

Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil

Prevalence and factors associated with intimate partner violence among women in Recife/Pernambuco, Brazil

Érika Neves de Barros¹
 Maria Arleide Silva²
 Gilliatt Hanois Falbo Neto³
 Sara Gomes Lucena⁴
 Lucas Ponzo⁴
 Amanda Patrícia Pimentel⁴

Abstract *Intimate partner violence is an important cause of morbidity and mortality among women. Although there are no official statistics, data reveal a high prevalence worldwide. This study aimed to estimate the prevalence and factors associated with intimate partner violence among women in a community in Recife, Pernambuco. A cross-sectional cohort study was conducted with 245 women in the 15 to 49-year age bracket. A questionnaire with sociodemographic variables was used, together with the WHO Violence Against Women (VAW) study tools and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). The participants all signed an informed consent form. The prevalence of intimate partner violence was classified by type of violence: emotional - 52.7%; physical - 46.1 %; and sexual - 13.6%. Bivariate analysis revealed an association between experiencing violence with not having a partner ($p = 0.001$) and drug use ($p \leq 0.001$). In multivariate analysis, the variables were strongly associated with the outcome: sexual intercourse for fear (OR 5.58); depressive-anxious mood (OR 2.69); drug use (OR 2.57). A high prevalence of intimate partner violence in the community, especially emotional violence, emerges as an important finding, indicating the need for care in prevention and the overall health of this population.*

Key words *Violence against women, Domestic violence, Cross-sectional studies*

Resumo *Violência por Parceiro Íntimo consiste em importante causa de morbimortalidade de mulheres. Embora não existam estatísticas oficiais, dados apontam para elevada prevalência mundial. Este estudo objetivou estimar a prevalência e os fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco. Realizou-se estudo de corte transversal, incluindo 245 mulheres, na faixa etária de 15 a 49 anos. Utilizou-se questionário com variáveis sociodemográficas, acrescido dos instrumentos WHO VAW STUDY e Self Report Questionnaire (SRQ-20). As participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A prevalência de violência por parceiro íntimo foi, por tipo de violência sofrida: emocional, 52,7%; física, 46,1%; e sexual, 13,6%. A análise bivariada evidenciou associação entre ter sofrido violência com não ter companheiro ($p = 0,001$) e uso de drogas ($p \leq 0,001$). Na Análise Multivariada, as variáveis encontradas fortemente associadas ao desfecho: relação sexual por medo (OR 5,58); humor depressivo-ansioso (OR 2,69); uso de drogas (OR 2,57). Alta prevalência de violência por parceiro íntimo nessa comunidade, especialmente a violência emocional, destaca-se como relevante achado, indicando a necessidade de cuidados na prevenção e saúde geral dessa população.*

Palavras-chave *Violência contra a mulher, Violência doméstica, Estudos transversais*

¹ Serviço de Psicologia, Hospital de Câncer de Pernambuco. Av. Cruz Cabugá 1597, Santo Amaro. 50040-000 Recife PE Brasil. erika_nbarros@yahoo.com.br

² Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Recife PE Brasil.

³ Núcleo de Estudos da Violência, IMIP. Recife PE Brasil.

⁴ Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife PE Brasil.

Introdução

A violência baseada em gênero constitui uma importante causa de morbimortalidade de mulheres em todo o mundo¹. Com elevada frequência, ocorre no ambiente doméstico e tem como agressor o companheiro, sendo denominada de violência por parceiro íntimo (VPI)²⁻⁵. Embora não existam estatísticas oficiais que revelem a real magnitude do problema, dados apresentados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram uma elevada prevalência: 36% das mulheres nas Américas já teriam sofrido alguma forma de VPI⁶.

No Brasil, no triênio 2009-2011, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) registrou 13.071 homicídios de mulheres, denominados femicídios. Estima-se que nesse período aconteceram 16.993 femicídios, o que equivale a uma taxa de mortalidade anual de 5,82/100.000 mulheres⁶. No país, a Região Nordeste apresentou a maior taxa no ano de 2013, sendo 6,90/100.000, seguida das Regiões Centro-Oeste e Norte. Entre as Unidades Federativas (UF), Pernambuco ocupou a 5ª posição, com taxa mais elevada que a média nacional: 7,81 homicídios⁶.

Entretanto, a taxa de femicídios retrata apenas o extremo da violência física. Um número maior de mulheres está exposto cotidianamente a outras formas socialmente mais veladas de violência, com episódios que podem ser graves e repetitivos, repercutindo de modo significativo na saúde física e mental⁷.

Mulheres em situação de VPI apresentam risco aumentado para: transtornos mentais comuns; transtorno de estresse pós-traumático; síndrome de dor crônica; dificuldades de socialização; uso abusivo de álcool e outras drogas; problemas na saúde reprodutiva; doenças sexualmente transmissíveis; ideação suicida, entre outras comorbidades⁷⁻¹⁰.

Considerando os prejuízos para a saúde da mulher e consequentes repercussões na sua capacidade laborativa, no relacionamento familiar e social, a prevenção e o enfrentamento da VPI demandam a articulação de diferentes setores, como justiça, segurança pública, saúde e educação, entre outros⁵.

A despeito dos incentivos e fomentos para a realização de pesquisas sobre essa temática, constata-se que poucas são desenvolvidas na Região Nordeste do Brasil. Sabe-se que o contexto cultural exerce influência na violência, sendo observadas variações regionais¹¹. Assim, o presente estudo teve por objetivo investigar a prevalência e

os fatores associados à VPI em mulheres de uma comunidade na Cidade de Recife/Pernambuco.

Método

Trata-se de um estudo do tipo corte transversal, estruturado a partir de uma amostra não probabilística, constituída por mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos, no período de fevereiro a abril de 2014.

A comunidade onde o estudo foi realizado, na qual está localizada uma das 61 Zonas Especiais de Interesse Social (Zeis) da cidade de Recife, tem área urbanizada e grande percentual de alagados, favelas e palafitas¹². A mesma conta com uma população de 7.636 habitantes (Censo demográfico de 2010), sendo 53,36% deste total constituído por mulheres. A média de moradores por domicílio (Habitação/Domicílio) é de 3,6 e o valor do Rendimento Nominal Médio Mensal Familiar de R\$ 898,41. A proporção de mulheres responsáveis pelo domicílio corresponde a 53,63% da população¹². A comunidade foi classificada no extrato com baixa condição de vida e apresentou um coeficiente de mortalidade acumulado (CM) por homicídio de 259,7 em estudo ecológico exploratório de grupos de base censitária, realizado na cidade¹³. O CM havia sido calculado através do número de homicídios ocorridos em três anos, dividido pelo número de moradores da localidade no período, Recife apresentou no mesmo estudo um CM de 203,3/100.000 habitantes¹³.

Para calcular o tamanho amostral, utilizou-se o programa de domínio público OpenEpi, versão 3.01¹⁴. O cálculo baseou-se numa prevalência de violência contra a mulher (VCM) de 27% em usuárias do Sistema Único de Saúde na região¹⁵, levando-se em conta que 70% dos casos de VCM são perpetrados por parceiro íntimo¹⁶, estimou-se a VPI em 20% para o estudo. Considerando-se uma população de 2672 mulheres, um erro alfa de 0,05 e um erro beta de 0,15 (IC = 95%), encontrou-se uma amostra de 226 mulheres. Para prevenir possíveis perdas, o tamanho final da amostra ficou definido em 245.

Incluíram-se no estudo mulheres, na faixa etária de 15 a 49 anos, residentes no referido bairro. O ponto de corte da idade foi estabelecido tomando-se como base instrumento preconizado pela OMS para estimar prevalência de VPI e utilizado neste estudo¹⁷. O critério de exclusão foi qualquer comprometimento na capacidade de compreensão que impossibilitasse o entendimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os itens do questionário.

Participaram da coleta de dados a pesquisadora principal e cinco acadêmicos do curso de Psicologia, previamente treinados para esse fim. Levando-se em consideração o risco em circular por determinadas áreas, decidiu-se que a aplicação dos questionários, com duração média de quinze minutos, aconteceria na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro e nos domicílios onde fosse possível. Os pesquisadores compareceram à comunidade de segunda a sexta-feira e acompanharam as visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Foi garantida a confidencialidade e o sigilo das informações. Os dados foram colhidos individualmente, sem a presença dos ACS.

O instrumento utilizado para coletar os dados foi um questionário com perguntas estruturadas, incluindo aspectos socioeconômicos, relacionais e comportamentais. As variáveis independentes analisadas foram: socioeconômicas (idade; cor da pele; anos de estudo; número de filhos; e se trabalhava), relacionais (se tinha companheiro; companheiro nos últimos 12 meses; coabitação com companheiro) e comportamentais (prática religiosa e sua frequência; uso de álcool e sua frequência; uso de outras drogas). O questionário foi acrescido de dois instrumentos, o *WHO VAW STUDY (WVS)*¹⁷, desenvolvido pela OMS e validado no Brasil, recomendado para estimar a prevalência de VPI dos tipos: emocional, física e sexual. Para o rastreamento de sinais de Transtorno Mental Comum (TMC), foi utilizado o inquérito *Self-Report Questionnaire (SRQ-20)*¹⁸, elaborado pela OMS e validado transculturalmente, recomendado para estudos em comunidades. Os grupos de sintomas investigados no *SRQ-20* referem-se a humor depressivo-ansioso, decréscimo de energia vital, sintomas somáticos e pensamentos depressivos^{18,19}.

Todas as mulheres maiores de idade que concordaram em participar assinaram o TCLE. As adolescentes assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) após a permissão do seu respectivo representante legal mediante assinatura de TCLE apropriado. Diante do relato de violência, a mulher foi acolhida e orientada acerca de seus direitos, recebendo informações e encaminhamento para atendimento em serviço de referência em VCM.

O estudo atendeu aos critérios éticos da Resolução 466/2012²⁰ do Conselho Nacional de Saúde, teve anuência da Secretaria de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira-IMIP.

Os dados tiveram dupla digitação e foram validados através do programa EpiInfo 3.5.3²¹. No tratamento estatístico foi utilizado o Stata²². Inicialmente, foram obtidas tabelas de distribuição de frequência²¹ para as variáveis categóricas e calculadas medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis numéricas. As características basais de cada grupo foram comparadas utilizando-se o teste qui-quadrado de associação (Pearson). Para determinação da força de associação entre variável dependente com as variáveis independentes, calculou-se a razão de chance (OR) como estimativa de risco relativo com seu intervalo de confiança (IC 95%)²². Para compor o modelo foram consideradas as variáveis que obtiveram significância $\leq 0,20$ na análise bivariada; realizou-se o modelo de regressão logística método de Backward LR.

Resultados

As frequências encontradas neste estudo para VPI, por tipo de violência sofrida, foram de: 52,7%, emocional; 46,1% física; 13,6% sexual. A prevalência de VPI alguma vez na vida foi de 33,3%.

Quanto às características individuais, a maioria das mulheres estava na faixa etária de 25 a 49 anos (75,7%). Declararam-se pretas ou pardas (79,8%), afirmaram ter menos de oito anos de estudo (66,4%), não trabalhavam (58,4%), tinham companheiro na época do estudo (77,0%) e nos últimos doze meses (93,0%), tinham filhos (85,5%) e seguiam uma prática religiosa (72,4%). O uso de álcool e uma ou mais drogas ilícitas, como maconha, crack e cocaína foi informado por 31,3% das mulheres (Tabela 1).

Os resultados do *SRQ-20* mostraram as seguintes frequências de sinais de TMC, nos quatro grupos de sintomas: 78,6% humor depressivo-ansioso; 77,8% sintomas somáticos; 73,7% decréscimo de energia vital e 51,0% pensamentos depressivos (Tabela 2).

A prevalência de VPI mostrou-se mais elevada entre as mulheres mais jovens (37,3%), pretas ou pardas (33,5%), com oito ou mais anos de estudo (40,0%), sem companheiro na época da coleta de dados (51,8%) e nos últimos doze meses (47,1%), sem filhos (40,0%), sem trabalho (36,6%) e que declararam não seguir uma prática religiosa (35,8%). Metade dessas mulheres (50,7%) afirmou já ter feito uso de drogas e mais de um terço (36,8%) referiu uso de álcool (Tabela 3).

As frequências de sinais de TMC entre as mulheres que relataram VPI foram: 38,2% humor

Tabela 1. Frequência absoluta e percentual das variáveis individuais e relacionais e associação com violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade de Recife/PE. Fevereiro/abril/2014.

Características	Violência por parceiro íntimo (VPI)						P
	Sim		Não		Total	%	
	n	%	n	%			
Idade (anos completos)							0,561
15-24	22	37,3	37	62,7	59	24,3	
25-49	59	32,1	125	67,9	184	75,7	
Cor							1,000
Brancas	16	32,7	33	67,3	49	20,2	
Não brancas	65	33,5	129	66,5	194	79,8	
Anos de estudo(em anos completos)							0,181
< 8	32	40,0	48	60,0	80	33,6	
≥ 8	48	30,4	110	69,6	158	66,4	
Tem companheiro							0,001
Sim	52	27,8	135	72,2	187	77,0	
Não	29	51,8	27	48,2	56	23,0	
Companheiro nos últimos 12 meses							0,335
Sim	73	32,4	152	67,6	225	93,0	
Não	8	47,1	9	52,9	17	7,0	
Coabitação							0,704
Sim	61	32,4	127	67,6	188	77,4	
Não	20	36,4	35	63,6	55	22,6	
Filhos							0,489
Sim	67	32,4	140	67,6	207	85,5	
Não	14	40,0	21	60,0	35	14,5	
Número de filhos							0,331
< 4	69	32,1	146	67,9	215	89,6	
≥ 4	11	44,0	14	56,0	25	10,4	
Trabalha							0,250
Sim	29	28,7	72	71,3	101	41,6	
Não	52	36,6	90	63,4	142	58,4	
Prática religiosa							0,722
Sim	57	32,4	119	67,6	176	72,4	
Não	24	35,8	43	64,2	67	27,6	

n: amostra; %: proporção; p: valor de p. Teste qui quadrado
 Fonte: Comunidade de Recife/Pernambuco

depressivo-ansioso; 36,0% sintomas somáticos; 36,3% decréscimo de energia vital e 41,1% pensamentos depressivos.

Os resultados da análise bivariada quando se investigou a associação de todas as variáveis, categorizadas em binárias, com a variável ter sofrido algum tipo de violência, evidenciou associação entre não ter companheiro ($p = 0,001$) e uso de drogas ($p \leq 0,001$). Na associação com os grupos de sintomas do SRQ-20 foram significantes as associações entre VPI e humor depressivo ansioso e pensamentos depressivos, valor p respectivamente de 0,003 e 0,013. As variáveis individuais e relacionais: idade, cor da pele, escolaridade, companheiro nos últimos 12 meses, coabitação,

filhos, número de filhos, trabalho e prática religiosa não apresentaram associação significativa com o desfecho.

Os resultados da Regressão Logística Multivariada mostraram que o uso de drogas, ter mantido relação sexual por medo e pensamentos depressivos são fatores que permaneceram associados ao desfecho, valor p respectivamente de: 0,002; 0,001 e 0,020 (Tabela 4).

Discussão

Os achados deste estudo identificaram uma elevada prevalência de VPI na população estudada,

Tabela 2. Distribuição de frequência de sintomas segundo o SRQ-20 e associação com violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade de Recife/Pernambuco. Fevereiro/abril/2014.

Características	Violência por parceiro íntimo (VPI)						P
	Sim		Não		Total	%	
	n	%	n	%			
Humor depressivo-ansioso							0,003
Sim	73	38,2	118	61,8	191	78,6	
Não	8	15,4	44	84,6	52	21,4	
Sintomas somáticos							0,141
Sim	68	36,0	121	64,0	189	77,8	
Não	13	24,1	41	75,9	54	22,2	
Decréscimo de energia vital							0,135
Sim	65	36,3	114	63,7	179	73,7	
Não	16	25,0	48	75,0	64	26,3	
Pensamentos depressivos							0,013
Sim	51	41,1	73	58,9	124	51,0	
Não	30	25,2	89	74,8	119	49,0	

n: amostra; %: proporção; p: valor de p. Teste qui quadrado
 Fonte: Comunidade de Recife/Pernambuco.

Tabela 3. Distribuição de frequência de uso na vida de drogas lícitas e ilícitas e associação com violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade de Recife/Pernambuco. Fevereiro/abril/2014.

Características	Violência por parceiro íntimo (VPI)				Total
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Tipo de droga					
Álcool	35	36,8	60	63,2	95
Cocaína	3	60,0	2	40,0	5
Maconha	15	65,2	8	34,8	23
Crack	7	87,5	1	12,5	8
Outra droga	14	58,3	10	41,7	24

n: amostra; %: proporção. Teste qui quadrado
 Fonte: Distrito Sanitário - Recife/Pernambuco

Tabela 4. Análise Multivariada de Regressão Logística. Características associadas à VPI em mulheres de um Distrito Sanitário – Recife/Pernambuco. Fevereiro/abril de 2014.

Variáveis	OR ^a	IC = 95%	p value
Uso de drogas	2,57	1,40 - 4,72	0,002
Teve relação sexual por medo	5,58	2,04 - 15,56	0,001
Humor depressivo/ansioso	2,69	1,17 - 6,19	0,020

OR^a: odds ratio ajustada; IC: índice de confiança; p value: valor de p.

mostrando-se semelhante a outras pesquisas nacionais e corroborando a literatura pertinente acerca dessa temática^{17,23-26}. Quanto ao tipo de violência sofrida, a emocional apresentou frequência mais elevada, seguindo-se a física e da sexual. Esta última, embora com frequência mais baixa entre as violências pesquisadas, encontra-se acima das prevalências encontradas em estudos no Brasil^{17,24}. Em estudo sobre VPI, realizado no município de São Paulo, a violência física foi de 34,5% e entre usuárias da rede primária de saúde da mesma UF, a emocional mostrou-se semelhante (53,8%), mas houve menor frequência da física (32,2%)^{11,27}.

Entre as entrevistadas, 33,3% responderam afirmativamente à pergunta “já sofreu algum tipo de violência?”. Porém, durante a aplicação do WVS, quando indagadas sobre a violência praticada pelo companheiro ou ex-companheiro 52,7% responderam afirmativamente para a emocional. Este achado pode indicar, como descrito em outros estudos, que quando as mulheres são estimuladas por meio da citação de diferentes tipos de agressão, a frequência de violência relatada se eleva⁵, talvez demonstrando que, em alguns contextos, ela precisa ser nomeada para ser reconhecida.

Em pesquisa realizada no Distrito Federal²⁴, com mulheres na mesma faixa etária, a frequência de violência emocional também foi elevada: 80,2%. Esse tipo de violência talvez seja mais facilmente compartilhado, devido a fatores que podem envolver o medo de mais agressões ou a

vergonha de falar sobre abusos ocorridos na relação conjugal²⁶.

Quanto aos aspectos individuais, relacionais e de comportamento, em sua maioria as mulheres que referiram VPI eram jovens, declararam-se pardas ou pretas, tinham oito anos ou mais de estudo, sem companheiro à época da coleta de dados, sem filhos, não trabalhavam, não tinham uma prática religiosa e já haviam feito uso de drogas. Estes resultados são semelhantes aos de uma pesquisa de prevalências de VPI realizado pela OMS, designado estudo multipaíses¹⁷, que no Brasil incluiu a cidade de São Paulo e a Região da Zona da Mata Norte de Pernambuco. Juventude, ser separada/divorciada e uso nocivo de drogas também fazem parte das características individuais consideradas pela OMS fatores de risco para VPI, citadas no modelo ecológico que é utilizado para compreender essa forma de violência¹.

Os quatro grupos de sintomas detectados pelo SRQ-20 sugerem, entre as mulheres que relataram VPI uma vez na vida, sinais de sofrimento psíquico e significativa suspeição para Transtorno Mental Comum²⁸. Mulheres em situação de VPI apresentam risco aumentado para várias morbidades psíquicas, entre elas o uso nocivo de drogas (lícitas e ilícitas), depressão, ansiedade e fobias²⁹. Transtornos de estresse pós-traumático, alimentares e de sono, prejuízos na autoestima, autoagressão e comportamento sexual de risco mostram-se mais frequentes em mulheres agredidas por seus parceiros⁵. As violências física e sexual aumentam as chances de ideação e comportamento suicida⁵.

Os resultados da análise de regressão logística multivariada mostraram como fatores fortemente associados à VPI: ter mantido relações sexuais por medo, com chance aumentada em mais de cinco vezes para VPI (OR 5,58); uso de drogas (OR 2,57) e humor depressivo-ansioso (OR 2,69) com chances semelhantes, aumentadas em mais de duas vezes.

Considerando que, em alguns relacionamentos, a VPI tende a se iniciar a partir de agressões verbais, evoluindo para as outras formas de violência, como a física, e podendo culminar no feminicídio, é importante considerar a necessidade de ações que possibilitem aos profissionais de saúde reconhecer e falar com as mulheres sobre a violência emocional. Além de interromper uma situação geradora de intenso sofrimento, prevenindo e/ou tratando as morbidades decorrentes dessa violência, a intervenção precoce pode contribuir para reduzir a mortalidade feminina, seja

esta por homicídio, suicídio ou decorrente de outras complicações da VPI.

As elevadas prevalências de VPI encontradas possivelmente são compatíveis com a posição da cidade do Recife no ranking brasileiro da violência⁴. Apesar dos avanços ocorridos na última década como a criação da Secretaria da Mulher, centros de referência à assistência a mulheres vítimas de violência, bem como delegacias especializadas, entre outras ações, os achados são um indicativo da necessidade de investimentos financeiros e desenvolvimento de programas mais eficazes.

Esta pesquisa tem as limitações inerentes aos estudos observacionais descritivos e poderiam ter sido incluídas outras variáveis, como o uso de álcool e outras drogas pelo parceiro, que são fatores associados à VPI. Metodologicamente, determinar a prevalência de VPI é um desafio, isto devido a fatores que podem contribuir para sua subestimação, como: complexidade do tema, condição emocional das mulheres em situação de violência, habilidade do pesquisador e instrumento utilizado, acrescentando-se ainda a dificuldade de pesquisar populações que residem em locais de grande vulnerabilidade e elevado risco para violência geral, como a do presente estudo. Entretanto, identificar elevada prevalência de VPI nesta comunidade, especialmente a violência emocional, associada ao rastreamento de sinais de TMC, destacam-se como relevante achado, indicando a premência da necessidade de cuidados na prevenção e saúde geral desta população.

As altas frequências de sinais de TMC merecem atenção, considerando que os mesmos são pouco diagnosticados e conseqüentemente não adequadamente tratados. Estudos indicam que o TMC pode desencadear significativo sofrimento mental e somático, isolamento social, redução no rendimento escolar e laboral, uso abusivo de drogas, comportamento agressivo, prejuízo na qualidade de vida e risco de suicídio²⁹. Os dados deste estudo mostram que maiores investimentos na Saúde Mental dessa população são primordiais.

Estes achados indicam também a necessidade de realização de outros estudos, em populações semelhantes, que possam aprofundar o conhecimento destas morbidades, porque são indicativos de que populações vulneráveis podem ter chances mais elevadas para estes agravos à saúde, que aquelas que têm sido encontradas em estudos apresentados na literatura pertinente. É possível que a coleta de dados realizada em grande parte no domicílio e por ocasião da visita do ACS tenha favorecido a informação, pois os auxiliares

de pesquisa foram apresentados por uma pessoa conhecida, a quem as usuárias do SUS estão habituadas a prestar informação sobre as suas doenças e dificuldades.

A VPI carece de enfrentamento que envolva os diversos setores da sociedade, seja público, privado, da sociedade civil organizada e do cidadão. Ademais, a prevenção, para além das vítimas, precisa ser inclusiva. Entende-se que urge a necessidade de desconstrução da naturalização da violência, da desigualdade de gênero e outras que favorecem o seu recrudescimento, incluindo-o nos currículos escolares desde o fundamental à graduação. Estudos já confirmaram necessidade de maior investimento financeiro, de capacitação

profissional, e demais setores que assistem essa população, para habilitá-los no reconhecimento de sinais e sintomas de sofrimento psíquico decorrente de uma situação de violência³⁰.

A VPI enquanto problema de saúde pública não tem reduzido e, apesar de estar presente cotidianamente na rotina dos serviços de saúde, o desconhecimento dos profissionais do setor sobre esse problema e seu enfrentamento contribui para a subnotificação. As informações sobre como prevenir e enfrentar a VPI ainda são limitadas. É possível que as ações de prevenção e cuidado careçam de maior integração dos setores envolvidos, entendendo-se que a prática de medidas precisa ser inclusiva e ampla.

Colaboradores

EN Barros trabalhou na concepção, metodologia, coleta de dados, análise dos resultados e redação final; MA Silva, na concepção, metodologia e redação final; GH Falbo Neto, na concepção e redação final; SG Lucena e AP Pimentel, na coleta de dados; L Ponzio, trabalhou na coleta e análise dos dados.

Referências

- Krug EG, Dahlberg L, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization; 2002.
- Waiselfisz JJ. Mapa da violência contra a mulher 2012. Os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; 2012.
- d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermitz AB, Portella AP, Diniz CS. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saude Publica* 2009; 43(2):299-311.
- 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. *The Lancet* 2006; 368(9543):1260-1269
- Brasil. Presidência da República (PR). Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres*. Brasília: PR; 2011.
- Garcia L, Freitas L, Silva G. *Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil*. Rio de Janeiro: Ipea; 2013.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia infligida por la pareja*. Washington: OPS; 2013
- Mozzambani ACF, Ribeiro RL, Fuso SF, Fiks JP, Mello MF. Gravidade Psicopatológica em mulheres vítimas de violência doméstica. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2011; 33(1):43-47.
- Zilberman ML, Blume SB. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(Supl. II):S51-S55.
- Silva EP, Ludermitz AB, Araújo TVB, Valongueiro SA. Frequência e padrão de violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Rev Saude Publica* 2011; 45(6):1044-1053.
- Vieira E, Perdona G, Santos M. Fatores associados a violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviço de saúde. *Rev Saude Publica* 2011; 45(4):730-737.
- Prefeitura da Cidade do Recife. Perfil dos bairros. [acessado 2014 ago 8]. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/a-cidade/perfil-dos-bairros/rpa1/coelhos/>
- Barbosa ANMF, Ferreira LOC, Barros MDA. Homicídios e condição de vida: a situação na cidade do Recife, Pernambuco. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2011; 20(2):141-150.
- Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. *OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health*. [acessado 2014 ago 8]. Disponível em: <https://www.OpenEpi.com>
- Silva MA, Falbo Neto GH, Figueiroa JN, Cabral Filho JE. Violence against women: Prevalence and associated factor Sin patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil. *Cad Saude Publica* 2010; 26(2):264-272.
- Schraiber LB, D' Oliveira AFPL, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Cien Saude Colet* 2009; 14(4):1019-1027.
- Schraiber LB, Dias MR, França-Junior I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL, Pires Lucas AF, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saude Publica* 2010; 44(4):658-666
- Santos KOB, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)* em uma população urbana. *Cad Saude Publica* 2009; 25(3):47-58.
- Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Bras. Psiquiatr* 2010; 59(3):238-246.
- Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União* 2013; 13 jun.
- Epiinfo [acessado 3 maio 2014]. Disponível em: www.cdc.gov/epiinfo
- Stata. *Data Analysis and Statistical Software*. [acessado 3 jul 2014]. Disponível em: www.stata.com
- Ribeiro WS, Andreoli SB, Ferri CP, Prince M, Mari JJ. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Rev Brasileira de Psiquiatria* 2009; 31(Supl. 2):S49-S57.
- Moura LBA, Gandolfi L, Vasconcelos AMN, Pratesi R. Violência contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev Saude Publica* 2009; 43(6):944-953.
- Guedes A, García-Moreno C, Bott S. Violencia contra las mujeres en Latinoamérica y el Caribe. *Foreign Affairs Latinoamérica* 2014; 14(1):41-48.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência*. Washington: OMS; 2010.
- Botti NCL, Castro CG, Silva AK, Silva MF, Oliveira LC, Castro AC, Fonseca LLK. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns entre a população de rua de Belo Horizonte. *Barbaroi* 2010; (33):178-193.
- Araújo TM, Pinho OS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras. de Saúde Materno Infantil* 2005; 5(3):337-348.
- Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Júnior JSV. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras. de Epidemiologia* 2010; 13(4):630-640.
- Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade de violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saude Publica* 2013; 29(3):1805-1815.

Artigo apresentado em 08/04/2015

Aprovado em 24/06/2015

Versão final apresentada em 26/06/2015