ficou responsável pela seleção e treinamento da equipe de entrevistadores de seu município.

2. 3) Coleta de dados

Optou-se por iniciar a coleta de dados pela cidade de Campinas-SP por ser a cidade em que atuam os pesquisadores associados, o que facilitou o acompanhamento direto do processo e permitiu solucionar dúvidas e/ou problemas que porventura acontecessem, aperfeiçoando desta forma tanto o treinamento quanto a coleta de dados nos demais municípios. As entrevistas foram realizadas em cinco unidades básicas de saúde sorteadas, abrangendo todas as regiões de saúde do município de Campinas. A coleta de dados em Campinas foi realizada entre agosto e setembro de 2008.

Nos demais municípios a coleta de dados ficou a cargo de coordenadores e entrevistadores locais contratados para trabalhar no projeto. Os procedimentos para sorteio das UBS a serem visitadas e organização do trabalho de campo foram padronizados segundo o que foi feito em Campinas. No conjunto desses municípios, a coleta ocorreu entre Outubro de 2008 e Maio de 2009. Infelizmente, não foi possível realizar a coleta de dados em Bauru e em Barretos, porque não conseguimos identificar uma pessoa que se dispusesse a coordenar a coleta de dados nessas localidades.

Foram aplicados questionários estruturados e pré-testados específicos para mulheres, coordenadores municipais de saúde da mulher, coordenadores e profissionais de UBS. Para entrevistar profissionais de instituições que atendiam mulheres que sofrem violência, utilizou-se um roteiro semi-estruturado e as entrevistas foram gravadas. Ao final do trabalho de campo a amostra total de mulheres foi de 2379. Além das mulheres, foram entrevistados 14 coordenadores municipais de saúde da mulher, 75 coordenadores/gestores das UBS sorteadas e 375 profissionais que atendiam as mulheres nessas UBS; além disso, foram feitas entrevistas com 14 profissionais que atuavam em instituições específicas para atender mulheres que sofrem violência. No Quadro 1 apresenta-se o número de entrevistas realizadas em cada município segundo o tipo de pessoa que participou da pesquisa.

Quadro 1 – Entrevistas realizadas em cada município com os diversos participantes

N	Municípios	Mulheres	Profissionais UBS	Coord. UBS	Profissionais Instituições	Coord. Munic.	Total
1	São Paulo	160	30	5	2	1	198
2	Araçatuba	158	24	5	-	-	187
3	Araraquara	158	23	5	2	1	189
4	Santos	154	26	5	4	1	190
7	Campinas	160	27	5	4	1	198
8	Franca	162	24	5	-	-	191
9	Marília	160	30	5	-	2	197
10	Piracicaba	160	26	5	-	1	192
11	Presidente Prudente	160	19	5	-	1	185
12	Registro	164	24	5	-	1	194
13	Sertãozinho	158	24	5	-	1	188
14	São João da Boa Vista	158	29	5	-	1	193
15	São José do Rio Preto	160	23	5	2	1	191
16	Sorocaba	155	26	5	-	1	187
17	Taubaté	152	20	5	-	1	178
	Total	2379	375	75	14	14	2857

2. 4) Processamento e análise dos dados quantitativos

Todos os questionários foram revisados pela entrevistadora logo após a entrevista, e pelo coordenador local antes de encaminhá-los para o Cemicamp. No Cemicamp os questionários foram revisados novamente, por duas pessoas diferentes, com o objetivo de detectar possíveis inconsistências ou falhas de preenchimento. Sempre que possível, as falhas de preenchimento foram sanadas via telefone, falando com o coordenador local ou com a pessoa entrevistada. Como já explicado no projeto, as inconsistências das entrevistas com as mulheres não

puderam ser checadas porque no questionário não havia qualquer dado que pudesse identificar a participante. Esta medida foi tomada visando assegurar o sigilo acerca da identidade das participantes e também devido ao tema tratado. Os questionários dos demais participantes continham seu nome e um número de telefone para contato caso fosse necessário aprofundar alguma informação; estes dados foram retirados dos questionários e destruídos antes da digitação.

a) Respostas textuais

Foi elaborado um manual para codificar as respostas dadas às perguntas abertas de todos os instrumentos aplicados. O manual foi preparado a partir dos questionários preenchidos no município de Campinas. Foram digitadas todas as respostas textuais de cada uma das questões abertas. Posteriormente, foram criados códigos específicos para cada pergunta, agrupando-se as respostas semelhantes. Após a elaboração do manual foi realizada a codificação das respostas textuais dos questionários, por duas pessoas distintas, com o objetivo de assegurar a compreensão acerca do que cada pessoa havia respondido.

b) Digitação dos dados

A digitação dos dados registrados nos questionários foi feita em banco de dados específico. Em um primeiro momento foram digitados os dados das respostas pré-codificadas, obtidos a partir de perguntas fechadas. Posteriormente, foram digitados os dados das respostas textuais codificadas. Cada questionário foi digitado por duas pessoas para legitimação do processo. Encerrado esse processo, foram realizados procedimentos para a limpeza e consistência do banco de dados.

Em junho de 2009, concluiu-se a limpeza e verificação da consistência do banco de dados quantitativos e iniciou-se o processo de análise. Inicialmente desenvolveu-se análise descritiva e foram preparadas tabelas com variáveis relativas às mulheres, profissionais de saúde e gestores entrevistados nos 15 municípios que participaram da etapa quantitativa.

2. 5) Seleção da amostra proposital para a etapa qualitativa da pesquisa

Com base na análise preliminar dos dados quantitativos, em Julho de 2009 foi determinada a amostra proposital de municípios a serem visitados na etapa qualitativa. Os critérios para seleção dessa amostra foram: existência ou não de ações específicas, a partir da atenção básica, voltadas para mulheres que vivenciam situações de violência; localização geográfica do município, de maneira a incluir na amostra municípios de distintas regiões do Estado de São Paulo. Conjugando esses dois critérios, decidiu-se realizar os estudos de caso nos seguintes municípios: Araraquara, Santos, Registro, Marília e Presidente Prudente. Entretanto, não se obteve autorização para coletar os dados em Marília, que foi substituída por São João da Boa Vista.

2. 6) Preparação e pré-teste dos roteiros para entrevistas semidirigidas

Também a partir da análise preliminar dos dados quantitativos e com base nos objetivos propostos para o estudo, entre maio e junho de 2009, foram preparados roteiros específicos para conduzir as entrevistas na segunda etapa do estudo, de abordagem qualitativa. Foram preparados roteiros para coordenadores e profissionais de saúde de UBS e centros de referência, coordenadores e

profissionais de instituições que dão apoio a mulheres que vivenciam situações de violência, e para mulheres atendidas nessas instituições. Esses instrumentos foram pré-testados com os mesmos tipos de sujeitos da pesquisa, em outro município não incluído na amostra proposital da etapa qualitativa.

2. 7) Coleta dos dados qualitativos

Uma vez selecionados os municípios para a etapa qualitativa foi feito um planejamento de viagens da equipe de pesquisa e iniciados os contatos com as secretarias municipais de saúde dessas localidades para agendar as viagens e entrevistas. Foram realizadas 54 entrevistas semidirigidas, conforme descrito no quadro abaixo.

Esse processo de coleta de dados apresentou dificuldades relacionadas ao agendamento das visitas aos municípios. A coleta dos dados qualitativos estava programada para ser iniciada no princípio do mês de agosto de 2009. Entretanto, isso não foi possível por dois motivos. Em primeiro lugar, devido à epidemia da gripe tipo A, que mobilizou os serviços de saúde nos diversos municípios, dificultando nossos contatos com as secretarias municipais, e as orientações das autoridades sanitárias para evitar visitas não necessárias a locais de atendimento médico. Ao mesmo tempo, à medida que fomos fazendo os contatos necessários, em algumas localidades foi nos solicitado repetir todo o processo para autorização da pesquisa no município, que já havia acontecido na primeira etapa do estudo. Essas situações fizeram com que a coleta dos dados qualitativos fosse concluída somente em dezembro de 2009. Esta foi a razão porque se voltou a pedir à FAPESP uma extensão do prazo para concluir o trabalho.

Quadro 1 – Entrevistas realizadas na etapa qualitativa do estudo

N	Municípios	Profissionais UBS	Coord. UBS	Profissionais CR/Instituições	Coord. Munic.	Total
1	Araraquara	5	2	4	1	12
2	Presidente Prudente	6	2	–	1	9
3	São João da Boa Vista	8	3	–	1	12
4	Registro	5	2	4	1	12
5	Santos	3	2	3	1	9
	Total	27	11	11	5	54

2. 8 Processamento e análise dos dados qualitativos

Imediatamente após a visita a cada um dos municípios incluídos na etapa qualitativa, as entrevistas realizadas foram transcritas e os textos correspondentes foram conferidos com as gravações para minimizar possíveis distorções na compreensão das mesmas. Em seguida, realizou-se uma análise preliminar de cada entrevista, seguindo as orientações de Minayo (1998)³. Para viabilizar essa análise, foram definidas grandes categorias de análise, a partir dos roteiros utilizados nas entrevistas e dos objetivos dessa etapa da pesquisa. Esse conjunto de categorias foi revisado à medida que a leitura das transcrições indicou a emergência de outras unidades de significado relevantes nas falas das pessoas entrevistadas.

As categorias de análise definidas foram:

Entrevistas com coordenadores municipais

1. Situação de violência contra mulher no município
2. Atendimento da violência contra mulher no município

³ Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 5ª edição. São Paulo: Hucitec-Abraco; 1998.

- 2.1 Existência de demanda
- 2.2 Como acontece o atendimento
- 2.3 Dificuldades no atendimento
- 3. Sugestões para efetividade no atendimento

Entrevistas com gestores e profissionais UBS/centros de referência e/ou outras instituições

- 1. Situação de violência contra mulher na UBS/centro de referência e/ou instituição
- 2. Atendimento da violência contra mulher no município
 - 2.1 Existência de demanda
 - 2.2 Como acontece o atendimento
 - 2.3 Dificuldades no atendimento
- 3. Sugestões para efetividade no atendimento

Em vista das dificuldades para concluir a coleta de dados qualitativos, ainda não foi possível terminar o processo de análise. Apenas uma parte dos dados já foi analisada.

2. 9) Disseminação dos resultados

A partir das análises já realizadas foram preparados dois artigos para serem enviados a periódicos científicos, e que estão listados nos itens 5. 1. 1 e 5. 1. 2. Também está sendo preparada uma dissertação de mestrado, a ser defendida junto ao Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências

Médicas da Universidade Estadual de Campinas: “A percepção de mulheres em relação a violência doméstica em municípios do Estado de São Paulo” – Ana Karina Rios de Araújo Mathias.

Foi preparado um resumo executivo com os principais resultados do estudo, que será enviado à coordenação da área de saúde da mulher da Secretaria de Estado da Saúde, do Estado de São Paulo; à coordenação da área técnica de saúde da mulher do Ministério da Saúde; e à Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República.

3) Descrição e avaliação do apoio institucional recebido no período

O apoio institucional oferecido pelo CEMICAMP pode ser classificado em dois grandes grupos: infraestrutura e pessoal.

O desenvolvimento do presente projeto de pesquisa contou com a disponibilidade de toda a infraestrutura do Centro:

- Espaço físico para realização de treinamentos, reuniões, organização e armazenamento de material de pesquisa;
- Telefone, fax;
- Internet banda larga;
- Mobiliário.

Quanto ao pessoal disponibilizado, foi possível contar com:

- Recepcionista;
- Secretária;
- Mensageiro;
- Limpeza;

- Apoio de pessoal técnico e especializado, qualificado, especialmente pesquisadores associados ao projeto.
- Apoio administrativo.

4) Descrição da aplicação dos recursos de Reserva Técnica e Benefícios

A reserva técnica foi utilizada em despesas estritamente necessárias ao desenvolvimento do projeto. Com os recursos foram adquiridos:

- Equipamentos;
- Material de consumo;
- Fotocópias de questionários, não previstos no orçamento original;
- Encadernação de material;
- Serviços de manutenção de computadores.

5) Lista das publicações realizadas (inclusive aceitas para publicação, informando em cada caso a situação) no período, contendo:

5.1) Lista dos trabalhos preparados ou submetidos (e ainda não aceitos) para publicação, acompanhada de cópias destes trabalhos.

Dois artigos foram preparados até o presente, a serem submetidos à avaliação para publicação.

- 5.1.1. Detecção da violência contra mulheres: o papel da atenção básica em municípios do Estado de São Paulo.
- 5.1.2. Atendimento a mulheres que vivenciam situações de violência em municípios do Estado de São Paulo: estudo de casos.