



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

JOSINETE GONÇALVES DOS SANTOS

FATORES ASSOCIADOS AO TRANSTORNO MENTAL COMUM EM MULHERES EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL

SALVADOR

2022

JOSINETE GONÇALVES DOS SANTOS

**FATORES ASSOCIADOS AO TRANSTORNO MENTAL COMUM EM MULHERES EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem e Saúde na área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, Linha de Pesquisa “Cuidado na promoção à saúde, prevenção, controle e reabilitação de agravos em grupos humanos”.

Orientadora: Dra. Nadirlene Pereira Gomes

Co-orientador: Dr. Amâncio António de Sousa Carvalho

SALVADOR

2022

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S237 Santos, Josinete Gonçalves dos
Fatores associados ao transtorno mental comum em mulheres em
situação de violência conjugal/Josinete Gonçalves dos Santos. – Salvador,
2022.
119 f.: il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Nadirlene Pereira Gomes; Coorientador:
Prof. Dr. Amâncio António de Sousa Carvalho.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2022.
Inclui referências, apêndices e anexo.

1. Transtorno mental comum. 2. Violência conjugal. 3. Mulheres.
4. Infância e adolescência. 5. Enfermagem – cuidado. I. Gomes, Nadirlene
Pereira. II. Carvalho, Amâncio António de Sousa. III. Universidade
Federal da Bahia. IV. Título.

CDU 343.435-055.2

JOSINETE GONÇALVES DOS SANTOS

**FATORES ASSOCIADOS AO TRANSTORNO MENTAL COMUM EM MULHERES EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem e Saúde na área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, Linha de Pesquisa “Cuidado na promoção à saúde, prevenção, controle e reabilitação de agravos em grupos humanos”.

Aprovada em 21 de dezembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Gilvânia Patricia do Nascimento Paixão Gilvânia Patricia do N. Paixão
Doutora em Enfermagem. Universidade do Estado da Bahia.

Ridalva Dias Martins Ridalva Dias Martins
Doutora em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia

Maria Enoy Neves Gusmão Maria Enoy Neves Gusmão
Doutora em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia

Telmara Menezes Couto Telmara Menezes Couto
Doutora em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia

Rosana Santos Mota Rosana Santos Mota
Doutora em Enfermagem. Hospital Universitário Professor Edgard Santos

Fransley Lima Santos Fransley Lima Santos
Doutor em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia

Luana Moura Campos Luana Moura Campos
Doutora em Enfermagem. Centro Universitário Jorge Amado

DEDICATÓRIA

As mulheres em situação de violência conjugal que partilharam suas vivências tão dolorosas,
na perspectiva de dar mais visibilidade ao fenômeno e contribuir enfrentamento do mesmo.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo seu cuidado, bondade e amor infinito que sempre me deu força durante toda essa trajetória, e nos momentos que pensava em desistir vinha sempre o seu consolo e me dava sabedoria para entender que tudo tinha um propósito, pois, os sonhos Dele eram muito maiores que o meu. Quantas vezes olhava para trás e via apenas as Suas pegadas, eram os momentos que me carregava em seus braços, pois não conseguia caminhar. Só nos dois sabemos como foi essa trajetória...

Aos meus pais **Hamilton e Josinelia**, por todo amor, dedicação, carinho e cuidado para comigo. Obrigada estarem sempre presentes durante toda essa trajetória e acreditarem na realização desse sonho, se hoje cheguei até aqui foi fruto de todos os ensinamentos e princípios que me ensinaram. Gratidão a Deus pela vida de vocês e por existirem na minha vida.

A minha **avó**, *In memoriam*, por seu amor incondicional que me impulsionou a caminhar, como é difícil chegar em casa e não ter o seu abraço...

Ao meu irmão **Alison**, pelo seu amor, companheirismo, cumplicidade e afeto. O melhor irmão que Deus poderia me dá.

A minha orientadora **Profa. Dra. Nadirlene Pereira Gomes**, pelos ensinamentos e reflexões não apenas relacionados à academia, mas, sobretudo por todos os princípios de vida. Não há palavras para descrever a sua importância em minha vida. Você é um presente de Deus na minha vida, obrigada pela sua amizade e pelo cuidado para comigo. A você, minha eterna gratidão!

Ao co-orientador **Prof. Dr. Amâncio Antônio** de Sousa Carvalho pelo saber compartilhado e pela disponibilidade em contribuir nesse processo.

A **Profa. Dra. Enoy Gusmão** por me acolher e pela disponibilidade em participar do processo de aprendizado e contribuir para o meu crescimento pessoal. Obrigada por todo carinho que tem demonstrado por mim!

As **Profa. Dra. Telmara Couto e Profa. Dra. Gilvania Paixão**, pelos ensinamentos compartilhados e por todo carinho para comigo.

A **Escola de Enfermagem**, da Universidade Federal da Bahia, em especial ao **Programa de Pós-Graduação**, por possibilitar todo aprendizado e crescimento acadêmico e oportunizando-me a trilhar pelas áreas da pesquisa, ensino e extensão.

Ao **Laboratório Vid@** em especial a: Moniky, Fabricia, Joana, Alcilene, Jandrice, Djanira, Keile, Mayana, pela amizade, carinho e pelos ensinamentos que aprendi com cada um de vocês.

A **turma de doutorado 2018.2**, em especial Fernanda Michelle pela amizade, cumplicidade, companheirismo e por contribuir para minha evolução nesse processo.

A **Prof. Dr. Rosana Mota**, pela amizade, parceria e por contribuir nesse processo.

Ao prof. **Fransley** pela confiança, ensinamentos e por contribuir para meu crescimento profissional

A **Operação Ronda Maria da Penha** pela parceria e por viabilizar o contato com as mulheres colaborados desse estudo.

As amigas **Ionara, Isabela e Jemima** pela cumplicidade, companheirismo e por ser essa rede de apoio tão fundamental nos momentos mais difíceis e tensos. Obrigada por tornarem esse caminhar mais leve.

As amigas **Jordana, Luana e Natalia** pela amizade e por continuar de mãos dadas frente a todas as adversidades.

A família **Gomes**, em especial a **Dete**, por me acolher, pela empatia e cuidado.

A **Lazaro**, pelo cuidado, afeto e compreensão.

Ao meu amigo **Leandro** pelo afeto, carinho, cumplicidade e por me receber sempre com um abraço renovar e por tantos ensinamentos...

A **Dr. Rodrigo**, por cuidar de mim, acreditar no meu potencial e me mostrar caminhos para superar tantas adversidades, só nós dois sabemos como foi esse caminhar.

As minhas sobrinhas de coração **Kettelyn e Karol e prima-irmã Alane** que renovava as minhas forças a cada demonstração de amor. Impossível não relatar o eu te amo puro e sincero de vocês ao final de cada ligação.

AGRADECIMENTOS

A **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB)** pelo apoio que possibilitou o desenvolvimento deste projeto de pesquisa.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001

Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar
FREIRE, 1992

RESUMO

SANTOS, Josinete Gonçalves dos. **Fatores associados ao Transtorno Mental Comum em Mulheres em situação de violência conjugal**. 121f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2022.

A vivência de violência conjugal é um problema de saúde pública e ocasiona inúmeras repercussões para vida das mulheres experienciam. Frente isso, o conhecimento sobre quem são as mulheres em situação de violência conjugal e os fatores que estão associados ao Transtorno Mental Comum, nesse grupo, é de suma importância para protegê-las e elaborar estratégias de prevenção e enfrentamento, principalmente para essas que estão mais vulneráveis. Diante disso, delineou-se como objetivo geral: Investigar os fatores associados ao Transtorno Mental Comum em mulheres em situação de violência conjugal atendidas pela Operação Ronda Maria da Penha. Método: Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo corte transversal, cuja a amostra foi composta por 231 mulheres em situação de violência conjugal com Medida Protetiva de Urgência que são acompanhadas pela Operação Ronda Maria da Penha. Com intuito de alcançar os objetivos, adotou-se como variável dependente: Transtorno Mental Comum. As variáveis independentes foram: sociodemográficas, expressões da vivência de violência na infância, vivência de violência conjugal na vida adulta, uso de drogas e comorbidades. Os dados foram coletados por meio de um formulário estruturado, no período de janeiro a maio de 2021. Os mesmos foram organizados do programa Microsoft Office Excel e posteriormente transportados para o *STATA* versão 12, para análise. Inicialmente, foi efetuada a análise exploratória por meio da estatística descritiva para caracterização da amostra estudada. Em seguida, foi realizada a análise bivariada para verificar a associação as variáveis independentes e o Transtorno Mental Comum, para isso foi realizado o cálculo da razão de prevalência (RP). O nível de significância estatística adotado em todas as análises foi de 5% ($\alpha \leq 0,05$) e IC 95%. O valor de p foi obtido pelo Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fischer. Resultados: O estudo mostrou associação entre fatores sociodemográficos, vivência violência conjugal e Transtorno Mental Comum. Destacando que houve uma associação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) do Transtorno com as seguintes variáveis: o tempo de vivência na relação violenta (RP = 1,21), ter experienciado a violências psicológica (RP = 2,78), a violência sexual (RP = 1,41) e as cinco as expressões da violência (RP = 1,22). Verificou uma associação estaticamente significativa entre a vivência de violência na infância/adolescência e desfecho, sendo que as mulheres que presenciaram a violência física (RP=1,20; $p=0,04$) e aquelas que sofreram tanto a psicológica (RP=1,32; $p=0,01$) quanto a física (RP=1,25; $p=0,016$) tinham mais probabilidade de desenvolver o Transtorno Mental Comum, do que aquelas que não presenciaram, ou não sofreram este tipo de agravo, nessa fase da vida. Estes resultados evidencia o grupo de mulheres em situação de violência conjugal que tem mais probabilidade de desenvolver o Transtorno Mental Comum, mostrando assim a necessidade de direcionar as ações de cuidado a esse grupo que está mais vulnerável.

Palavras-chaves: Transtorno Mental Comum. Violência conjugal. Mulheres. Infância e adolescência. Cuidado. Enfermagem

ABSTRACT

SANTOS, Josinete Gonçalves dos. **Factors associated with Common Mental Disorder in Women in situations of domestic violence.** 121p. Thesis (Doctorate in Nursing and Health) – School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador. 2022.

The experience of conjugal violence is a public health problem and causes numerous repercussions for the lives of women who experience it. In view of this, knowledge about who the women in situations of domestic violence are and the factors that are associated with Common Mental Disorder, in this group, is of paramount importance to protect them and develop prevention and coping strategies, especially for those who are more vulnerable. In view of this, the general objective was: To investigate the factors associated with Common Mental Disorder in women in situations of domestic violence assisted by the Ronda Maria da Penha Operation. Method: This is a study with a quantitative approach, of the cross-sectional type, whose sample consisted of 231 women in situations of domestic violence with an Emergency Protective Measure who are accompanied by the Ronda Maria da Penha Operation. In order to achieve the objectives, the following dependent variable was adopted: Common Mental Disorder. The independent variables were: Sociodemographic, expressions of experiencing violence in childhood, experiencing marital violence in adult life, drug use and comorbidities. Data were collected using a structured form, from January to May 2021. They were organized using the Microsoft Office Excel program and subsequently transferred to STATA version 12 for analysis. Initially, an exploratory analysis was performed using descriptive statistics to characterize the studied sample. Then, the bivariate analysis was performed to verify the association between the independent variables and the Common Mental Disorder, for which the prevalence ratio (PR) was calculated. The level of statistical significance adopted in all analyzes was 5% ($\alpha \leq 0.05$) and 95% CI. The p-value was obtained by Pearson's chi-square or Fisher's Exact. Results: The study showed an association between sociodemographic factors, experiencing marital violence and Common Mental Disorder. Noting that there was a statistically significant association ($p \leq 0.05$) between the Disorder and the following variables: length of experience in a violent relationship (PR = 1.21), having experienced psychological violence (PR = 2.78), sexual violence (PR = 1.41) and the five expressions of violence (PR = 1.22). There was also a statistically significant association between the experience of violence in childhood/adolescence and the outcome, with women who witnessed physical violence (PR=1.20; $p=0.04$) and those who suffered both psychological violence (PR=1.32; $p=0.01$) and physical (PR=1.25; $p=0.016$) were more likely to develop the Common Mental Disorder than those who did not witness, or did not suffer this type of injury, in this phase of life. These results highlight the group of women in situations of domestic violence that are more likely to develop a Common Mental Disorder, thus showing the need to direct care actions to this group that is more vulnerable.

Keywords: Common Mental Disorder. Marital violence. Women. Childhood and adolescence. Caution. Nursing

RESUMEN

SANTOS, Josinete Gonçalves dos. **Factores asociados al Trastorno Mental Común en Mujeres en situación de violencia intrafamiliar**. 121p. Tesis (Doctorado en Enfermería y Salud) – Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía, Salvador. 2022.

La experiencia de la violencia conyugal es un problema de salud pública y provoca numerosas repercusiones en la vida de las mujeres que la experimentan. Ante ello, el conocimiento sobre quiénes son las mujeres en situación de violencia doméstica y los factores que se asocian al Trastorno Mental Común, en este colectivo, es de suma importancia para protegerlas y desarrollar estrategias de prevención y afrontamiento, especialmente para aquellas que se encuentran en situación de violencia doméstica. más vulnerable. Frente a eso, se planteó el objetivo general: Investigar los factores asociados al Trastorno Mental Común en mujeres en situación de violencia doméstica atendidas por el Operativo Ronda Maria da Penha. Método: Se trata de un estudio con abordaje cuantitativo, de tipo transversal, cuya muestra estuvo compuesta por 231 mujeres en situación de violencia doméstica con Medida de Protección de Emergencia que son acompañadas por el Operativo Ronda Maria da Penha. Para lograr los objetivos se adoptó la siguiente variable dependiente: Trastorno Mental Común. Las variables independientes fueron: sociodemográficas, expresiones de vivenciar violencia en la infancia, vivenciar violencia conyugal en la vida adulta, consumo de drogas y comorbilidades. Los datos fueron recolectados mediante un formulario estructurado, de enero a mayo de 2021. Fueron organizados utilizando el programa Microsoft Office Excel y posteriormente transferidos a STATA versión 12 para su análisis. Inicialmente, se realizó un análisis exploratorio utilizando estadística descriptiva para caracterizar la muestra estudiada. Luego, se realizó el análisis bivariado para verificar la asociación entre las variables independientes y el Trastorno Mental Común, para lo cual se calculó la razón de prevalencia (RP). El nivel de significación estadística adoptado en todos los análisis fue del 5% ($\alpha \leq 0,05$) e IC del 95%. El valor de p se obtuvo mediante el chi-cuadrado de Pearson o el Exacto de Fisher. Resultados: El estudio mostró una asociación entre los factores sociodemográficos, experimentar violencia conyugal y el Trastorno Mental Común. Observándose que hubo asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre el Trastorno y las siguientes variables: tiempo de experiencia en una relación violenta (RP = 1,21), haber sufrido violencia psicológica (RP = 2,78), violencia sexual (RP = 1,41) y las cinco expresiones de violencia (RP=1,22). También hubo asociación estadísticamente significativa entre la experiencia de violencia en la infancia/adolescencia y el resultado, siendo las mujeres que presenciaron violencia física (RP=1,20; $p=0,04$) y las que sufrieron tanto violencia psicológica (RP=1,32; $p=0,01$) y físicos (RP=1,25; $p=0,016$) tenían más probabilidades de desarrollar el Trastorno Mental Común que aquellos que no presenciaron, o no sufrieron este tipo de lesión, en esta etapa de la vida. Estos resultados destacan el grupo de mujeres en situación de violencia doméstica que tienen mayor probabilidad de desarrollar el Trastorno Mental Común, mostrando así la necesidad de dirigir las acciones de atención a ese grupo que es más vulnerable.

Palabras clave: Trastorno Mental Común. Violencia marital. Mujeres. Infancia y adolescência. Precaución. Enfermería

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACCS ENFA79 - Componente Curricular Abordagem Interdisciplinar e Transdisciplinar dos Problemas de Saúde Relacionados à Violência

APS - Atendimento na atenção primária à saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CID 11 - Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DSM V - Manual Diagnóstico dos Transtornos Mentais

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de confiança

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LMP - Lei Maria da Pena

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

ORMP - Operação Ronda Maria da Pena

PIBIEX - Programa Institucional de Bolsas de Extensão Universitária

PNSM - Política Nacional de Saúde Mental

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RP - Razão de prevalência

SF - Saúde da Família

SP – São Paulo

SPM – Secretaria de Políticas para as Mulheres

SRQ-20 - Self-Reporting Questionnaire

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Terapia Cognitiva Comportamental

TMC - Transtorno Mental Comum

TRP - Terapia de Resolução de Problemas

VCM - violência contra a mulher

VID@ - Laboratório Violência, saúde e qualidade de vida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 CONTEXTUALIZAÇÃO	18
2.1 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	18
2.2 TRANSTORNO MENTAL COMUM	25
2.3 VIVÊNCIA DE VIOLÊNCIA POR MULHER E A VULNERABILIDADE PARA TRANSTORNO MENTAL COMUM	32
3 METODOLOGIA	39
3.1 DESENHO DE ESTUDO	39
3.2 LOCAL DO ESTUDO	39
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	40
3.4 COLETA DE DADOS	41
3.5 VARIÁVEIS.....	42
3.5.1 Variável dependente	42
3.5.2 Variáveis independentes	43
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	44
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	44
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
4.1 ARTIGO 1	48
4.2 ARTIGO 2	63
4.3 ARTIGO 3	77
5 CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICE A - Informações às participantes	112
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	113
APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados.....	114
ANEXO A – Parecer do comitê de ética em pesquisa	118

1 INTRODUÇÃO

Os altos índices e as repercussões da violência conjugal tornam o agravo um sério problema de saúde pública, o que requer mecanismos de prevenção e enfrentamento. Considerando os danos sobre a saúde mental, urge também enfoque para o cuidado feminino, sobretudo dos grupos mais vulneráveis.

Consegui perceber a magnitude da violência contra a mulher ainda na graduação de enfermagem, ao cursar em 2010 o Componente Curricular “Abordagem Interdisciplinar e Transdisciplinar dos Problemas de Saúde Relacionados à Violência” (ACCS ENFA79), que se propunha favorecer uma formação profissional para o reconhecimento de situações de violência como causa associada a agravos à saúde. Além disso, participo desde 2011 do Grupo de Estudos “Violência, Saúde e Qualidade de Vida” (Grupo Vid@), devidamente cadastrado no CNPq, onde desenvolvi atividades de pesquisa, ensino e extensão relacionadas à temática violência e suas interfaces com as categorias gênero, raça/etnia, classe e geração. Nesses espaços, tive oportunidade de me aprofundar teoricamente acerca do fenômeno da violência e também inserir-me em espaços de acolhimento a mulheres, a exemplo de participação em grupos reflexivos e visitas técnicas em serviços da rede.

Em âmbito internacional e nacional, os altos índices de violência contra a mulher evidenciam a gravidade da problemática, sobretudo quando se trata de violência conjugal. Pesquisas realizadas em 87 países, no período de 2005 a 2016, revelaram que 19% das mulheres entre 15 a 49 anos já sofreram agressão por parte do parceiro íntimo (NACIONES UNIDAS, 2017). Em Hong Kong, pesquisa constatou realidade ainda mais preocupante: uma a cada três mulheres já sofreram violência conjugal (BOUHOURS, 2015). A nível nacional, no primeiro semestre de 2016, a Central de Atendimento à Mulher registrou 67.962 relatos de violência, dos quais 67,63% correspondiam a violência conjugal (BRASIL, 2017).

A vulnerabilidade das mulheres para vivência de violência as suscetibiliza também para a morte. Pesquisa desenvolvida com 66 países evidenciou que pelo menos 38,6% dos homicídios femininos são praticados por homens com os quais as mulheres têm ou tiveram algum relacionamento afetivo (STÖCKL *et al.*, 2013). Corroborando acerca do assassinato de mulheres pelos cônjuges, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada revelou que, entre os anos de 2011 e 2013, ocorreram 17.581 óbitos de brasileiras por parceiro íntimo, o que representa uma média de 5.860 mortes de mulheres por ano, 488 a cada mês, 16 por dia. Pode-se assim dizer que no Brasil uma mulher é morta a cada uma hora e meia em decorrência da violência conjugal (IPEA, 2016).

No intuito de intervir nessa realidade foram criados, no cenário brasileiro, mecanismos para enfrentamento da violência, que perpassa pelas ações de combate, prevenção, assistência e a garantia dos direitos. Dentre esses instrumentos, temos os serviços que prestam assistência a mulher, a exemplo das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, que se propõem a desenvolver ações de prevenção, investigação e apuração das denúncias; Centros de Referência, os quais buscam oferecer acolhimento e/ou atendimento social e psicológico bem como as devidas orientações e encaminhamento jurídicos; e Casas-Abrigo, de caráter sigiloso, que tem por finalidade oferecer moradia segura as mulheres em vivência de violência que estão sob grave ameaça ou correm risco de morte (BRASIL, 2011).

Outro avanço brasileiro em relação ao enfrentamento da violência contra a mulher, trata-se da Lei Maria da Penha (LMP) nº 11.340, promulgada em 2006. Dentre outras medidas, este dispositivo jurídico preconiza: a extinção das penas pecuniárias, as quais eram cumpridas mediante a doação de cesta básicas ou pagamento de multa; a prisão preventiva e/ou em flagrante do homem, mediante o risco deste atingir a integridade física ou moral da mulher; aumento da pena para esse tipo de crime e as medidas protetivas de urgência (BRASIL, 2006). Vale referir que atualmente este regimento é o principal mecanismo legal de enfrentamento da violência doméstica contra as mulheres, visto que reconhece a obrigação do Estado de assegurar a segurança destas tanto no espaço público quanto no privado (MORENO, 2014).

No intuito de proporcionar a efetivação dessa Lei, visto sua função de garantir as mulheres uma vida livre de violência, o estado da Bahia cria um outro mecanismo para o enfrentamento da violência contra a mulher, a Ronda Maria da Penha. Essa tem como objetivo primordial proteger as mulheres em situação de violência doméstica que estão sob medida protetiva de urgência com a função de, dentre outras atribuições, realizar visitas diárias na casa ou no trabalho das mesmas; acompanhá-las no dia da audiência para que não se sintam só ou intimidadas, encoraja-as a persistirem com o processo; e encaminhá-las para outros serviços da Rede, quando necessário (BRASIL, 2017). Isso porque, diante dos impactos que a violência provoca na vida das mulheres, torna-se necessário encaminhá-las a outros serviços, a exemplo das demandas relacionadas à saúde dessas mulheres.

Nesta perspectiva, é preciso estar alerta para o comprometimento da vivência de violência conjugal para saúde física e mental das mulheres. Em 2014, ao participar de grupos reflexivos vinculados ao projeto “Enfrentamento da violência conjugal: estratégias para garantia da segurança e saúde das famílias”, na condição de bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Extensão Universitária (PIBIEX), me deparei com mulheres que referiram, dentre outras sintomatologias, cefaleia, gastrite, insônia e depressão.

Os danos físicos decorrentes dos abusos também foram evidenciados em uma pesquisa realizada em Hong Kong, na qual 36% das 1.330 mulheres entrevistadas já apresentaram alguma forma de lesão corporal por conta da violência marital. Estudo desenvolvido em Salvador, Bahia, também evidenciou que as mulheres, que experienciaram a violência conjugal, apresentaram hematomas na face, fissura no mento e os olhos avermelhados e edemaciados, além do contágio da sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (CARNEIRO *et al.*, 2017). Somam-se os sinais e sintomas decorrentes do processo de somatização a exemplo de inapetência, emagrecimento, má digestão, cansaço constante, tontura, tremores, insônia (CARNEIRO *et al.*, 2017; LEITE *et al.*, 2016).

A somatização do vivido também implica prejuízos psicológicos como tristeza, choro constante, nervosismo, tensão, dificuldade de realizar tarefas diárias e tomar decisões, falta de interesse pelas coisas, sentimento de inutilidade e vontade de desistir de viver (GOMES *et al.*, 2013; LEITE *et al.*, 2016). Durante o desenvolvimento do meu mestrado, ao investigar a vivência de violência na infância dos homens, um deles relatou que, devido aos constantes conflitos conjugais, sua mãe se suicidou, jogando-se na frente de um carro. Estudo realizado no Canadá corroborou que as mulheres em vivência de violência têm maior probabilidade de desenvolverem problemas psíquicos como ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TUTTY *et al.*, 2017).

Especificamente sobre o adoecimento mental, destaca-se o Transtorno Mental Comum (TMC), também conhecido como transtorno não psicótico. O TMC é um tipo de sofrimento mental que se manifesta com sintomas somáticos inespecíficos como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e outras queixas somáticas (GOMES; MIGUEL; MIASSO, 2013). Pesquisa evidencia que pessoas em situação de vulnerabilidade tem maior probabilidade de desenvolver TMC (MENDONÇA; LUDERMIR, 2016). Destaca-se ainda que o TMC ocasiona elevados custos econômicos e sociais, pois por conta do adoecimento, muitas vezes, a pessoa afasta-se do trabalho e busca mais o serviço de saúde (GOMES; MIGUEL; MIASSO, 2013).

Diante desse panorama, investigar mais profundamente o TMC em mulheres que vivenciam a violência no âmbito doméstico é fundamental para compreensão do fenômeno, visto que o adoecimento pode se constituir enquanto fator de manutenção na relação abusiva. Isso porque o TMC pode ser um dos motivos pelos quais a mulher continua na situação de violência conjugal, conforme aponta pesquisa com profissionais da Estratégia de Saúde da Família ao apontar a permanência das mulheres nas relações conjugais permeadas pela violência mesmo sofrendo agressões (GOMES; ERDMANN, 2014). Outro estudo mostra que

muitas mulheres, mesmo independentes financeiramente, não conseguem romper o ciclo vicioso do fenômeno, sinalizando para a dependência emocional desta pelo cônjuge (PORTO, 2014). Por conta desse tipo de adoecimento, ainda que se separem, algumas mulheres acreditam que não mais serão felizes com outro homem; outras não conseguem ter uma perspectiva futura ou fazer planos de vida (CARNEIRO *et al.*, 2017), conforme assinala estudo com psicólogas ao revelar a relação entre perda do prazer de viver e comprometimento para os estudos e a vida profissional (PORTO, 2014).

Ainda que não possamos afirmar ser o TMC consequência da violência conjugal, acredita-se que revelar a relação entre ambos os fenômenos poderá sinalizar grupos femininos mais vulneráveis ao sofrimento mental para os quais as ações de cuidado podem ser priorizadas. Diante o exposto, delineou-se a seguinte questão: Quais são os fatores associados ao TMC em mulheres em situação de violência conjugal? Considerando os riscos de TMC para a vida das mulheres, inclusive as tentativas de suicídios, delineia-se a seguinte hipótese: há uma alta prevalência de TMC em mulheres com história de violência conjugal, sendo que os fatores sociodemográficos, o tempo de exposição e as formas de expressão deste agravo aumentam a probabilidade desse adoecimento

Nesse sentido, define-se como objetivo geral: Investigar os fatores associados ao TMC em mulheres em situação de violência conjugal atendidas pela Operação Ronda Maria da Penha. Os objetivos específicos serão: Caracterizar às mulheres em situação de violência conjugal assistidas pela Operação Ronda Maria da Penha; estimar a prevalência de TMC em mulheres que experienciaram violência conjugal atendidas pela Operação Ronda Maria da Penha; verificar associação entre fatores sociodemográficos, vivência de violência conjugal e TMC em mulheres atendidas pela Operação Ronda Maria da Penha; verificar a associação entre a vivência de violência na infância/adolescência e TMC em mulheres que experienciaram violência conjugal atendidas pela Operação Ronda Maria da Penha

Nessa perspectiva, defendo a tese de que é necessário o direcionamento de políticas públicas para as mulheres em situação de violência conjugal que estão mais vulneráveis ao desenvolvimento do Transtorno Mental Comum, para isso, torna-se indispensável conhecer o perfil destas mulheres, em consonância com os fatores que se associam, positivamente, ao TMC.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Há pouco tempo se discute sobre a violência contra mulher, embora esta permeie nossa sociedade há anos (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999). Devido a cultura patriarcal, mulheres foram criadas para viver nos lares, cuidando dos afazeres domésticos, dos filhos e sendo subservientes aos seus cônjuges. Relatos históricos apontam para o atraso da mulher na sociedade brasileira, a exemplo do exercício de sua cidadania, uma vez que o direito de votar só lhe foi concedido em 1933, como também dos seus direitos sexuais, lhes sendo permitido o uso de pílulas anticoncepcionais somente em 1960 (VARGAS; BENCHIMOL; UMBACH, 2014).

Dentre outras coisas, essas situações impunham às mulheres posição de inferioridade em relação aos homens além de, por construção social, dever a eles submissão. A violência ocorrida nos lares era entendida como de respeito apenas ao casal, o que invisibilizava (e ainda invisibiliza) o sofrimento das mulheres. Esse entendimento social de que “em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher” deixou por muito tempo o Estado em apatia. Nada era feito para frear as ocorrências de violência, o que se deve sobretudo pelo menosprezo para a figura da mulher na sociedade (RODRIGUES *et al.*, 2015).

No entanto, em meados do século XIX, devido ao avanço das indústrias e a necessidade de um maior número de mão-de-obra, as mulheres passam a trabalhar, embora necessitassem do consentimento por escrito dos maridos (QUERINO; DOMINGUES; LUZ, 2013). Foi a partir da inserção no mercado de trabalho que as mulheres se sentem impulsionadas a buscar por mais direitos e a lutar contra o patriarcado e as violências sofridas (BLAY, 2003). Durante os anos de 1960 e 1970, militantes formam um movimento unido contra a morte de mulheres, e o que era considerado estritamente de espaço privado, começa a ganhar vida pública, expondo o sofrimento de mulheres com seus companheiros (BLAY, 2003). Ainda nessa época é lançado o termo ‘violência contra mulher’, a partir do movimento social feminista e, no Brasil, introduzem-se então os estudos de gêneros que foram essenciais para dar visibilidade as questões da violência (ALVIM; SOUZA, 2005; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Essas lutas sensibilizaram órgãos a pensar na temática da violência, e lançar mão de estratégias para seu combate. Em 1975, é realizado o primeiro Dia Internacional da Mulher pela Organização das Nações Unidas (ONU), o que aponta para a preocupação com as mulheres e o desejo de reconhecê-las. A luta não surtiu resultados imediatos, mas foi possível perceber

efeitos com o decorrer do tempo, a exemplo da criação de órgãos, como o Conselho Estadual da Condição Feminina e a primeira Delegacia de Defesa da Mulher, ambos em SP, nos anos de 1983 e 1985, respectivamente. As delegacias foram uma das conquistas mais importantes no combate à violência, não só por permitir a denúncia, mas principalmente por criar um espaço de acolhimento mais bem preparado para atendimento às vítimas (SANTOS; IZUMINO, 2005).

Na perspectiva de direitos humanos, em 1984, ocorre a Convenção sobre a Eliminação de Todas as formas de Discriminação contra a Mulher da ONU que, influenciada pelo movimento feminista, levanta a expressão discriminação (BRASIL, 1984). O termo violência contra a mulher (VCM) só aparece em 1994 na Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, a qual ficou conhecida como Convenção de Belém do Pará. Esta define como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (BRASIL, 1994).

A convenção de Belém do Pará aponta para três tipos: física, psicológica e sexual, além de abarcar assédio, tortura, estupro e outros, embora não as defina (BRASIL, 1994). A OMS define violência como força física, condição de superioridade, ou ameaça usada de forma arquitetada a qual pode ser direcionada a si mesmo ou outro, de modo que leve a danos ou morte. Neste conceito apenas se enquadra a forma física do agravo, no mais, o relatório divide a violência em auto infligida, coletiva e interpessoal, a qual abarca a violência doméstica e intrafamiliar (OMS, 2002). A doméstica está relacionada ao local de ocorrência e as pessoas que habitam neste espaço, independente de laços consanguíneos, ocorre de maneira velada pois é considerada comum por muitos. Diferentemente dessa, a violência intrafamiliar requer que o ato agressivo se dê entre membros da família, embora esteja na maioria das vezes relacionado à doméstica e, por isso haja confusão entre os significados (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999).

O conceito de violência foi sendo moldado ao longo dos anos, culminando na elaboração da LMP. Esta representa um dos principais mecanismos no enfrentamento e prevenção da VCM no território brasileiro, sendo considerada como uma das três legislações de maior relevância em todo mundo pela ONU. O mesmo estudo apontou que o número de homicídios de mulheres diminuiu após implementação da Lei Maria da Penha (11.340/2006), o que representa a maior visibilidade que as políticas públicas têm trazido ao fenômeno (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA; DATAFOLHA, 2019).

A lei define violência como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (BRASIL,

2006). No que diz respeito às tipificações, a LMP avança em relação à convenção de Belém do Pará, pois, além de trazer outros dois tipos, a patrimonial e a moral, as conceitua. Para efeitos da Lei, a violência física compreende a ação que fira a integridade ou cause danos ao corpo; a psicológica reflete nas repercussões de ordem emocional e na autoestima da pessoa, de modo que interfira no desenvolvimento ou impeça a liberdade do outro frente a ameaça, humilhação e outros; a sexual compreende não apenas a conjunção carnal, mas atos libidinosos e a proibição de usar métodos contraceptivos; a patrimonial que versa sobre ações relacionados aos bens do outro seja de confisco ou destruição (BRASIL, 2006).

A então visibilidade do fenômeno só foi possível graças a estudiosas implicadas em compreender o tema e lutar pelo direito das mulheres. Durante os anos 80, a definição mais utilizada era o de Marilena Chauí, apontando para as disparidades de posição. Para ela, o dominador, detentor do poder, tem o intuito de causar sofrimento e subjugar o outro, o qual não é considerado sujeito, mas objeto, e, por isso, torna-se dependente a tal ponto de não conseguir se defender (SANTOS; IZUMINO, 2005). Pouco depois, considerando as teorias feministas e marxistas, Heleieth Saffioti aponta a violência como reprodução do machismo que atende a interesses econômicos e valoriza o homem branco e rico. Nessa construção, Saffioti acredita que o homem e a mulher são doutrinados para ser dominador e dominado respectivamente, como características de cada gênero. A grande diferença de Chauí para Saffioti é que a primeira entende que a mulher se sujeita as condições após não conseguir se livrar da situação, enquanto a segunda defende que tal submissão advém da construção que não as permite ir de encontro aos padrões estabelecidos, além de atribuir às mulheres a posição de vítima (SANTOS; IZUMINO, 2005).

Em ambas as perspectivas, há entrelaçada a cultura que molda os sujeitos, seja por atribuição de poder ou características que determinam a condição de superior e inferior. Tais costumes constroem a sociedade, de modo que reflete na forma de cada indivíduo se relacionar com o outro (ALVIM; SOUZA, 2005). Maria Filomena Gregori, outra estudiosa, discorda de Chauí no que tange a dominação e, na década de 90, lança mão da perspectiva relacional, expondo que mesmo que cruel, a violência se estabelece como forma de relação com o outro, onde cada um busca espaço de poder (SANTOS. IZUMINO, 2005). Compreende-se, portanto que, embora as mulheres, quando violentas, tenham suas ações consideradas como autodefesa e justificáveis, é necessário repensar o conceito para além da atribuição de culpa ou vitimização para os sujeitos. Nesse sentido, se faz necessário compreender de que modo a violência permeia a forma de se relacionar dos seres humanos.

Percebe-se que mesmo com anos de estudo, permanecem os altos índices da violência que refletem a lei, embora bem elaborada, possui deficiências na execução. Sua função é de prevenir, sensibilizar e punir, contudo, necessitam ser devidamente implementadas (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA; DATAFOLHA, 2019). Em 2017, pesquisa mostrou que 1,2 milhões de casos estavam sem andamento nos tribunais brasileiros, há ainda outros investigados, mas nunca processados judicialmente, o que aponta outro estudo (HRW, 2019). Além disso, a eficiência da lei sofre com questões políticas e econômicas que dificultam sua viabilidade. Em 2017 foram realizados cortes orçamentários que resultaram no fechamento de 23 casas abrigo, resultando na permanência de apenas 74 para atender há mais de 200 milhões de habitantes brasileiros (HRW, 2019).

A morosidade da lei e o aspecto cultural atrelado aos casos dificulta o controle e reverbera em altos números de casos e de feminicídio. O mapa da violência chama atenção para os estados onde a mídia mais divulga casos de feminicídio, a Bahia aparece em quarto lugar, atrás somente de São Paulo, Rio de Janeiro e Distrito Federal (BRASIL, 2018). Segundo Atlas da Violência, em 2016, foram 4.645 casos de feminicídio, o que corresponde a 4,5 mulheres a cada 100 mil. O estudo ainda revela o aumento de 6,4% na morte de mulheres nos últimos 10 anos (IPEA, 2018). Esses dados convergem com relatório da ONU sobre o Brasil que apontou a morte de quatro mulheres para cada 100 mil. Nesse mesmo relatório, o estudo demonstra que, a nível global no ano de 2017, foram assassinadas 87 mil mulheres, o que corresponde a 1,3 vítimas por 100 mil habitantes, sendo a África com maior taxa (3,1/100 000 habitantes) e mais baixa na Europa (0,7/100 000 habitantes) (UNODC, 2018).

Embora não seja entendida como tipificação, mas como o ato máximo da violência contra mulher, o assassinato de mulheres apenas pela condição de pertencer a esse gênero recebeu o nome de feminicídio. No Brasil, na década de 80, em nome da sua honra, quando havia casos de traição, o marido podia matar a mulher, situação que por muito tempo justificou o assassinato (BLAY, 2003). Só em 2015, esses casos ganharam destaque com a Lei do Feminicídio, nº 13.104 (BRASIL, 2015). Essa e outras leis cooperam com a proteção da mulher, entretanto ainda existem falhas na execução, de modo que poucas mulheres usufruem dos órgãos de proteção. Essa situação pode ser evidenciada por pesquisa que analisou 364 casos de feminicídio e concluiu que em apenas 3% dos casos, havia sido expedida medida protetiva e apenas 5% tinham realizado boletim de ocorrência (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA; DATAFOLHA, 2019).

Ainda a nível mundial, a imprensa brasileira, em 2018, contabilizou 14.796 casos de violência doméstica no Brasil, desses a Bahia teve 728 casos (BRASIL, 2018). Em outra

pesquisa, maiores taxas de violência (> 30%) estiverem presentes nas regiões sudeste, norte e centro oeste, já a região Nordeste teve a menor taxa (22,9%) (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA; DATAFOLHA, 2019). O disque 180, serviço telefônico para denúncia dos casos de violência contra mulher registrou, em 2015, 749.024 atendimentos, o que representa um aumento de 10% em relação ao ano anterior (BRASIL, 2016). Essa situação não indica o aumento no número de casos, mas expressa uma maior visibilidade do fenômeno levando pessoas a buscar o serviço.

O Brasil está entre os 10 países mais violentos para mulheres, ficando na quinta posição, a frente dele estão os países como El Salvador, Colômbia, Guatemala e Rússia (WAISELFISZ, 2015). Relatório aponta que a cada 10 mulheres, três sofrem violência, esses índices são mais prevalentes entre a faixa etária de 16 a 24 anos (42% dos casos), com diminuição a partir do aumento da idade (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA; DATAFOLHA, 2019). Contudo, a violência atinge mulheres em todo mundo de maneiras distintas e com repercussões importantes. Nas Américas, pesquisa estimou que 30% das mulheres já haviam vivenciado violência física ou sexual por parceiros (OMS, 2013). Pesquisa com 87 países, considerando os anos de 2005 a 2016, apontou que 19% das mulheres de 15 a 49 anos já haviam sofrido violência por parte dos seus cônjuges e, especificamente nos Estados Unidos, mais de cinco milhões de mulheres já haviam sofrido violência conjugal (OFFICE ON WOMEN'S HEALTH, 2015; ONU, 2015). Frente há anos de lutas contra a violência perpetrada às mulheres e o posicionamento do Estado com políticas públicas, ainda se vê alto os índices de acontecimentos (SCHRAIBER *et al.*, 2007).

Cabe destacar que raramente as mulheres vivenciam apenas um tipo de violência e em um único episódio na vida. A literatura aponta para o caráter cíclico da violência, essa se inicia na tensão, marcada por agressões verbais, controle e ameaças, avança para a explosão, com situações mais graves, inclusive físicas e, a fase de lua de mel, onde há promessas de mudanças, fazendo com que a mulher acredite que tudo vai mudar, até que uma nova tensão ocorra (BRASIL, 2005). Essa característica leva mulheres a sofrerem por longos anos, somado ao fato de quem normalmente comete e o local onde o agravo acontece. Estudos que caracterizam a violência demonstram sua ocorrência principalmente no ambiente doméstico, em 42% dos casos, comparados a 29,1% que havia experienciado nas ruas, 8,2% por internet, 7,5% no trabalho, 2,7% em baladas/ bar e 1,4% na escola/ faculdade (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA; DATAFOLHA, 2019). Pesquisa apontou que o lar é o lugar mais perigoso para as mulheres, uma vez que, dos assassinatos, 58% tinha como autor do crime companheiros ou familiares (UNODC, 2018). Essas informações traçam não apenas o lugar de

ocorrência, mas o perfil do agressor. Em sua maioria são conhecidos (76,4%), sobretudo pessoas com quem a mulher tem relação afetiva (23,8%) ou já teve (15,2%), vizinhos (21,1%), familiares (14,6%) e amigos (6,3%) (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA; DATAFOLHA, 2019).

Considerando este público de companheiros ou ex-companheiros, tem-se que são homens jovens, de baixa escolaridade e que trabalham. Pesquisas apontam que estes podem ser motivados por ciúmes ou pelo consumo de álcool e outras drogas (LEITE *et al.*, 2015; MADUREIRA *et al.*, 2014). Ter como principais agressores homens guarda relação com a construção social do masculino e feminino que atribui comportamentos a cada sexo, imputando domínio ao homem e submissão a mulher, fato que a expõe a vivência do agravo e sinaliza para repercussões (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

No que tange aos impactos para as mulheres, estes têm efeitos duradouros e aparecem na esfera psicológica, física e social. Datasenado (2015) revela que em 26% dos casos que relataram ter vivenciado violência, as mulheres ainda permaneciam com o agressor, situação que propicia novos episódios de agressões. A manutenção do relacionamento se dá principalmente pelo envolvimento emocional e, devido ao ciclo da violência, por acreditar na mudança do agressor. Além disso, a rede de apoio é insuficiente, muitas dependem financeiramente do companheiro e soma-se a vergonha de expor um relacionamento que não deu certo e uma família que se desmonta (BRASIL, 2005). Diante disso, a permanência nessa situação coopera para repercussões longas, quando não resulta em sequelas fatais.

Sobre os impactos físicos e psicológicos, estudo mostrou que mulheres violentadas apresentaram somatização da violência devido ao intenso sofrimento, deste modo expressa-se não só pela baixa autoestima e depressão, mas por manifestações no corpo como acometimentos gástricos e pressão elevada. Resultado de agressões físicas, as mulheres sofrem ainda com hematomas, fraturas, lacerações e outras cicatrizes (ACOSTA *et al.*, 2015). Essas marcas são apontadas em outro estudo, onde as autoras discutem a representação de lesões na face. Para elas, há uma conotação de perda da identidade da mulher quando o homem fere um local onde é difícil esconder e, deste modo, fere não apenas o corpo físico, mas o sentimento da mulher (DOURADO; NORONHA, 2015). Na França, pesquisa aponta para situações de depressão que podem reverberar em comportamentos suicidas, além de cortes, entorses e a morte provenientes das agressões físicas (THUREAU, 2015).

Todo o contexto de vivenciar violência vulnerabiliza não apenas as mulheres, mas engloba filhos que presenciam e, por vezes experienciam a violência por parte dos mesmos agressores da sua mãe, o que confere a violência status de complexa e interrelacional (FALCKE

et al., 2009). Estudo em diversos países mostrou maiores chances de punições exageradas para crianças que têm suas mães violentadas em casa quando comparadas as demais (OPAS; OMS, 2015).

Mesmo que de forma indireta, ao presenciar a violência, as crianças já mostram repercussões. Estudo apontou que filhos de mães que sofrem violência estão mais propensos a serem agressivos, a usarem drogas de modo abusivo, reflete na saúde mental e compromete o rendimento escolar (CARNEIRO, 2017). A agressividade, portanto, pode ser entendida como forma normal de se relacionar e começa a fazer parte do cotidiano dos filhos que, quando adultos, tendem a reproduzir o vivido nas suas relações, meninas sofrendo novamente a violência e menino assumindo posturas agressivas, resultando em um processo intergeracional do agravo.

Esse cenário impacta na sociedade com custos para o Estado devido à perda de pessoas economicamente ativas e do investimento no cuidado das vítimas e com na punição do agressor. No Canadá, estima-se que 7,4 bilhões de dólares foram gastos devido à violência conjugal, no Peru, o custo foi estimado em 3,7% do Produto Interno Bruto devido aos dias não trabalhados em decorrência da violência conjugal (HORNA, 2013). Tal situação pode levar ao desemprego e diminuição da renda, conforme aponta estudo na Colômbia (WOOD; SOMMERS, 2011).

O setor saúde também sofre tanto a nível mundial, como nacional. Nos Estados Unidos, estima-se um aumento de 42% nos gastos com a saúde de mulheres vítimas de violência quando comparadas as que não sofreram (BONOMI *et al.*, 2009). Já no Brasil, o custo para o Sistema Único de Saúde (SUS) foi calculado em mais de 5 milhões relacionados aos cuidados de 40 mil mulheres que adentram o serviço de saúde por conta da violência (WAISELFISZ, 2015). Vale referir que esses custos são calculados baseados nas mulheres que se sabe que vivenciaram violência, existindo ainda muitas outras que não chegam ao serviço de saúde. Impacto substancial se dá nessa área, pois comumente os serviços de saúde são procurados frente aos casos de violência, haja vista a intenção da mulher de cuidar das suas feridas.

Entende-se que profissionais de saúde são peças importantes no cuidado à mulher em situação de violência, porque podem, à medida que identificam os casos, diminuir os impactos gerados pela violência (MORENO *et al.*, 2015). A busca ativa deveria ser o momento ideal para suspeitar de casos e prestar cuidado às mulheres, entretanto essa área se mostra com limitações, uma vez que profissionais de saúde ainda possuem um olhar puramente clínico, desconsiderando determinantes sociais e conseqüentemente a vivência de violência (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999). Pesquisa com gestores de saúde aponta para o não entendimento destes quanto a sua responsabilidade no enfrentamento ao agravo (BATISTA;

SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2018). A identificação da violência se dá frente a marcas físicas e visíveis, mas fica velada quando ocorre nas suas outras formas (GOMES *et al.*, 2012).

Além da identificação, é importante que seja realizado o encaminhamento dessas mulheres garantindo o cuidado integral, notificação dos casos e disposição para sensibilizar a viver uma vida livre de violência. Sobre isso, estudo ressalta a fragilidade da rede de atenção para acompanhar a mulher, uma vez que dependendo da porta por onde ela chegue, normalmente não é conduzida aos outros setores e estes não se conversam (GARBIN *et al.*, 2015). Especificamente no setor saúde, parte importante do enfrentamento da violência está na notificação compulsória dos casos. Ocorre que há pouco conhecimento sobre a ficha, seu preenchimento ou ainda no entendimento do profissional da sua responsabilidade ou relevância em notificar (GARBIN, 2016).

Identificar, encaminhar e notificar faz parte de um preparo que é necessário aos profissionais de saúde, contudo, estudo apontou para a ausência da abordagem do tema durante a formação ou quando já inseridos no serviço de saúde (SOUZA; CINTRA, 2018). Outra situação que atinge os profissionais de saúde é a sobrecarga de trabalho que contribui para um atendimento sem tanta qualidade (ALVIM; SOUZA, 2005). Pode ainda guardar relação com as questões morais que, por vezes, atribui culpa à mulher, impedindo que o profissional preste a assistência da melhor forma, vulnerabilizando ainda mais as mulheres.

2.2 TRANSTORNO MENTAL COMUM

Os transtornos estão descritos e identificados no Manual Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM V) e na classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 11), elaborados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Estes são caracterizados por sinais e sintomas específicos, nos quais ocorrem significativas alterações nas funções cerebrais e psíquicas como: consciência, emoção, juízo de valor, pensamento, percepção, atenção, memória e outros. Estas alterações levam a prejuízos funcionais expressivos, que dificultam o cuidado de si e impedem os indivíduos de se relacionarem e desfrutar de uma melhor qualidade de vida (DALGALARRONDO, 2006).

No Brasil, a população adulta que sofre de transtornos mentais, em sua maioria, são mulheres. Os principais diagnósticos dados no país são depressão, ansiedade, esquizofrenia e transtorno bipolar (LEONARDO, 2017). Pesquisas epidemiológicas demonstram predominância dos transtornos de humor nas mulheres e transtorno psicótico nos homens. Considera-se que 80% das pessoas que sofrem com transtorno mental vivem em países de baixa

e média renda, e 30% das pessoas do mundo atendem a algum critério de transtorno mental (FIOCRUZ).

No Manual Estatístico de Transtorno Mental V (DSM V), constam mais de 300 diagnósticos, distribuídos em categorias que visam um melhor enquadramento, e uniformidade na linguagem entre profissionais, divididos em diferentes eixos. Esta edição descreve um conjunto de situações sociais que passam a ser consideradas na perspectiva patológica, tais como: problemas de relacionamento, violência doméstica ou sexual, negligência ou abuso, problemas ocupacionais e profissionais, situações de falta de domicílio, pobreza extrema, discriminação social, a não aderência ao tratamento médico, entre outros (APA, 2013).

Entretanto, existem situações onde não se consegue fechar um diagnóstico, como é o caso do Transtorno Mental Menor ou Transtorno Mental Comum (TMC). Este termo tem sido utilizado para indicar problemas de saúde em que o sujeito manifesta sinais e sintomas que podem interferir nas suas atividades diárias, porém estes sintomas não são suficientes para preencher os critérios que são exigidos para diagnosticar um transtorno mental como categorizados no DSM V e no CID 11. O Transtorno Mental Comum é um conceito que foi sistematizado por Goldberg & Huxley (1992), e tem como características quadros como insônia, irritabilidade, fadiga, dificuldade de concentração, esquecimento e queixas somáticas, como também depressão e/ou ansiedade de forma intensa (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

Os portadores de TMC normalmente são atendidos pelos profissionais do nível primário de atenção, sem que seja necessário se deslocar para os serviços de saúde especializados (ARÔCA, 2009). Conforme Goldberg e Huxley (1992), o sofrimento mental pode passar por alguns níveis de acesso, tipos diferentes de abordagem em saúde, chamados de “filtros de atenção” que se inicia na atenção básica e pode ser encaminhado para os serviços de saúde de referências de acordo com a necessidade. Na atenção básica será atendido pelo profissional de referência, em caso de serem endereçados ao especialista, passam a ser cuidados pelos serviços de Saúde Mental, e em última hipótese internação psiquiátrica (BRASIL, 2019).

Ainda segundo Goldberg e Goodyer (2005), os manuais existentes estruturam seus diagnósticos a partir de um conjunto extenso de prováveis agentes patógenos, envolvidos em um sintoma que preenchem os critérios necessários para cada categoria diagnóstica. No que concerne ao TMC, estes não se aplicam, sendo imprescindível a utilização de instrumentos gerais de saúde, exames laboratoriais e por fim entrevistas psiquiátricas estruturadas e semiestruturadas.

Um dos instrumentos utilizados para o rastreio do TMC é o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Este é um questionário que teve sua elaboração coordenada pela

Organização Mundial de Saúde em parceria com psiquiatras e outros trabalhadores da saúde pública residentes na Colômbia, Índia, Senegal e Sudão, sendo mais tarde também incluído o Brasil. Tal ferramenta objetiva realizar a avaliação da presença de adoecimento por transtornos mentais em países em desenvolvimento (WHO, 1994).

Contudo, o SQR-20 não permite traçar um diagnóstico, mas sim avaliar, a avaliar a presença de sinais e sintomas sugestivos de transtornos mentais. Originalmente, este instrumento possuía 24 itens, nos quais os 20 primeiros pontos destinavam-se a triagem de e distúrbios não psicóticos e os últimos para detecção de distúrbios psicóticos. A versão utilizada no Brasil, traduzida e validada para o português, adota os 20 primeiros itens, sendo, portanto, focada na investigação de adoecimento não psicótico. Os sintomas neuróticos avaliados pela versão de 20 itens do SRQ-20 aproximam-se dos do TMC, que se caracterizam por sintomas não psicóticos (SANTOS *et al.*, 2010). Este instrumento possui uma escala de resposta dicotômica, sendo possível o seu uso por qualquer profissional da saúde.

A utilização de instrumento validado para identificação do TMC pelos profissionais de saúde potencializa o reconhecimento e a identificação da problemática. Quando esta identificação se dá de maneira precoce, facilitada por profissionais capacitados e que fornecem uma assistência individual, favorece o aclave das possíveis complicações referentes a este adoecimento. A identificação precoce do TMC também pode auxiliar o desenvolvimento de medidas de cuidado antecipadas, favorecendo assim a proposição de medidas de prevenção (MONTEIRO *et al.*, 2020). Se destaca dentre os profissionais de saúde a(o) enfermeira(o) visto que esta(e) desenvolve práticas assistenciais e educativas em saúde. Tais ações podem acontecer durante a “consulta de enfermagem, visita domiciliar, atividades em grupos, entre outras” e possibilitam a formação do vínculo entre profissional e paciente, ajudando na identificação dos sintomas relacionados ao TMC (PARREIRA *et al.*, 2017).

Considerando a importância da problemática do TMC, a possibilidade de cuidado imediato e a detecção precoce a partir de instrumentos fáceis e validados, os profissionais da devem realizar seus cuidados rotineiros atentos para as características sinalizadoras deste adoecimento. Contudo, grande parte dos profissionais da saúde não estão preparados e informados sobre o TMC, ocasionando falhas no processo de cuidado visto que não conseguem identificar esses pacientes, que são taxados muitas vezes como “poliqueixosos, psicossomáticos, funcionais, psicofuncionais, histéricos e pitiáticos” (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

A falta de preparo profissional para o cuidado ao paciente com sofrimento mental em decorrência do Transtorno Mental Comum pode acarretar diversos malefícios para o indivíduo.

Visto isso, é mister a vigilância sobre os sinais e sintomas do TMC, a fim de garantir os cuidados necessários para as pessoas acometidas. Uma das formas de garantir essa atenção às características sugestivas deste tipo de sofrimento mental é através da Atenção Básica (AB). Este nível de atenção tem algumas características que torna rotineiro o encontro de indivíduos com sintomatologia sugestiva de TMC. Tais características se referem aos seus princípios norteadores, a saber ser porta de primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, atuar numa perspectiva territorial e o estabelecimento de vínculos (BRASIL, 2013).

Por ser porta de primeiro acesso, os profissionais da AB trabalham com a visão do acolhimento. Tal conceito busca reformular o método de atuação dos trabalhadores em saúde com vistas a garantir o atendimento integral a todas as pessoas que adentram o serviço de saúde. Isto se dá a partir de uma reorientação das ações em saúde, incentivando o compartilhamento dos saberes e a atuação multiprofissional, a fim de ampliar a resolutividade. O acolhimento em saúde é uma tecnologia focada no usuário e que deve acontecer em todos os momentos de atendimento ao paciente, favorecendo a integralidade do cuidado (MINÓIA; MINOZZO, 2015). Dessa forma, a partir da prática do acolhimento pode ser percebida a necessidade do indivíduo que possui características sugestivas de TMC e assim oferecido os cuidados necessários a estes.

Além disso, a Política Nacional da Atenção Básica versa que a mesma deve programar as suas ações a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população (BRASIL, 2017). Visto isso, pode-se afirmar que a atuação da AB se dá a partir de uma aproximação com a comunidade ali instalada e observando as necessidades básicas daquela população. Mediante isso há o estabelecimento dos vínculos, visto que é incentivado aos profissionais conhecer a história e contextos dos moradores da localidade (BRASIL, 2013). Por isso, o ambiente da AB é estratégico pela possibilidade de aproximação das equipes aos usuários e vice-versa, e assim facilitando a identificação de padrões e comportamentos.

Considerando o exposto, cuidar da saúde mental e em especial das pessoas adoecidas por TMC no âmbito da Atenção Básica se mostra bastante relevante. Tal realidade se afirma principalmente devido à proximidade deste nível da atenção com os usuários dentro do território, o vínculo contínuo com a comunidade, a possibilidade de oferta de um cuidado longitudinal. Além disso, devido aos princípios basilares da AB, como a integralidade da atenção, a perspectiva de atuação intersetorial e da proximidade de organizações e outros dispositivos sociais ou da saúde, ela se reafirma enquanto local de cuidado a indivíduos com TMC (PUPO *et al.*, 2020).

Neste aspecto, tem-se dentro da rede de atenção à saúde, vinculados à AB, outros dispositivos sociais e de saúde, como por exemplo o Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Este foi instituído a partir da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de oferecer apoio matricial às equipes de Saúde da Família (SF), a partir do fornecimento de ações e serviços específicos (BRASIL, 2008). Este é um modelo técnico-assistencial com fins à dilatação das vertentes de cuidado das equipes de SF, e assim suplantando os indiscriminados encaminhamentos, com vistas ao fornecimento de maior resolutividade.

O NASF deve possuir equipe multidisciplinar, que atue em parceria às equipes da SF, sendo a composição deste grupo de profissionais fator decisivo para a diferenciação entre NASF 1 e NASF 2. O primeiro tem como equipe mínima 5 profissionais, podendo ser escolhidos dentre: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Este tipo de NASF deve ser vinculado à quantidade mínima de oito equipes de SF, e com o de 20. De modo semelhante, o Nasf 2 precisará ser constituído por no mínimo três profissionais, que deverão ser selecionados dentre: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional, sendo possível se vincular a 3 equipes de SF, no mínimo (BRASIL, 2010).

No que tange o cuidado à Saúde Mental, os profissionais capacitados nesta área que compõem o NASF oferecem um trabalho compartilhado de suporte às equipes de SF. As intervenções em saúde mental realizadas pelo NASF visam ampliar o leque de ações realizadas e assim proporcionar um aumento da resolutividade dentro do território. Contudo, em casos mais graves é necessária articulação com serviços especializados, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2010).

O CAPS foi instituído a partir da Portaria nº 224 de 1992, a qual versa a respeito do cuidado às pessoas que necessitam de atendimento à saúde mental no SUS, além de trazer os CAPS e as unidades primárias de saúde como os serviços preferenciais de atenção à saúde mental (WENCESLAU; ORTEGA, 2015). A forma de atuação dos CAPS é disposta em três modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III, as quais são definidas por ordem crescente no que concerne a características de abrangência populacional e complexidade de atendimento. Uma das atribuições do CAPS, estabelecida pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 é “supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial” (BRASIL, 2022, p. 126).

Todas as instâncias de saúde acima mencionadas, juntamente com os serviços de urgência e emergência, leitos hospitalares psiquiátricos, serviços de residência terapêutica, programa “De volta para casa”, centros de convivência e comunidades terapêuticas compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (WENCESLAU; ORTEGA, 2015). Esta, se configura em uma estratégia de atenção à saúde mental no âmbito do SUS, e foi instituída em 2011 a partir da Portaria nº 3.088/2011. Sua finalidade diz respeito a “a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2011).

Tais dispositivos de saúde foram criados a partir do entendimento da necessidade de um cuidado direcionado às pessoas em sofrimento mental. Contudo, o processo que culminou na formação de uma Política Nacional de Saúde Mental eclodiu nos anos 70, a partir do movimento social denominado “Reforma Psiquiátrica”. Tal modificação no sistema se revelou imprescindível, uma vez que os cuidados psiquiátricos à época baseavam-se nos inúmeros hospitais psiquiátricos, os quais baseavam-se na pouca qualidade do cuidado e atenção ao indivíduo, fazendo-se frequentemente uso de violações dos direitos humanos (ALMEIDA, 2019).

Após grande período de lutas, em 2001 foi aprovada a Lei 10.216, a qual versa “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). No final desse mesmo ano aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que tinha o tema central de Reorientação do Modelo Assistencial e assim ajuda a consolidar a Reforma Psiquiátrica como política de governo, promove a valorização aos CAPS enquanto primordiais para a mudança do modelo assistencial e constitui o controle social. É neste íterim do decreto da Lei 10.216/2001, da realização da conferência, que contou com o envolvimento de movimentos sociais, e dos avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica que a Política de Saúde Mental governamental se estabelece (BRASIL, 2005).

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) é organizada e orquestrada pelo Ministério da Saúde e rege a respeito da forma como se estrutura no país a prestação de cuidados aos indivíduos que necessitam de assistência específica em saúde mental. A estratégia utilizada visa a desinstitucionalização deste cuidado e vinculação aos familiares e comunidade, a fim de identificar de maneira eficaz as necessidades individuais e assim minorar o sofrimento e estruturar o perfil terapêutico individual (BRASIL, 2020).

Apesar dos avanços conquistados pela luta da Reforma Psiquiátrica, pela Lei 10.216/2001 e pela PNSM ainda existem pontos desafiadores a serem suplantados, esse

poderão ser sanados a partir do direcionamento de ações visando as especificidades e as reais necessidades da população. Estas dizem respeito ao financiamento e a facilidade do acesso aos serviços de cuidado especializado, os quais devem ser discutidos à luz da lei atual vigente, da literatura atual sobre a temática e com o auxílio dos atores principais do campo da saúde mental (ALMEIDA, 2019).

O adoecimento por TMC gera uma série de consequências para a vida das pessoas que o vivenciam, mas também para a família, comunidade e sistema de saúde. Dessa forma, pode-se afirmar que o TMC é um problema de saúde pública que carece de ações preventivas devido às consequências sociais, econômicas e psicológicas, sendo necessária sua identificação precoce para auxiliar e orientar os profissionais nas intervenções (WIEMANN; MUNHOZ, 2015).

No que se refere às repercussões para o indivíduo, considerando que a saúde mental é parte estruturante para o bem-estar, o TMC gera uma série de malefícios. O transtorno mental, por si só, já é uma situação que gera incapacidade e mal-estar, visto que traz alterações nos processos cognitivos e afetivos, além de impactar em questões relacionadas aos pensamentos, compreensão da realidade e forma de vida (GOMES *et al.*, 2020).

Além dos malefícios a nível individual nota-se também repercussões no seio familiar. Estas dizem respeito a sobrecarga experienciada pela família, perda da qualidade de vida, além de trazer sentimento de tristeza frente ao sofrimento do ente-querido e culpabilização pelo transtorno vivenciado pelo mesmo (NAVARINE; HIRDES, 2008).

Concernente aos impactos sociais advindos dos adoecimentos por TMC pode-se citar uma série de malefícios. Estudo demonstrou que essas consequências se referem principalmente a perda de capital humano, a diminuição de mão de obra qualificada, aumento da violência, fragilidade na saúde física, dentre outros (MATEUS *et al.*, 2008). No Brasil, o TMC tem apresentado grande impacto econômico em função das demandas nos serviços de saúde e do absenteísmo no trabalho (KASPPER; SCHERMANN, 2014)

No que tange aos impactos para o sistema de saúde, em decorrência da falta de identificação dos transtornos mentais estes, geralmente, só são tratados quando já estão em uma fase crônica em que os sinais e sintomas encontra-se agravados. Dessa forma, são investidos recursos físicos, humanos e materiais para a realização de exames, despacho de medicações e realização de intervenções. Talvez não fosse necessário a utilização de todos esses recursos se o transtorno mental fosse identificado precocemente e cuidado dos gatilhos que estava predispondo o mesmo (MARAGNO *et al.*, 2006; MORAES JUNIOR, 2010).

Estudos mostram que a prevalência do TMC na população adulta mundial é de 29,2%, outrossim estima-se que 9% a 12% dos brasileiros estão sofrendo com este transtorno mental (STEEL *et al.*, 2014; BRASIL, 2010). Os impactos e os altos índices demonstram a magnitude do agravo e apontam para a necessidade de intervenções específicas.

Contudo, para formulação de ações diretivas é necessário saber o perfil dos mais afetados pelo agravo. Pesquisas revelam que as mulheres são as mais acometidas e que os marcadores sociais mais vulnerabilizantes para o TMC são a baixa escolaridade, desemprego, baixa renda e uso de álcool e outras drogas (SANTOS *et al.*, 2019; GREYER *et al.*, 2019). Tal perfil é semelhante ao observado em mulheres em situação de violência conjugal e por isso justifica a necessidade de um olhar direcionado a essas (OLIVEIRA *et al.*, 2019; ZART; SCORTEGAGNA, 2015).

2.3 VIVÊNCIA DE VIOLÊNCIA POR MULHER E A VULNERABILIDADE PARA TRANSTORNO MENTAL COMUM

A violência contra mulher (VCM), em sua maioria perpetrada por cônjuges, traz inúmeras repercussões para vida, inclusive na esfera psíquica. Frente a essas implicações são necessárias políticas públicas que auxiliem no enfrentamento do fenômeno, as quais são fomentadas a partir do levantamento de dados que revelem a magnitude do problema.

Um dos instrumentos que permite a formulação de dados é a notificação da violência que, no âmbito da saúde, frente casos confirmados ou suspeitos deve ser preenchida compulsoriamente (BRASIL, 2003). Na ficha constam diversos elementos que fornecem subsídios para compreender o fenômeno e traçar estratégias de cuidado, não restrita a violência interpessoal, mas abarcando inclusive a autoprovocada. Neste registro é possível mensurar a gravidade da violência e alertar para o número de casos ocultos que não chegam ao conhecimento das autoridades policiais.

A invisibilidade do fenômeno advém principalmente do silenciamento da usuária de saúde e o não questionamento de profissionais (SILVA *et al.*, 2017) que não foram sensibilizados para identificar o agravo. Pesquisa internacional mostra que somente 14% das mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo o denunciam a polícia (EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, 2014). Para os profissionais existe uma tênue linha entre a não compreensão do agravo e a omissão frente aos casos, reforçando que há uma escassez de instrumentos que embasem a prática (PEDROSA; ZANELLO, 2016). Sabendo que existe uma dificuldade da mulher em romper o ciclo da violência, o qual pode iniciar com

formas mais veladas e alcançar o feminicídio, se faz importante que profissionais saibam identificar inclusive a violência psicológica e agir diante desta (BARROS *et al.*, 2016). O ciclo da violência compreende:

(1) construção de tensão no relacionamento, com abusos verbais, constrangimento público, atribuição de culpa à mulher pelo fracasso, numa fase em que a vítima alimenta a expectativa de que irá reverter a situação; (2) explosão da violência — descontrole e destruição, com a violência física propriamente dita e frequentemente uso de armas brancas ou de fogo, sendo comum que todas as promessas do agressor sejam esquecidas; (3) lua de mel — arrependimento do(a) agressor(a), quando, terminando o período da violência física, o agressor demonstra remorso e medo de perder a companheira (BITTAR; KOHLSDORF, 2013).

Ainda que seja obrigatório a notificação, muitos profissionais da saúde têm medo de realizar o preenchimento devido retaliações após descoberta do agressor sobre a notificação. Outros acreditam se tratar de uma denúncia policial ou ainda alegam sigilo profissional (ACOSTA *et al.*, 2017). Para mulheres adultas que não se enquadrem no perfil de portadora de necessidades especiais, a denúncia não deve ser feita sem sua autorização, o que não exime da notificação. Ressalta-se a importância da educação permanente que trabalhe questões pouco discutidas na formação acadêmica como é o caso da violência (SILVA *et al.*, 2016).

Com a ausência de preparo, até mesmo as fichas que são preenchidas possuem ausência de dados ou contradições. Pesquisa que avaliou a qualidade das notificações no estado do Rio de Janeiro constatou que mais de 30% das fichas não referiam se a violência era interpessoal ou autoprovocada e ainda não revelam dados quanto ao agressor ou tipo de violência (GIRIANELLI *et al.*, 2018). Com o devido preenchimento do instrumento é possível caracterizar os atores envolvidos nas questões da violência, de modo que alerte outros profissionais a questionarem a vivência do fenômeno.

As informações coletadas podem subsidiar ações direcionadas as necessidades da população. Nesse quesito, um estudo que analisou casos notificados no estado de Minas Gerais traçou o perfil das mulheres agredidas; a maioria tinha de 20 a 29 anos, eram brancas, casadas, haviam sido agredidas pelo cônjuge ou provocado autoagressão (ANDRADE *et al.*, 2016). Chama atenção para os casos de violência contra a mulher serem em sua maioria perpetrada por homens com quem a mulher tem ou teve relacionamento afetivo. Esta situação pode retratar a cultura patriarcal que permeia a sociedade brasileira, gerando desigualdade entre os gêneros e vivência de violência (MENDONÇA; LUDERMIR, 2017). Descrição de casos notificados no Estado da Bahia referem faixa etária semelhante (20 a 39 anos), contudo com maior incidência em mulheres pardas ou negras (DANTAS *et al.*, 2017). Esses dados não apontam apenas as

especificidades de cada estado, mas, sobretudo um recorte das mulheres que passaram por profissionais que se dispuseram a realizar a notificação.

Nesse contexto, a magnitude do problema não pode ser mensurada apenas pelas fichas, uma vez que há subnotificação dos casos. Pesquisa aponta que a cada ano mais de 1,3 milhões de mulheres são agredidas no Brasil (CERQUEIRA; MOURA; PASINATO, 2019), enquanto dados do DataSus, os quais compilam as notificações, mostram pouco mais de 220 mil casos de violência contra a mulher (BRASIL, 2017). A discrepância nos números sugere que nem todos os casos são notificados, haja vista que ainda é preciso considerar casos em que ocorrem violências mais sutis. Estas ocorrem recorrentemente, atingem a qualidade de vida das mulheres, mas acabam sendo ignoradas nos atendimentos e até mesmo pelas vítimas que tendem a naturalizar a vivência (BARROS *et al.*, 2016). A aceitação do agravo relaciona-se com o limiar que vai aumentando dentro do ciclo, pois a cada fase de lua de mel e promessas de melhora dentro da relação à mulher acredita na mudança e aceita novamente conviver com as fases de tensão (BITTAR; KOHLSDORF, 2013). Deste modo, caracterizar a realidade requer permear tanto pelas notificações quanto pelo número de denúncias e ainda considerar casos omissos.

Mesmo que haja casos ocultos, esses chegam aos serviços de saúde e por desconhecimento dos profissionais quanto à identificação, prevenção e enfrentamento, as fichas são negligenciadas (BARROS *et al.*, 2016). As notificações por si só não são suficientes para dar conta dos casos de violência, cabe aos profissionais realizarem encaminhamentos que atenda cada indivíduo na sua integralidade. Ações por parte dos profissionais rompem o sofrimento, intervêm nas causas associadas e podem impedir o agravamento para mortes de mulheres, seja por homicídios ou autoprovocadas (BARROS *et al.*, 2016). Entretanto, pesquisa mostrou limitações para esses profissionais quanto a desarticulação dos serviços e a não compreensão de que diversos setores, além da saúde, compõe a rede (ARBOIT *et al.*, 2017). Tal realidade reflete na falta de cuidado às pessoas vítimas de violência e consequentes repercussões ampliando a complexidade da situação.

Sumariamente a VCM gera, sobretudo, comprometimentos físicos, sociais e emocionais, contudo sua duração pode acompanhá-la ao longo da vida, com manifestações iminentes ou tardias (FREITAS; ARAUJO FILHO, 2018). Experimentar a violência traz dificuldades para permanecer no trabalho, limitações nas condições financeiras, atinge a capacidade do indivíduo em se relacionar, causando isolamento e déficit no cuidado com outros (MENDONÇA, LUDERMIR, 2017). Nesse quesito, enquanto principais cuidadoras, outras pessoas que dependem desse cuidado também sofrem as consequências. Estudo aborda que o

estado de saúde mental das mães medeia às consequências dos filhos que foram expostos a violência (DURAND *et al.*, 2011). Esse resultado aponta para implicações que vão além da mulher, mas atinge os que estão a sua volta.

Ainda sobre as mulheres, pode haver prejuízo no autocuidado, o que sugere que sua autoestima tenha sido afetada e reverbera diretamente na saúde mental (FREITAS; ARAUJO FILHO, 2018). Estudos já sinalizam para associação entre vivência do agravo e problemas na saúde mental, a exemplo da depressão (MENDONÇA; LUDERMIR, 2017), mostrando ser fator de risco para diversos danos à saúde da mulher, busca por atendimento hospitalar e psiquiátrico (FREITAS; ARAUJO FILHO, 2018). Grossi (1995) traz que mulheres vítimas de violência têm cinco vezes mais chances de terem sofrimento psicológico se comparadas as que não vivenciaram o agravo. Vulnerabilizadas por diversas implicações do fenômeno, a saúde psicológica é uma das principais áreas atingidas, sendo mais incidente o TMC. Em pesquisa que avaliou os aspectos associados ao TMC, a violência apareceu como um dos fatores com maior impacto (SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018).

Esse transtorno inclui sintomas somáticos, depressivos e ansioso, também denominado como transtorno mental não psicótico (GOLDBERG, 2014; LUCCHESI *et al.*, 2014). A ansiedade se trata de um elemento comum do nosso organismo que deve se manifestar frente a situações de perigo, contudo, quando exacerbada associa-se a manifestações como suor excessivo, taquicardia e tremores, sendo passível de avaliação e tratamento (APA, 2002). Já a depressão se expressa com apatia pelas atividades, sentimento de tristeza profunda e cansaço extremo, estando fortemente associada ao suicídio (APA, 2002).

O TMC abarca transtornos menos severos se comparados a outros quadros, sem que possam ser minimizados seus impactos. Sua prevalência varia de 28,7 a 50% no Brasil, sendo considerada alta entre os estudiosos (LUCCHESI *et al.*, 2014). Os sintomas, além da própria depressão e ansiedade, compreendem insônia, cansaço, cefaleia, irritabilidade, nervoso, esquecimento e dificuldade de se concentrar para realizar tarefas (GUIRADO, 2017). A somatização, quadro psicológico que pode ser percebido com manifestações no corpo, também aparece entre os sintomas, o que alerta para associação entre as repercussões de ordem emocional e física (MENDONÇA; LUDERMIR, 2017).

Vivenciar o TMC é conviver diariamente com o estigma e o preconceito, pois a sociedade discrimina e o culpa pela doença e pelas limitações que podem ocorrer em virtude do agravo (FREITAS; ARAUJO FILHO, 2018). Nesse contexto, existe uma revitimização que ultrapassa a violência e acumula repercussões para o indivíduo. Por isso, é importante

considerar os direitos das pessoas com transtorno mental, suas individualidades e compreender dimensões de raça e gênero (ROSA; CAMPOS, 2012).

O gênero feminino tem sido apontado com alta correlação com o TMC, alertando para necessidade de maior atenção a essa população. Estudos nacionais mostraram maior prevalência do transtorno em mulheres tanto na área urbana quanto na rural (COSTA; LUDEMIR, 2005; LUCCHESI *et al.*, 2014; GOMES; MIGUEL; MIASSO, 2013). Outros fatores estruturais, além da violência, também estão imbricados no TCM, tais como traumas, doenças crônicas, baixo nível de escolaridade e trabalho/ desemprego (ANSEMI *et al.*, 2008; BRASIL, 2013a; JENKINS *et al.*, 2010).

Conforme os estudos descritos, situações traumáticas como a violência podem desencadear o transtorno e este por sua vez levar a morte. Em pesquisa com mulheres que haviam vivido violência doméstica mostrou que 72% apresentavam quadros depressivos, 24% faziam uso de ansiolíticos e 39% já haviam pensado em se matar (ADEODATO *et al.*, 2005). A realidade internacional também não é diferente, na Suécia, 53% das mulheres que vivenciaram violência doméstica referiram já ter pensado em suicídio e na Uganda, estudo mostrou associação entre violência, depressão e suicídio (DUFORT; STENBACKA; GUMPERT; 2015; KINYANDA *et al.*, 2016). O ministério da saúde alerta que cerca de 40% das pessoas que tentam suicídio buscaram o serviço de saúde pelo menos 15 dias antes do evento (BRASIL, 2006), o que sinaliza para necessidade de profissionais mais bem preparados para intervir. As mulheres que não são vítimas de feminicídio, muitas vezes se auto agredem, o que repercute em perdas para sociedade em geral.

Embora a grande maioria dos casos não levem a morte, os transtornos são responsáveis por 12% da incapacitação entre as mulheres (VIDAL *et al.*, 2013). Os custos sociais e econômicos do TMC são grandes, pois apontam para o baixo desempenho laboral, acadêmico, ausências no trabalho e aumento nas demandas dos serviços de saúde (NUNES *et al.*, 2016; GONÇALVES, STEN; KAPEZINSKI, 2008). Essa situação quando não diagnosticada onera o serviço de saúde e evolui para cronicidade com implicações para a vítima (VIDAL *et al.*, 2013).

O TMC é de difícil diagnóstico devido a subjetividade que envolve as patologias, sobretudo quando não há elementos físicos que justifiquem a investigação, com isso há demora no tratamento e aumento das repercussões dificultando a reversão (BARROS *et al.*, 2016; GUIRADO, 2017). Soma-se a isso a peregrinação que pode ser percorrida pelos pacientes, com ausência de diagnóstico ou uso de excessivo de fármacos. Pesquisa com 360 mulheres usuárias das unidades básicas de saúde de Minas Gerais constatou que 1/3 fazia uso de medicações psicotrópicas, 45,6% destas sem acompanhamento com psiquiatras e 38,8% não tinham TMC,

o que aponta para uso desordenado de psicoativos (VIDAL *et al.*, 2013). Frente a isso, a detecção correta e precoce é salutar para o indivíduo de modo que também diminui o impacto para o Estado. Um dos espaços que favorecem a identificação é Estratégia de Saúde da Família (ESF), devido ao maior vínculo com os usuários de saúde podendo atender integralmente o indivíduo (PARREIRA *et al.*, 2017).

Casos de transtornos mentais representam 1/3 do quantitativo de atendimentos na atenção primária à saúde (APS), sendo o TMC o mais observado (BARBOSA *et al.*, 2013; VIDAL *et al.*, 2013). Nesse cenário, compreende-se que a ESF seja o ambiente mais propício para atender o público com problemas psicológicos, prestando seus devidos encaminhamentos (ROSA; CAMPOS, 2012).

O Programa de Saúde da Família foi pensado para dar conta de 85% das demandas de saúde da comunidade de modo que diminua as internações e proporcione melhor qualidade de vida (BRASIL, 2000). Essa estratégia foi lançada com o objetivo de reorganizar a APS, ser porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e ser centrada na família, de modo que haja maior aproximação dos profissionais com os usuários, característica que a potencializa como articuladora dentro dos serviços de saúde (MARTINS *et al.*, 2016). Esse espaço deve priorizar o acolhimento de modo a criar vínculo com o usuário, acatar suas demandas e escolhas e potencializa-lo como agente do seu próprio cuidado (BRASIL, 2013b).

Frente à ausência de estrutura nas unidades de saúde e na própria rede de enfrentamento a violência, se faz necessário que medidas sejam tomadas para evitar revitimização. Ao adentrar o serviço de saúde, as mulheres podem se deparar com posturas de profissionais preconceituosas que não foram bem preparados e tendem a aumentar seu sofrimento emocional (MARTINS *et al.*, 2016). A dificuldade em compreender a vivência de violência, ou ainda demandas mentais, pode reforçar a permanência no ciclo de violência. Além disso, o despreparo pode conduzir a práticas apenas medicamentosas, reafirmando o modelo biomédico e incentivando o uso exacerbado de medicações. Casos em que psicotrópicos são indispensáveis, é preciso que o usuário tenha devido acompanhamento, mas associado a isso que sejam fornecidas terapias complementares para o tratamento.

Em revisão da literatura, pesquisadoras encontraram pelo menos quatro outras modalidades não farmacológicas ofertadas na APS para pessoas com TMC, sendo elas Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), Terapia de Resolução de Problemas (TRP), socioterapia e cuidados colaborativos (CHAVES; NOBREGA; SILVA, 2019). A primeira trabalha na perspectiva de identificar os problemas e os comportamentos assumidos frente a eles de modo a enfrentar e assumir nova postura. A TRP tem a proposta do trabalho em grupo a partir do

diálogo e troca de experiências, permitindo traçar formas de enfrentamento. A socioterapia, similar a TRP, estimula a relação grupo, contudo focada no social, onde o indivíduo deve buscar maneiras de se superar e resolver os problemas. O último, cuidados colaborativos, prevê a ação da equipe multiprofissional com o paciente prestando educação em saúde, mas propiciando um ambiente que o usuário ressignifique suas vivências (CHAVES; NOBREGA; SILVA, 2019).

Percebe-se, entretanto, que os serviços de atenção psicossocial pouco são requisitados pelos profissionais da APS por desconhecimento ou por não identificação dos transtornos ou da vivência da violência (SOUZA; REZENDE, 2018). Mulheres que adentram aos serviços de saúde, em sua maioria, chegam buscando atendimento para demandas físicas, necessitando que demais investigações sejam feitas pelos profissionais para que integralmente suas demandas sejam atendidas. Uma escuta qualificada requer observação quanto aos aspectos e particularidades das queixas apresentadas, assim como o sucesso do atendimento requer profissionais que se sintam capacitados para atender e encaminhar (CARNASSALE, 2012; PEDROSA; ZANELLO, 2016). Ressalta-se que ações voltadas a esse público devem ser tomadas com base na articulação em rede pautando nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica valorizando o indivíduo e o fortalecendo nas dimensões biopsicossociais (MAGALHÃES; ANDRADE, 2019).

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo corte transversal, vinculado ao projeto matriz intitulado: “Telecuidado a mulheres com história de violência conjugal em contexto de pandemia”, sob financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Os estudos quantitativos têm sua origem na corrente filosófica do positivismo, o qual enfoca na objetividade, sendo possível regular, ordenar e sistematizar o fenômeno investigado. Tal método possibilita apresentar, por meio de números, informações que são passíveis de serem processadas e classificadas a partir de técnicas estatísticas como prevalência, porcentagem, média e desvio padrão (LAKATOS; MARCONI, 2011).

Dentre os estudos quantitativos, destaca-se o de corte transversal, também conhecido como seccional, pontual ou de prevalência. Esse tipo pesquisa tem caráter instantâneo, visto que o fator e o efeito de um determinado agravo são observados no mesmo intervalo de tempo, o que possibilita descrever as características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição (ROUQUAYROL, 2013). Assim, por meio dessa modalidade de estudo, será possível estimar a prevalência do TMC e dos fatores associados a este evento em mulheres em situação de violência conjugal atendidas pela Operação Ronda Maria da Penha, sendo, portanto, adequado para o objeto de pesquisa.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no âmbito da Operação Ronda Maria da Penha (ORMP) em Salvador, serviço vinculado à Polícia Militar do estado da Bahia, Brasil, que advém da articulação entre a Secretaria de Segurança Pública e a Secretaria de Políticas para as Mulheres. Implantada em março de 2015, o modelo foi inspirado na Patrulha Maria da Penha, da Polícia Militar do Rio Grande do Sul, pioneira no Brasil na proteção de mulheres desde 20 de outubro de 2012. Integrando um dos componentes da Rede de Enfrentamento da Violência contra a Mulher, a Ronda é uma unidade especializada na prevenção e no enfrentamento da violência contra a mulher, realizando o acompanhamento de mulheres que estão sob Medida Protetiva de Urgência concedida pela Justiça, sendo uma das principais funções (BRASIL, 2017).

No entanto, cabe salientar que nem todas as mulheres com Medida Protetiva estão sob essa proteção, visto que as Varas de Violência Doméstica e Familiar Contra as Mulheres analisam caso-a-caso e só acionam a ORMP para as situações mais graves. Após essa solicitação, a Ronda passa a acompanhar essa mulher e, quando necessário, a encaminha à Rede de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres, seja no âmbito municipal ou estadual (BRASIL, 2017).

Atualmente, o estado da Bahia conta 15 unidades da ORMP que se situam nas seguintes cidades: Salvador, Barreiras, Juazeiro, Campo Formoso, Feira de Santana, Guanambi, Ilha, Itabuna, Jacobina, Juazeiro, Lauro de Freitas, Paulo Afonso, Rio Real, Senhor do Bonfim, Sobradinho e Vitória da Conquista. Desde a implementação destas unidades já foram atendidas cerca de 5.362 mulheres em vivência de violência. Importante mencionar que, para implementação do serviço, é necessário que o município possua alto índice de violência contra mulher e pelo menos uma Vara da Violência Doméstica e Familiar contra mulher, uma Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher, um Centro Integrado de Atendimento à Mulher e um Centro de Referência Especializado em Assistência Social (BAHIA, 2019).

Em Salvador a ORMP está situada no Subúrbio Ferroviário composto por 35 bairros e duas ilhas. Nesse distrito, a maior parte da população encontra-se em condição de vulnerabilidade socioeconômica, sendo reconhecida pela precariedade habitacional, insuficiente infraestrutura, carência nos serviços básicos, considerada uma área que apresenta elevados índices de violência doméstica (SOUZA, 1999). Por conta das altas taxas do agravo foi implementada de forma estratégica a sede da ORMP para o enfrentamento e a coibição da violência contra a mulher (BAHIA, 2019).

Com fins na proteção a mulher em situação violência conjugal, as guarnições da Polícia Militar são designadas pela OPRM para acompanhamento, quinzenal ou mensalmente, no domicílio das mulheres que estão sob Medida Protetiva de Urgência em decorrência da vivência de violência doméstica. Vale destacar, que as guarnições fazem o acompanhamento e o cumprimento dessas Medidas, além disso, orientar e direcionar a mulher e sua família aos serviços de acompanhamento psicossocial como o Centro de Referência Especializado de Assistência Social e o Centro Estadual de Referência e Apoio à Mulher. A OPRM de Salvador, atualmente, conta com um efetivo de 37 policiais militares e duas viaturas padronizadas, composta por faixa lilás e logotipo do projeto, e uma despadrãozada, totalizando três viaturas.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população da cidade Salvador, Bahia Brasil, segundo o último censo demográfico, têm cerca de 2.675.656 habitantes, dos quais 53% correspondem a população feminina (IBGE, 2010), sendo este grupo culturalmente vulnerável às situações de violência doméstica, a exemplo da violência conjugal. Conforme dados da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), de janeiro a junho de 2016 registrou-se 67.962 casos de violência contra a mulher, e destes 86,64% foram situações previstas pela Lei Maria da Penha (BRASIL, 2016). Em Salvador Bahia, os casos de violência que chegam até a Vara de Violência Doméstica e Familiar contra Mulher são analisados levando em consideração o risco de vulnerabilidade da mulher, e os casos mais graves as Medidas Protetivas acompanhadas pela ORMP.

O número de mulheres acompanhadas pela ORMP em janeiro de 2021 era de 536 mulheres. Dessas, 26 tinham MPU em decorrência a violência doméstica, 11 MPU havia sido encerrada e uma MPU foi revogada, ficando assim um total de 498 mulheres que experienciaram a violência conjugal. Realizou-se cálculo amostral para população finita utilizando frequência do evento de 50% e intervalo de confiança de 95%, sendo necessário para este estudo uma amostra de 218 mulheres. Acrescentando-se a esse valor mais 5% para cobrir possíveis perdas, obtém-se um valor ideal de 229 participantes. A amostragem por conveniência foi composta 231 mulheres. Vale salientar que todas as mulheres tiveram a mesma chance de participar do estudo, pois que quando não conseguia contato telefônico na primeira ligação eram realizadas mais quatro tentativas de contato em dias e horários diferentes.

Para composição dessa amostra foi adotado os seguintes critérios de inclusão: Mulheres maiores de 18 anos acompanhadas pela ORMP em decorrência da Medida Protetiva de Urgência por conta da vivência violência conjugal. Foram excluídas do estudo as mulheres que relataram durante a entrevista ter o diagnóstico de transtorno psicótico.

3.4 COLETA DE DADOS

Diante do contexto pandêmico instalado em janeiro de 2020 foi necessário adequar o processo de coleta de dados, pois em decorrência das medidas restritivas de afastamento social para mitigar a disseminação do vírus a coleta não poderia ser feita de forma presencial. Então foi efetuado contato com a comandante da ORMP, em reunião ficou consensuado que seria melhor realizar as entrevistas via ligação telefônica originadas da própria instituição. Vale descartar que antes do contexto pandêmico já haviam sido realizadas atividades com essas mulheres e a pesquisadora fazia ambiência nesse serviço, no intuito de conhecer melhor o fluxo da instituição e como acontecia o processo de acompanhamento das assistidas.

A técnica utilizada para coleta de dados foi a entrevista, guiada por meio de um formulário estruturado. A entrevista consiste em um método, no qual é possível obter autorrelatos dos participantes, verificando assim, questões relacionadas ao objeto de estudo (POLIT; BECK, 2011).

O formulário foi composto por quatro blocos. O primeiro refere-se as variáveis sociodemográficas, segundo bloco é destinado vivência de violência na infância, o terceiro a vivência de violência conjugal na vida adulta, quarto referente ao uso de drogas, quinto direcionado as questões de saúde física e o último foi relacionado à saúde mental.

Especificamente sobre o bloco referente à saúde mental, foi utilizado o instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ). Este é um instrumento de rastreio elaborado em 1970 e testado em oito países, a partir de um estudo internacional conduzido pela OMS (WHO, 1994). O mesmo possui recomendação pela OMS para utilização no rastreamento de Transtorno Mental Comum, especificamente em estudos na atenção básica de saúde, principalmente em países em desenvolvimento, sendo isto devido a sua fácil aplicação e baixo custo. Originalmente o SRQ é composto de 30 itens, contudo, ao ser adaptado e validado para o Brasil finalizou-se em 20 itens, denominando-se SRQ-20. Neste processo de validação foi avaliado o ponto de corte ideal para o instrumento, bem como a sua sensibilidade e especificidade. No que tange ao ponto de corte, tem-se que o ideal é 7-8 pontos no score total, e para este foi encontrada uma sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31% (GONÇALVES; STEIN; KAPZINSKI, 2008). A escala de resposta do SRQ-20 é dicotômica, sendo atribuído “sim” ou “não”, relacionadas a dores e problemas apresentados nos últimos trinta dias. Cada resposta afirmativa corresponde a um ponto, sendo que o resultado ≥ 7 consta sofrimento mental (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA 2009).

Vale destacar, que antes de iniciar a coleta de dados foi aplicado o teste piloto para validar e adequar o instrumento da pesquisa. Os dados foram coletados, entre os meses de janeiro a maio de 2021, pela pesquisadora juntamente mestrandas e doutorandas que integram o projeto matriz e do Laboratório de Estudo Violência, Saúde e Qualidade de Vida.

3.5 VARIÁVEIS

3.5.1 Variável dependente

- Transtorno Mental Comum. Esse será avaliado segundo o *Self-Reporting Questionnaire*, o qual é composto de vinte perguntas categorizadas em sim e não.

3.5.2 Variáveis independentes

- Variáveis sociodemográficas

- Idade: em anos;
- Religião: não, sim, se sim qual?
- Cor: branca, parda, preta, amarela, indígena;
- Estado civil: solteira, casada/união estável, separada/divorciada, viúva;
- Escolaridade: não alfabetizada, alfabetizada, ensino fundamental completo, ensino médio completo, ensino superior completo;
- Trabalha remunerada: não, sim;
- Depende financeiramente: pai, mãe, irmãs(os), padrasto; madrasta, avós(ôs), tio(as), companheiro(a) e outros;
- A condição da moradia: própria, aluguel, cedida;
- Reside com: filhas(os), pai, mãe, irmãs(os), padrasto, madrasta, avós(ôs), parentes, amigas(os), companheiro e outros;
- Filhos: não, sim, quantos?
- Água enganada: não, sim;
- Energia elétrica: não, sim;
- Rede de esgoto: não, sim;

- Variáveis relacionadas à violência na infância

- Presenciar a violência psicológica, física, sexual, as quais são categorizadas em: não e sim. Se sim que praticou e quem sofreu o agravo;
- Experienciou a violência psicológica, física, sexual, as quais são categorizadas em: não e sim. Se sim quem foi o autor da agressão;

- Variáveis relacionadas à violência conjugal na vida adulta:

- Experienciou a violência conjugal: em anos;
- Experienciou a violência psicológica, moral, física, sexual e patrimonial, as quais são categorizados em: não e sim e quem foi o autor da agressão;

- Variáveis relacionadas ao uso de drogas

- Uso de bebida alcoólica: não, sim, se sim quando iniciou e quando parou
- Uso de bebida alcoólica após episódio de violência: não, sim;

- Uso de drogas ilícitas: não, sim, se sim quando iniciou, quando parou e qual a droga;
- Uso de antidepressivo: não, sim, se sim desde quando;
- **Variáveis relacionadas a saúde física**
- Hipertensão: não, sim;
- Diabetes melitos: não, sim;
- Doença autoimune: não, sim;
- Insuficiência renal aguda e crônica: não, sim;
- Asma: não, sim;
- Doença cardíaca: não, sim;

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados em uma tabela do programa Microsoft Office Excel e posteriormente transportados para o *STATA* versão 12, software utilizado para análise dos dados. Inicialmente, foi efetuada a análise exploratória por meio da estatística descritiva para caracterização da amostra estudada e utilizadas medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas e distribuições de frequências univariadas e bivariadas para as variáveis categóricas nominais e ordinais.

Posteriormente, seguiu-se para análise bivariada, que permite verificar a associação entre duas variáveis, bem como identificar o efeito que uma variável pode exercer sobre a outra. Para verificar a magnitude da associação entre as características sociodemográficas, as violências experienciadas pelas mulheres estudadas e o TMC; bem como associações entre a vivência de violência na infância/adolescência e o TMC em mulheres que experienciaram violência conjugal, foi realizado o cálculo da razão de prevalência (RP). O nível de significância estatística adotado em todas as análises foi de 5% ($\alpha \leq 0,05$) e IC 95%. O valor de p foi obtido pelo Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fischer.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo atendeu aos aspectos éticos dispostos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, contemplando os quatro princípios da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Nesta perspectiva, as mulheres foram esclarecidas acerca dos objetivos e relevância da pesquisa, seus benefícios e riscos potenciais, sendo essas informações expostas em uma linguagem acessível para que elas pudessem entender, e assim poder exercer o primeiro princípio, que é o da autonomia. Todas ficaram cientes de que sua participação era voluntária, sem remuneração ou qualquer benefício financeiro, estando elas livres para desistir em qualquer etapa da pesquisa. Ainda, receberam a informação de que a não aceitação em participar do estudo não lhes ocasionaria qualquer prejuízo ao seu atendimento no serviço da Ronda.

Uma vez concordando em participar da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) era enviado via email e whatsapp, o mesmo era lido pela pesquisadora responsável, e a mulher dava o aceite. Esta última será arquivada em uma pasta virtual do Laboratório de Estudo Violência, Saúde e Qualidade de Vida, onde será guardada por um período de cinco anos e, após esse prazo, deletados.

O estudo também atendeu ao princípio da beneficência, pois acredita-se que as evidências científicas sobre a prevalência e os fatores associados ao Transtorno Mental Comum em mulheres que vivenciaram violência conjugal poderão subsidiar o enfrentamento do fenômeno, bem como contribuir com o arcabouço teórico sobre a temática. Vale destacar que, ao identificar as mulheres com alto sofrimento psíquico, essas serão encaminhadas, caso desejem, para o Instituto Pranaterapia Salvador para participar das sessões de *Pranic Healing*. Essa consiste em uma abordagem terapêutica que se propõe a realizar exercícios de respiração, concentração e visualização com o objetivo de relaxar, tranquilizar a mente e absorver o prana, que diz respeito à energia essencial que circula através e ao redor do corpo e é responsável pela vitalidade (FROSI, 2011; CASTELLAR, 2014; MAHFUZ, 2015).

De forma a garantir o princípio da não maleficência, no sentido de prevenir a exposição e rotulações das mulheres, será garantida a confidencialidade das informações e anonimato das participantes. Ainda, a coleta de dados aconteceu em uma sala reservada da ORMP, o que possibilitou privacidade para elas possam falar livremente.

As participantes foram tratadas de maneira igualitária obedecendo assim ao princípio da justiça. A equidade, que integra também o princípio da justiça, foi respeitada, uma vez que se deu voz a um grupo vulnerável as mulheres em vivência de violência. Esse princípio também foi observado no momento em que a pesquisadora ficou atenta para se destituir de seus preconceitos, a fim de que não haja qualquer forma de julgamento que entenda como tal.

No sentido de cumprir a observância as resoluções 466/12, a 510/2016 e aos princípios da bioética, o projeto matriz foi submetido, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob o protocolo nº 4.933.325.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados dessa tese serão apresentados em formato de artigos, estes respondem aos objetivos propostos e confirmam a hipótese apresentada. Os mesmos foram elaborados de acordo com as normas da revista ao qual foi e/ou será submetido.

ARTIGO 1: Perfil de mulheres em situação de violência assistidas pela operação ronda maria da penha - Submetido à Revista Brasileira de Enfermagem, a qual possui Qualis A2 para a área da enfermagem.

ARTIGO 2: Transtorno mental comum em mulheres em situação de violência conjugal - Será submetido na Revista da Escola de Enfermagem da USP REEUSP, Qualis A2.

ARTIGO 3: Vivencia de violência na infância e adolescência e transtorno mental comum em mulheres em situação de violência conjugal - Será submetido na Revista ACTA paulista de Enfermagem, Qualis A2.

4.1 ARTIGO 1



ARTIGO ORIGINAL

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES EM SITUAÇÃO
DE VIOLÊNCIA ASSISTIDAS PELA OPERAÇÃO RONDA
MARIA DA PENHA**

Epidemiological profile of women in situations of violence assisted by operation ronda maria da penha

Perfil epidemiológico de las mujeres en situación de violencia atendidas por la operación ronda maria da penha

RESUMO

Objetivo: Caracterizar às mulheres em situação de violência conjugal assistidas pela Operação Ronda Maria da Penha. **Métodos:** Estudo descritivo, participaram 231 mulheres em situação de violência conjugal. A coleta foi guiada por formulário. Os dados foram analisados no STATA®. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa. **Resultados:** Encontrou-se que 70,13% tinham de 31 a 50 anos, 48,05% se autodeclaram pardas, 54,98% estudaram até ensino médio. Sobre questões de renda, 64,94% tinham trabalho remunerado, sendo que 54,11% relataram não depender financeiramente de terceiros. Sobre estado civil, 54,11% estavam solteiras e 34,64% separadas. Ainda, 89,61% tinham um ou mais filhos. Com relação à residência, 63,21% era própria, 66,66% residem com seus filhos ou familiares. **Conclusões:** O estudo contribui para que profissionais de saúde e de serviços de atenção às mulheres em situação de violência, possam elencar estratégias de prevenção, identificação e intervenção de forma efetiva para minimização do agravo.

Descritores: Violência Doméstica; Mulheres; Características da População; Situação Socioeconômica; Atenção à Saúde.

Descriptors: Domestic Violence; Women; Population Characteristics; Socioeconomic Status; Atenção à Saúde.

Descriptoros: Violencia Doméstica; Mujeres; Características de la Población; Situación Socioeconómica; Atención a la Salud.

INTRODUÇÃO

A complexidade e a magnitude da violência conjugal tornam o fenômeno um grave problema de saúde pública. Diante desse cenário, cria-se mecanismos para salvaguardar a vida das mulheres que experienciam o fenômeno na forma mais gravosa. Em vistas disso, o conhecimento sobre quem são as mulheres em situação de violência conjugal assistidas pela Operação Ronda Maria da Penha é de suma importância para protegê-las e elaborar estratégias de prevenção e enfrentamento.

Frequente e crescente em todo o mundo, a violência conjugal é um problema de grande magnitude. Dados da Organização de Saúde da Europa revelaram que 30% das mulheres sofreram violência por parceiro íntimo e um aumento de 60% dos casos denunciados no último ano⁽¹⁾. Essa realidade, presente também na vida das brasileiras, pode ser observada em pesquisa desenvolvida com 1.089 mulheres adultas, de todas as regiões do país, evidenciou que 1 a cada 4 mulheres já sofreram violência na conjugalidade e um acréscimo de 34% casos quando comparado ao ano anterior⁽²⁾.

Exacerbada com o advento da pandemia da Covid-19, os altos índices são evidenciados a partir de dados do Ligue 180, que registra um acréscimo de 12 mil denúncias comparada ao mesmo período em 2019⁽³⁻⁴⁾. Esse aumento guarda relação com o maior tempo de convívio das mulheres com seus agressores, que se dá em decorrência do distanciamento e/ou isolamento social, bem como pela instabilidade emocional ocasionada pela pandemia⁽⁵⁾.

A vivência de violência, independentemente de ser em um período pandêmico ou não, desencadeia problemas para a saúde física e mental das mulheres. No que tange à saúde física, estudo realizado na Colômbia com mulheres com histórico de violência conjugal evidenciou que estas apresentaram hematomas, arranhões e fraturas⁽⁶⁾. Cabe destacar que alguns sintomas físicos como hipertensão, úlceras estomacais e diarreia, apresentados por essas mulheres, provém do processo de somatização do vivido⁽⁷⁾. Quanto à saúde mental, pesquisa desenvolvida no nordeste brasileiro constatou que, ao experienciar o fenômeno da violência conjugal, essas mulheres apresentaram problemas de baixa autoestima, irritabilidade, ansiedade, tristeza profunda e depressão⁽⁸⁾.

Para além da morbidade, é importante pontuar os feminicídios praticados pelos cônjuges. Pesquisa realizada nos cinco continentes evidenciou que dos 87 mil homicídios de mulheres 34% destas tiveram suas vidas ceifadas por seus parceiros íntimos⁽⁹⁾. Corroborando, estudo brasileiro desenvolvido no Rio de Janeiro constatou que 82% dos homicídios de mulheres são cometidos por cônjuges ou ex-cônjuges⁽¹⁰⁾. Tais dados sugerem que a conjugalidade expõe as mulheres à mortalidade.

No intuito de proteger a vidas dessas mulheres, foram criados mecanismos jurídico-policiais, como a Operação Ronda Maria da Penha (ORMP). Este é um serviço especializado da Polícia Militar que integra a rede de enfrentamento à violência contra a mulher e tem como objetivo assegurar a efetivação da medida protetiva de urgência (MPU) e assim salvaguardar a vida das mulheres⁽¹¹⁾. Vale salientar que nem todas as mulheres que possuem MPU são acompanhadas por essa instância policial, uma vez que a esfera judicial avalia e indica àquelas que se encontram em situação mais propensa à morte.

Diante da vulnerabilidade feminina de serem assassinadas por seus cônjuges, é importante conhecer as características dessas mulheres em situação de violência conjugal assistidas pela Operação Ronda Maria da Penha. Acredita-se que esse conhecimento seja de suma importância para munir as(os) profissionais de saúde e os órgãos responsáveis no desenvolvimento de ações de prevenção à violência conjugal ou mesmo intervenção no sentido de proteger a saúde e a vida feminina, sobretudo a partir de medidas que empoderem as mulheres para o rompimento da relação abusiva.

OBJETIVO

Caracterizar às mulheres em situação de violência conjugal assistidas pela Operação Ronda Maria da Penha

MÉTODOS

Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Foram obedecidos os princípios da beneficência, não-maleficência, justiça e equidade, conforme premissas previstas na resolução 466/12, sendo assim explicado às participantes o objetivo da pesquisa, os benefícios, os riscos potenciais e dando-lhes o livre arbítrio para a participação ou desistência durante na pesquisa. Para as que deferiram participação foi encaminhado, de forma virtual, em observância às orientações estabelecidas pelo Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Tais documentos estão arquivados no acervo virtual do laboratório de pesquisa e serão deletados após 5 anos.

Desenho, período e local de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, realizado a partir de dados primários na Operação Ronda Maria da Penha e que está vinculado ao projeto matriz “Telecuidado a mulheres com história de violência conjugal em contexto de pandemia”, sob financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). O período de realização da coleta foi de fevereiro a maio de 2021.

População ou amostra, critérios de inclusão e exclusão

A pesquisa foi realizada com 231 mulheres em situação de violência conjugal acompanhadas pela ORMP em Salvador, Bahia, Brasil. Tal serviço consiste em uma operação especial da Polícia Militar do estado da Bahia que visa garantir o cumprimento da MPU de mulheres, encaminhadas pelas Varas de Violência Doméstica e Familiar do referido estado, que estão sob risco iminente de morte.

Foram incluídas no estudo mulheres com 18 anos ou mais acompanhadas pela ORMP em decorrência da vivência de violência conjugal. Aquelas que apresentaram instabilidade emocional no momento da coleta foram encaminhadas para psicóloga integrante do projeto, a qual avaliava as condições emocionais dessas mulheres para participação na pesquisa e sendo está negativa ficavam excluídas da pesquisa. Após a aplicação desses critérios ficou um universo de 498 mulheres, realizando assim o cálculo amostral para essa população finita aplicou-se uma frequência do evento de 50% e intervalo de confiança de 95%, constituindo assim uma amostra de 218 mulheres, nesse quantitativo foi acrescido 5% para reparar as possíveis perdas, chegando ao ideal de 229 colaboradoras. Ao final a amostragem por conveniência foi constituída por 231 mulheres em situação de violência conjugal. No entanto, vale salientar que todas as mulheres tiveram a mesma probabilidade de compor a amostra do estudo, pois quando a pesquisadora não conseguia êxito na primeira ligação era realizada mais quatro tentativas em dias e horários diferentes

Protocolo do estudo

Diante do contexto pandêmico e das medidas restritivas para prevenção do contágio pelo vírus causador da Covid-19, houve a necessidade de adaptar a coleta de dados, a qual foi realizada de maneira remota. Essa aconteceu mediante agendamento ou livre demanda por meio de ligação telefônica e comunicação via *Whatsapp* a partir dos números institucionais da ORMP, no período de janeiro a maio de 2021. A técnica utilizada para coleta dos dados foi entrevista, guiada por um instrumento estruturado composto por variáveis sociodemográficas,

sobre a vivência de violência durante a infância e conjugal. Cada entrevista durou em média 45 minutos.

Vale salientar que existia um vínculo prévio com a instituição e já eram realizadas atividades presenciais com as mulheres assistidas pela ORMP antes da pandemia. Com o advento da mesma, desenvolveu-se um projeto para o telemonitoramento da situação de saúde dessas mulheres, o que viabilizou o processo de coleta de dados.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram armazenados no programa Microsoft Office Excel® e a análise estatística foi realizada pelo programa STATA® versão 12. Essa ferramenta favorece a realização de alguns cálculos como: média, desvio padrão, testes de hipótese para médias e proporções, entre outros⁽¹²⁾, além de tabular variáveis e comandos. A partir dos números absolutos de cada variável foram calculadas as frequências relativas. Assim, destaca-se que o estudo teve total completude em suas variáveis, o que possibilitou atender de forma satisfatória o objetivo do estudo.

RESULTADOS

O estudo evidenciou as características sociodemográficas (Tabela 1) e da vivência de violência de mulheres em situação de violência conjugal assistidas pela Operação Ronda Maria da Penha. No que diz respeito à idade, 70,13% das mulheres possuíam entre 31 a 50 anos. Em relação à religião 81,39% relataram que professam alguma fé. No quesito raça/cor, 48,05% das mulheres se autodeclararam pardas e 39,83% pretas, evidenciando que as mulheres que se autodeclararam negras são mais atingidas pelo agravo. Ao questionar sobre o grau de escolaridade 54,98% informaram que concluíram o ensino médio.

Referente à variável renda, 64,94% das mulheres informaram que desenvolviam trabalho remunerado, sendo que 54,11% relataram não depender financeiramente de terceiros. Ao serem questionadas sobre o estado civil, 54,11% referiram estar solteira e 34,64% separadas/divorciadas. Sobre possuir filhos, 89,61% das mulheres tinham um ou mais. Com relação à residência, 63,21% das participantes relataram domicílio próprio e destas 66,66% residem com seus filhos e/ou familiares.

Tabela 1 - Características de mulheres em situação de violência conjugal assistidas pela Operação Ronda Maria da Penha, segundo variáveis sociodemográficas. Salvador, Bahia, Brasil. N= 231

VARIÁVEIS	N	%
Idade		
20 a 30 anos	26	11,26
31 a 40 anos	87	37,66
41 a 50 anos	75	32,47
51 a 60 anos	33	14,29
61 a 70 anos	10	4,33
Religião		
Sim	188	81,39
Não	43	18,61
Raça/cor		
Parda	111	48,05
Preta	92	39,83
Branca	22	9,52
Amarela	2	0,87
Indígena	4	1,73
Escolaridade		
Sem escolaridade/ alfabetizada	2	0,86
Ensino fundamental	47	20,35
Ensino médio	127	54,98
Ensino superior	55	23,81
Trabalho remunerado		
Sim	150	64,94
Não	81	35,06
Dependência financeira		
Pai, mãe e/ou ambos	32	13,85
Companheiro	6	2,60
Benefício do governo	26	11,26
Ex-companheiro	14	6,06
Familiares	28	12,12
Não depende financeiramente de ninguém	125	54,11
Estado civil		
Solteira	125	54,11
Casada/união estável	18	7,79

Separada/divorciada	80	34,64
Viúva	8	3,46
Quantidade de filhos		
Um filho	76	32,90
Dois filhos	70	30,30
Três ou mais filhos	61	26,41
Não têm filhos	24	10,39
Residência		
Própria	146	63,21
Alugada	63	27,27
Cedida	22	9,52
Integra a residência		
Sozinha	31	13,42
Filhos e/ou familiares e filhos	154	66,66
Familiares	23	9,96
Companheiro atual	23	9,96

No que diz respeito à vivência de violência na conjugalidade (Tabela 2), 94,37% permaneceu na relação abusiva por pelo menos um ano, das quais 38,52% vivenciaram a violência entre onze anos ou mais. Relativo ao tipo de violência vivida pelas participantes do estudo, 98,27% relataram terem experienciado violência psicológica, 83,55% violência moral, 88,74% violência física, 55,84% violência sexual e 81,39% violência patrimonial. Em todas as expressões da violência o principal perpetrador foi o ex-marido.

Quando questionadas sobre a vivência de violência nos últimos 12 meses, 39,39% referiram terem vivenciado a violência psicológica, 30,74% violência moral, 15,58% violência física, 4,33% violência sexual e 9,96% violência patrimonial.

Tabela 2 - Características de mulheres em situação de violência conjugal assistidas pela Operação Ronda Maria da Penha, segundo a vivência de violência. Salvador, Bahia, Brasil. N= 231

VARIÁVEIS	N	%
Tempo de violência conjugal		
Menos de um ano	13	5,63
De um a cinco anos	85	36,80
De seis a dez anos	44	19,05
Onze anos ou mais	89	38,52

Violência psicológica sofrida		
Não	4	1,73
Sim	227	98,27
Autor da violência psicológica		
Ex marido	205	88,74
Ex Namorado	22	9,52
Não se aplica (não sofreu viol.)*	4	1,73
Violência moral sofrida		
Não	38	16,45
Sim	193	83,55
Autor da violência moral		
Ex marido	173	74,89
Ex Namorado	20	8,66
Não se aplica	38	16,45
Violência física sofrida		
Não	26	11,26
Sim	205	88,74
Autor da violência física		
Ex marido	189	81,82
Ex Namorado	16	6,93
Não se aplica	26	11,26
Violência sexual sofrida		
Não	102	44,16
Sim	129	55,84
Autor da violência sexual		
Ex marido	124	53,68
Ex Namorado	5	2,16
Não se aplica	102	44,16
Violência patrimonial sofrida		
Não	43	18,61
Sim	188	81,39
Autor da violência patrimonial		
Ex marido	174	75,32

Ex Namorado	14	6,06
Não se aplica	43	18,61

*Não sofreu violência

DISCUSSÃO

O estudo revela que as mulheres em situação de violência conjugal se autodeclararam, na sua maioria 87,88%, negras. Apesar das participantes residirem em uma capital com população majoritariamente negra, pesquisas mencionam que, independentemente da região geográfica onde reside, essas mulheres são mais vulneráveis à vivência de violência conjugal⁽¹³⁾. Isso pode ser explicado devido a aspectos sócio-históricos que vulnerabilizam os corpos das mulheres negras a violações, sendo muitas vezes objetificadas⁽¹⁴⁾.

A objetificação do corpo negro feminino é uma das marcas deixadas pelo colonialismo brasileiro, marcado pela escravização de pessoas africanas e afro-brasileiras. A branquitude, desde épocas remotas, utilizou desse corpo no âmbito sexual para exploração e procriação, com fins na venda de escravas, de modo que ao longo dos anos a nossa cultura foi construída pautada numa desvalorização do corpo negro submetido ao concubinato⁽¹⁵⁾. Essas situações pautaram, ao longo de séculos, costumes culturais que atribuem às mulheres negras características de maior resistência às crueldades das violências e hipersexualização de seus corpos.

Tal contexto reverbera em mulheres que são preteridas para relacionamentos conjugais e sofrem a solidão afetiva, que, por vezes, quando em relacionamentos íntimos vivenciam ataques violentos, como pontua estudo brasileiro com mulheres negras em situação de violência conjugal⁽¹⁶⁾. Nesse sentido, a presente pesquisa apontou para um perfil de mulheres cujo estado civil são hegemonicamente de solteiras 54,11%, o que reflete a perpetuação da fragilidade dos laços matrimoniais.

Sobre esse aspecto, o estudo aponta que após a ruptura do ciclo da violência, as mulheres acompanhadas pela ORMP permanecem afastadas de uma relação íntima afetiva, essa condição pode estar relacionada ao medo de experienciar novas relações violentas. Pesquisa realizada com adolescentes vítimas de violência revela que estas desenvolveram aversão a novos relacionamentos afetivos e sexuais por apreensão de reviver o abuso outrora experienciado⁽¹⁷⁾.

Para além das questões relacionadas ao *status* marital, esta investigação sinaliza para um perfil de mulheres que concluíram o ensino médio. Esse maior grau de instrução pode se consolidar enquanto fator que para representação da violência junto à instância jurídico-policia. Isso porque diferentes estudos demonstram que a falta de acesso ao ensino pode se

configurar enquanto um dos elementos que favorecem a permanência no relacionamento abusivo⁽¹⁸⁾.

Esse nível de escolaridade apresentado pelas entrevistadas guarda relação com a empregabilidade das mulheres e sua consecutiva independência financeira, haja vista que nesse estudo mais de 64% não dependem de terceiros para se manter financeiramente e possuem residência própria o que favorece a manutenção do seu sustento e de sua prole. Estudo desenvolvido com mulheres residentes no complexo do Alemão no Rio de Janeiro, Brasil, constatou que escolaridade é um marcador que influencia diretamente para independência financeira, a qual é uma mola propulsora para o empoderamento feminino⁽¹⁹⁾.

Considerando que 90% das mulheres possuem filhos, a preocupação com a subsistência destes pode ter cooperado para uma maior permanência na relação, uma vez que a maioria das mulheres que denunciaram possuíam mais de 11 anos de relação conjugal abusiva. Essa morosidade em denunciar a violência vivenciada pode ter favorecido as participantes a experienciarem as diferentes tipificações da violência que são referidas na Lei 11.340/2006 sendo elas: patrimonial, moral, psicológica, sexual e física⁽²⁰⁾.

Dentre essas tipificações, a violência patrimonial foi mencionada por 81,39% da amostra, as quais experienciaram a retenção ou limitação dos bens. Cabe salientar que esses incluem dinheiro, propriedades e até mesmo documentos, ocorrendo também com mulheres que relatam independência financeira. Essa é uma realidade vivenciada também em outros países, como indica estudo desenvolvido na Turquia com 517 mulheres com histórico de violência, o qual constatou que mesmo aquelas que são financeiramente independentes vivenciaram retenção de itens primordiais para vida⁽²¹⁾.

Aliado a isso, não é incomum as mulheres experienciarem insultos proferidos pelo cônjuge em sua rotina conjugal, exemplo frequente na vida destas, o qual se configura enquanto violência moral, relatada por 80% das mulheres do estudo. Ressalta-se que em diferentes nações, como EUA e Portugal, essa forma de expressão da violência encontra-se, em sua classificação, inserida na psicológica. No Brasil, a partir de um entendimento ampliado e singular das diferentes manifestações da violência no relacionamento íntimo por meio da Lei 11.340, compreende-se que a violência moral agrega situações de calúnia, na qual a mulher é acusada de fato tipificado como crime, difamação, que ocorre quando o agressor ofende a reputação da vítima e ainda a injúria, na qual a vítima é acusada de infringir ordem legal⁽²²⁾. Tais situações, por muitas vezes, se apresentam de forma sutil, sendo ignoradas, relativizadas e naturalizadas no cotidiano das relações conjugais.

De forma semelhante à violência moral, a violência psicológica possui este caráter naturalizado, estando presente em quase a totalidade das respondentes. Embora muitas vezes banalizada, a violência psicológica já vem sendo entendida enquanto uma prática nefasta para a vida e saúde das mulheres. Diante disso, houve uma mudança legislativa, por meio da publicação da Lei n.º 14.188/2021, que determinou a violência psicológica enquanto crime, com pena de reclusão que varia entre seis meses a dois anos⁽²³⁾.

Normalmente invisibilizada no relacionamento íntimo, conforme sustentado por pesquisa⁽¹⁷⁾, a violência sexual se fez presente em 55,84% das mulheres deste estudo. Exemplo disso consta em pesquisa quantitativo documental com 212 processos referentes a violência conjugal em uma Vara de Violência Doméstica e Familiar em Salvador demonstrou que apenas 19,34% das denúncias foram em decorrência de violência sexual⁽²⁴⁾. Esta diferença de percentual, demonstra que, quando questionadas diretamente, as mulheres tendem a revelar vivências de foro íntimo que podem ser compreendidas como inerentes ao relacionamento conjugal e em algumas situações podem estar associadas ao uso da força física.

A violência física foi uma constante na vida de 88,74% das participantes, sendo esta forma considerada o ápice das violências por deixar marcas visíveis e, portanto, mais reconhecível pela mulher e por sua rede de apoio. Nesse sentido, as lesões físicas, como hematomas e cortes, deixadas nas mulheres são comumente identificadas enquanto sinais da vivência de violência⁽²⁵⁾. A maior facilidade em perceber as atitudes do agressor que se referem a violência física pode colaborar para a tomada de decisão para ruptura do ciclo de violência, embora possa culminar em desfechos mais graves.

Nesse processo, salienta-se a importância dessas mulheres estarem amparadas por medidas protetivas de urgência e por uma rede de apoio em todo o processo de desvinculação do agressor. Essa necessidade advém da vulnerabilização para o feminicídio ocasionado pela vivência das diversas expressões da violência conjugal. Assim, essa apresentação das características de mulheres em situação de violência conjugal assistidas pela ORPM pode representar o perfil de muitas outras vidas que estão sob risco iminente de morte por conta desse agravo. Isso implica diretamente no potencial para construção de novas políticas públicas, bem como em melhorias para os serviços da rede de enfrentamento à violência, minorando esse agravo tão emergente.

Limitações do estudo

Embora a investigação apresente a caracterização de mulheres em situação de violência conjugal assistidas pela Operação Ronda Maria da Penha, uma limitação observada foi não ter

identificado se a MPU dessas mulheres advém da primeira denúncia ou se é recorrente. Além disso, no que diz respeito às variáveis escolaridade, trabalho remunerado e dependência financeira observadas no momento da coleta, visto que não se consegue saber se essas se apresentavam da mesma forma no momento do rompimento da vivência de violência.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

O estudo contribui para que os profissionais de saúde, assim como os que atuam nos serviços de atenção às mulheres em situação de violência, possam elencar estratégias de prevenção, identificação e intervenção de forma efetiva para minimização do agravo. Além de subsidiar os diferentes níveis de políticas públicas, a partir de dados factíveis que possam auxiliar na avaliação das ações e na elaboração de novas estratégias de enfrentamento visando traçar caminhos para a promoção de saúde e prevenção do agravo.

CONCLUSÕES

As mulheres em situação de violência conjugal assistidas pela Operação Ronda Maria da Penha possuem idade entre 31 a 50 anos, são hegemonicamente negras, professam ter alguma fé, com ensino médio completo, desenvolvem atividade remunerada, possuem domicílio próprio e residem com os filhos e/ou familiares. A relação conjugal dessas mulheres foi permeada por pelo menos um ano de abuso, sendo que uma parcela significativa dessas sofreram o agravo por 11 anos ou mais. A pluralidade das mulheres vivenciou a violência em sua forma física, moral, psicológica, patrimonial e sexual, onde o principal perpetrador foi o ex-marido.

Os resultados deste estudo poderão ainda colaborar para o desenvolvimento de ações de cuidado, ao perfil mais vulnerável à morte, pela rede de enfrentamento à violência contra a mulher, bem como pela ORMP. Soma-se, a possibilidade deste serviço aprimorar e/ou criar novas estratégias para a aplicação da política pública direcionar um melhor atendimento.

REFERÊNCIAS

1. Mahase E. Covid-19: EU states report 60% rise in emergency calls about domestic violence. *BMJ: British Medical Journal* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 25];369. Available from: <https://www.proquest.com/openview/11255fd2e5ba902a8cb651a20eeb035f/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2043523>
2. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Visível e Invisível: A vitimização de mulheres no Brasil*. 3ª Edição. 2021 [cited 2022 Jan 19]. Available from:

- <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/06/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf>
3. Brasil. Central de Atendimento à mulher registrou 1,3 milhão de chamadas em 2019. 2020 [cited 2022 Jan 28]. Available from: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2020/05/central-de-atendimento-a-mulher-registrou-1-3-milhao-de-chamadas-em-2019>.
 4. Costa K. Pesquisa aponta que violência contra mulher aumentou na pandemia. Agência Brasil [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 28]. Available from: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/direitos-humanos/audio/2021-11/pesquisa-aponta-que-violencia-contra-mulher-aumentou-na-pandemia>.
 5. Peterman A, Potts A, O'Donnell M, Thompson K, Shah N, Oertelt-Prigione S, *et al.* Pandemics and violence against women and children. Washington, DC: Center for Global Development [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 28]. Available from: <https://www.un.org/sexualviolenceinconflict/wp-content/uploads/2020/05/press/pandemics-and-violence-against-women-and-children/pandemics-and-vawg-april2.pdf>
 6. Contreras IJ, Portillo EM, Rodriguez MJ. Prevalência de lesões maxilofaciais em mulheres que sofreram violência física relatada em uma Casa de Justiça na região metropolitana de Bucaramanga (Colômbia). *Rev Fac Odontol Univ Antioq, Medellín* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 19];31(1):102-111. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2019000200102&lng=en&nrm=iso.
 7. Anuk D, Bahadir G. A associação da experiência de violência e somatização, depressão e alexithymia: uma amostra de mulheres com sintomas medicamente inexplicáveis na Turquia. *Arch Womens Ment Health*. 2018;21:93-103. doi: <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0762-5>
 8. Correia CM, Diniz NMF, Gomes NP, Andrade ICS, Campos LM, Carneiro JB. Sinais de risco para o suicídio em mulheres com história de violência doméstica. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. 2018;14(4):219-225. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.151401>
 9. United Nations Office on Drugs and Crime. Global study on homicide: Gender-related killing of women and girls. UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime. 2018 [cited 2022 Jan 28]. Available from: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/GSH2018/GSH18_Gender-related_killing_of_women_and_girls.pdf
 10. Brito FA. A entrevista motivacional na intervenção policial no âmbito da violência doméstica contra a mulher no Rio de Janeiro. Tese de Doutorado. 2021 [cited 2022 Jan 28]. Available from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36726/1/Dissertação%20Fabiana%20Brito.pdf>
 11. Bahia. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria de Segurança Pública. Tribunal de Justiça da Bahia. Ministério Público do Estado da Bahia. Defensoria Pública do Estado da Bahia. Termo de cooperação técnica para o enfrentamento e prevenção à violência contra as mulheres no Estado da Bahia, através da Ronda Maria da Penha e sala lilás. Salvador, BA, mar. 2015 [cited 2022 Jan 25]. Available from: <http://www5.tjba.jus.br/portal/wp-content/uploads/2018/03/TCT-Ronda-Maria-daPenha.pdf>.
 12. Statacorp. Stata Statistical Software: Release 14 College Station: StataCorp. 2015.
 13. Vasconcelos NM, Andrade FMD, Gomes CS, Pinto IV, Malta DC. Prevalence and factors associated with intimate partner violence against adult women in Brazil:

- National Survey of Health, 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2021;24(suppl 2):e210020. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210020.supl.2>
14. Cerqueira IBF. Entre conceitos e legislações: análises e reflexões sobre feminicídio, mulheres negras e violação de direitos humanos. 2018. 121 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia. 2018 [cited 2022 Jan 19]. Available from: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/9405>
 15. Gonzalez L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. Primavera para as rosas negras. São Paulo: Diáspora Africana. 2018;190-214.
 16. Martins PA, Carrijo C. A violência doméstica e o racismo contra mulheres negras. *Revista Estudos Feministas* [Internet]. 2020 [cited 2022 Fev 23];28(2). Available from: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/1806-9584-2020v28n260721/44166>
 17. Souza FBC, Drezett J, Meirelles AC, Ramos D. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. 2012 [cited 2022 Fev 23];27(ed. 3). Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S141320871300006X>.
 18. Holanda ER, Holanda VR, Vasconcelos MS, Souza VP, Galvão MTG. Fatores associados à violência contra as mulheres na atenção primária de saúde. *Revista brasileira em promoção da saúde* [Internet]. 2018 [cited 2022 Fev 23];31(1). Available from: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6580/pdf>
 19. Filho JTS, Xerfan FMF, Mello SCR, Dusek PM. Análise da violência doméstica no ambiente da favela. *Revista Valore*. 202;5:e-5013. doi: <https://doi.org/10.22408/reva502020337e-5013>.
 20. Brasil. Lei nº 11.340. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. *Diário Oficial da União, Brasília*. 2006 [cited 2022 Fev 23]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm
 21. Duran S, Tepehan S. Violence against women: affecting factors and coping methods for women. *Journal of the Pakistan Medical Association* [Internet]. 2019 [cited 2022 Fev 23];69(1). Available from: https://jpma.org.pk/article-details/8999?article_id=8999.
 22. Brasil. Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 1940 [cited 2022 Fev 11]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm
 23. Brasil. Lei nº 14.188 de 28 de julho de 2021. Define o Programa de Cooperação Sinal Vermelho Contra a Violência Doméstica. *Diário Oficial da União*. 2021 [cited 2022 Fev 11]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14188.htm
 24. Estrela FM, Gomes NP, Lirio JGS, Silva AF, Mota RS, Pereira A, *et al.* Expressões e repercussões da violência conjugal: processos de mulheres numa vara judicial. *Revista de Enfermagem UFPE*. 2018;12(9). doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a231013p2418-2427-2018>
 25. Carneiro JB, Gomes NP, Estrela FM, Santana JD, Mota RS, Erdmann AL. Domestic violence: repercussions for women and children. *Escola Anna Nery*. 2017;21(4):e20160346. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0346>

4.2 ARTIGO 2

TRANSTORNO MENTAL COMUM EM MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL

RESUMO

Objetiva: Verificar associação entre fatores sociodemográficos, vivência de violência conjugal e TMC em mulheres atendidas pela Operação Ronda Maria da Penha. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo analítico do tipo corte transversal, desenvolvido com 231 mulheres em situação de violência conjugal assistidas Operação Ronda Maria da Penha. Os dados foram coletados por meio de entrevista, guiada por um formulário estruturado via ligação telefônica, no período de janeiro a maio de 2021. Os dados foram analisados no programa STATA® versão 12. Para verificar a associação entre as variáveis foi utilizado-se uma análise bivariada realizando a razão de prevalência. O nível de significância estatística adotado em todas as análises foi de 5% ($\alpha \leq 0,05$) e IC 95%, aplicou-se o teste qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fischer. **Resultados:** O estudo constatou uma associação entre os fatores sociodemográficos, a vivência de violência conjugal e o Transtorno Mental Comum. Sendo que o tempo de vivência na relação violenta (RP = 1,21), ter experienciado a violências psicológica (RP = 2,78), a violência sexual (RP = 1,41) e as cinco expressões da violência (RP = 1,22) foram fatores que apresentaram associação estatisticamente significantes ($p \leq 0,05$). **Considerações:** Este estudo sinaliza para necessidade do direcionamento de ações de cuidado para essas mulheres em situação de violência conjugal que apresentaram maior probabilidade de desenvolver o Transtorno Mental Comum.

INTRODUÇÃO

Em sociedades patriarcais, como a brasileira, o poder de gerência da relação conjugal é historicamente exercido pela figura masculina. Tal controle, que até os dias atuais se observa em nossos lares, se desdobra na geração e continuidade de inúmeras violências, fazendo com que a violência conjugal, majoritária no rol das violências domésticas, seja um dos agravos de maior prevalência na vida das mulheres.

Essa realidade é constatada por pesquisas desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), as quais revelam que uma a cada três mulheres são expostas a violência perpetrada por seu parceiro íntimo, perfazendo um total aproximado de 736 milhões de vítimas ao redor do mundo (OMS, 2021). Estudo do Fórum de Segurança Pública aponta que esse cenário alarmante também é vivenciado por mulheres brasileiras, e que no ano de 2019 foram recebidas 267.930 denúncias de violência conjugal, dado que sugere um crescimento de 5,2% quando comparado ao ano anterior (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020). Estas estatísticas revelam o quão as mulheres estão expostas para a vivência de violência conjugal.

Experienciar a violência conjugal vulnerabiliza as mulheres para o adoecimento mental, uma vez que o vivido traz uma sobrecarga de sofrimento emocional o qual é exteriorizado a partir de tensão, nervosismo, desinteresse e choro constante (CARNEIRO *et al.*, 2021). Estes sinais, em geral, não se constituem enquanto características definidoras necessárias para o diagnóstico de transtornos mentais maiores, e por vezes convergem com aqueles decorrentes do Transtorno Mental Comum (TMC). Este é um tipo de sofrimento mental não-psicótico que apresenta sinais e sintomas inespecíficos como fadiga, insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, esquecimento, perda da vontade de realizar atividades diárias, ideação suicida e outras queixas somáticas (DIAS; CANAVEZ; MATOS, 2018; ZANCAN; HABIGZANG, 2018).

Ressalta-se que uma das consequências desse adoecimento psíquico para a vidas das mulheres pode ser a permanência no relacionamento abusivo, pois sente-se aprisionadas psicologicamente (GOMES; FERNANDES, 2018). Tal aprisionamento gera na mulher um sentimento de incapacidade e falta de perspectiva de vida, o que dificulta a busca por estratégias que favoreçam o rompimento do ciclo da violência (CARNEIRO *et al.*, 2017).

No intuito de auxiliar esse processo e proteger a vida das mulheres foram assegurados, a partir da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, serviços de atenção e cuidado às vítimas (BRASIL; SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2011). No entanto, mesmo esse cuidado sendo assegurado mediante o vislumbre da mulher como um ser biopsicossocial, estudo aponta que o suporte oferecido pelos equipamentos públicos e privados se mostram insuficientes para suprir todas as demandas emocionais oriundas da vivência da violência conjugal, devido a peculiaridade das vivências e complexidade do fenômeno (BRASIL; SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2011; MEDEIROS; ZANELLO, 2018).

Vale salientar que, mesmo após o rompimento da convivência com o agressor, os danos para a saúde psicoemocional das mulheres podem ser duradouros. Diante de tal situação, se faz necessário saber quais fatores estão associados a este adoecimento para que se possa criar mecanismos que sirvam de braço de sustentação para que essas mulheres possam recorrer e sejam socorridas em tempo oportuno. Para tanto, este trabalho objetiva: Verificar associação entre fatores sociodemográficos, vivência de violência conjugal e TMC em mulheres atendidas pela Operação Ronda Maria da Penha;

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo analítico do tipo corte transversal, vinculado a um projeto matriz, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), denominado “Telecuidado a mulheres com história de violência conjugal em contexto de pandemia”.

Local do estudo

O presente estudo foi desenvolvido na Operação Ronda Maria da Penha (ORMP), localizada na cidade de Salvador, Bahia, Brasil no período de janeiro a maio de 2021. Este, é um serviço especializado da Polícia Militar que integra a Rede de Enfrentamento a Violência contra a mulher, criado em março de 2015 em parceria com a Secretaria de Segurança Pública (SSP) e a Secretaria de Políticas para as Mulheres. A ORMP tem como objetivo garantir o cumprimento da medida protetiva de urgência (MPU) com a finalidade de proteger a vida das vítimas de violência doméstica (VD) (BAHIA; SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2021). Vale ressaltar que, nem todas as mulheres que possuem a MPU são acompanhadas pela ORMP, visto que a ORMP é acionada pela esfera judicial nos casos de maior gravidade em que mulher se encontra em risco iminente de morte.

População do estudo

Este estudo foi realizado com mulheres em situação de violência conjugal com medida protetiva de urgência que são acompanhadas pela ORPM. Para composição da amostra adotou-se os seguintes critérios de inclusão: Ser maiores de 18 anos e que possuam a MPU em decorrência da vivência de violência conjugal. Excluiu-se do estudo aquelas que referiram diagnóstico de transtorno mental psicótico, além das que, durante a entrevista apresentaram instabilidade emocional e, após avaliação pela psicóloga do projeto, não foram indicadas para participação na pesquisa.

No período do estudo a ORMP fazia o acompanhamento de 536 mulheres, após a aplicação dos critérios inclusão e exclusão ficou um universo de 498. O cálculo amostral foi realizado com essa população finita que utilizou a frequência do evento 50% e intervalo de confiança de 95%, obtendo assim uma amostra de 218 mulheres. Somou-se a esse quantitativo mais 5% para cobrir possíveis perdas, atingindo um número ideal de 229 colaboradoras. Ao final a amostragem por conveniência foi constituída por 231 mulheres em situação de violência conjugal. Vale destacar que mesmo sendo uma amostra por conveniência todas as mulheres

tiveram a mesma chance de participarem do estudo, pois quando não conseguia o contato na primeira ligação era realizada mais quatro ligações horários e dias diferentes que o primeiro.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por enfermeiras pesquisadoras do LabVid@, via ligação telefônica originada do número institucional da ORMP, devido às dificuldades encontradas, para uma coleta presencial, em decorrência da pandemia da COVID-19. Vale salientar que já existia um vínculo pré-estabelecido com a instituição anterior ao contexto pandêmico, o que viabilizou o desenvolvimento pesquisa.

Para a coleta de dados utilizou-se como método a entrevista, na qual é possível obter autorrelatos das participantes constatando assim as questões relacionadas ao objeto de estudo (POLIT; BECK, 2011). Para a condução e registro dessas entrevistas foi utilizado enquanto instrumento um formulário estruturado.

O formulário foi constituído por três blocos de variáveis independentes: sociodemográficas (idade, religião, raça/cor, situação conjugal, escolaridade, trabalho remunerado, dependência financeira, moradia e filhos), relacionadas à vivência de violência na infância (presenciou e/ou sofreu violência física, psicológica e sexual) e vida adulta (quanto tempo experienciou a violência conjugal, sofreu violência psicológica, moral, física, sexual e/ou patrimonial); e pela variável dependente: Transtorno Mental Comum.

Para avaliar a presença de TMC, foi utilizado o instrumento validado *Self-Reporting Questionnaire 20* (SRQ-20), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O SRQ-20 trata-se de um instrumento utilizado para rastreamento do TMC, o qual é composto por vinte questões relacionadas a dores e problemas apresentados nos últimos trinta dias, cujas respostas podem ser “sim” ou “não”. Cada resposta afirmativa corresponde a um ponto, sendo que o resultado ≥ 7 constata sofrimento mental (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Análise dos dados

Os dados foram armazenados no programa Microsoft Office Excel® 2010 e analisados no programa STATA® versão 12. Inicialmente foi efetuada análise exploratória por meio da estatística descritiva, e utilizadas medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas e distribuições de frequências univariada e bivariadas para as variáveis categóricas nominais com a estimativa das proporções, média, e desvio padrão. Para testar as diferenças entre as proporções, aplicou-se o teste qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fischer.

Posteriormente, seguiu-se para análise bivariada, que permite verificar a associação entre duas variáveis, bem como identificar o efeito que uma variável pode exercer sobre a outra. Para verificar a magnitude da associação entre as características sociodemográficas, as violências experienciadas pelas mulheres estudadas e o TMC utilizou-se a razão de prevalência (RP). O nível de significância estatística adotado em todas as análises foi de 5% ($\alpha \leq 0,05$) e IC 95%.

Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob o parecer número 4.933.325, em conformidade com a resolução que normatiza pesquisas envolvendo seres humanos. Respeitou-se os quatro princípios básicos da Bioética, como os de caráter deontológico, que são a não maleficência e justiça e, os de caráter teleológico, como a beneficência e autonomia, emanados na Carta da Comissão Nacional de ética em Pesquisa (0244/2010), contidos nas resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi explicado às participantes o objetivo da pesquisa, os benefícios, os riscos e dando-lhes autonomia para escolher participar ou não da pesquisa ou desistir a qualquer momento. Para as que se comprometeram em participar da pesquisa foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de forma virtual, em atenção às orientações/medidas de distanciamento social propostas pelas Entidades Sanitárias e determinadas pela Organização Mundial de Saúde, no sentido de evitar a disseminação e transmissibilidade do vírus SARS-CoV-2, para o combate a COVID-19, estabelecidas pelo Ofício Circular N° 2/2021/CONEP/SECNS/MS. Os documentos devidamente assinados estão arquivados no acervo virtual do Laboratório Vid@ e serão deletados após 5 anos.

RESULTADOS

De um total de 231 mulheres em situação de violência conjugal acompanhadas pela Operação Ronda Maria da Penha (ORMP), foi encontrada uma prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) de 68,83%. Estas, em sua maioria, eram adultas jovens com idade entre 20 e 40 anos (48,91%), autodeclaradas negras (87,87%), com ensino médio completo (54,98%), sendo que 81,39% professavam ter alguma fé.

Na Tabela 1, está apresentada a associação entre (TMC) e características sociodemográficas de mulheres atendidas na Operação Ronda Maria da Penha. Verificou-se

associação positiva não estatisticamente significativa com idade (RP = 1,15), escolaridade (RP = 1,14), dependência financeira (RP=1,15) e filhos (RP=1,11), sendo borderline para religião (RP = 1,02). Enquanto, para situação conjugal (RP= 0,62) a associação foi negativa e estatisticamente significativa (p=0,02) - fator de proteção. Ou seja, mulheres que sofreram violência e estão sem o companheiro parecem protegidas da ocorrência do transtorno mental comum quando comparadas àquelas que continuam com o parceiro (Tabela 1).

Tabela 1- Associação entre características sociodemográficas e Transtorno Mental mulheres em situação de violência conjugal atendidas na Operação Ronda Maria da Penha. Salvador, BA, Brasil, 2022. (N= 231)

Variáveis sociodemográficas	N Total	Transtorno Mental Comum		RP	Valor de p*	IC
		Sim n(%)	Não n(%)			
Idade				1,15	0,25	0,97; 1,37
Adultas Jovens	113	72 (45,28)	41 (56,94)			
Adultas	108	80 (50,31)	28 (38,89)			
Idosas	10	7 (4,40)	3 (4,17)			
Religião				1,02	0,82	0,81; 1,28
Sim	188	130(81,76)	58(80,56)			
Não	43	29(18,24)	14(19,44)			
Raça/cor				0,98	0,90	0,75;1,29
Negra	203	140(88,05)	63(87,50)			
Não negra	28	19(11,95)	9(12,50)			
Situação conjugal				0,62	0,02	0,37; 1,05
Sem companheiro	213	151(70,9)	62(28,1)			
Com companheiro	18	8(55,6)	10(44,4)			
Escolaridade (em grau)				1,14	0,35	0,91; 1,44
Baixo	49	33(20,75)	16(22,22)			

Médio	127	92(57,86)	35(48,61)			
Alto	55	34(21,38)	21(29,17)			
Trabalha				0,86	0,11	0,73; 1,02
Sim	150	98(61,64)	52(72,22)			
Não	81	61(38,36)	20(27,78)			
Dependência financeira				1,14	0,12	0,96; 1,36
Sim	117	86(54,09)	31(43,06)			
Não	114	73(45,91)	41(56,94)			
Tipo de moradia				1,01	0,88	0,84; 1,21
Própria	146	100(62,89)	46(63,89)			
Não própria	85	59(37,11)	26(36,11)			
Tem filhos				1,11	0,47	0,80; 1,53
Sim	207	144(90,57)	63(87,50)			
Não	24	15(9,43)	9(12,50)			

p-value obtido pelo Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fischer; RP - Razão de Prevalência; IC - Intervalo de Confiança

Ao verificar a associação entre TMC e as violências experienciadas pelas mulheres estudadas foi encontrado que: o tempo de vivência na relação violenta (RP = 1,21), ter experienciado a violências psicológica (RP = 2,78), a violência sexual (RP = 1,41) e as cinco expressões da violência (RP = 1,22) foram fatores estatisticamente significantes para esta associação ($p \leq 0,05$). No entanto, ter experienciado a violência moral (RP = 0,96), a violência física (RP = 1,31) e a violência patrimonial (RP = 1,17) não houve significância estatística nessa associação ($p > 0,05$).

Tabela 2 - Associação entre vivência de violência conjugal e Transtorno Mental Comum em mulheres atendidas na Operação Ronda Maria da Penha. Salvador, BA, Brasil, 2022. (N=231)

Variáveis sobre a vivência violência	N total	Transtorno Mental Comum		RP	Valor de p*	IC
		Sim N(%)	Não N(%)			
Quanto tempo experienciou				1,21	0,05	1,00; 1,46
Em relação à ≤5 anos	98	60(61,2)	38(38,8)			
6-10 anos	44	30(68,2)	14(31,8)			
≥ 11 anos	89	69(77,5)	20(22,5)			
Violência Psicológica				2,78	0,05	0,50;15,23
Sim	227	158(69,6)	69(30,4)			
Não	4	1(25)	3(75)			
Violência Moral				0,96	0,74	0,76; 1,20
Sim	193	132(68,4)	61(31,6)			
Não	38	27(71,1)	11(28,9)			
Violência Física				1,31	0,08	0,91; 1,89
Sim	205	145(91)	60(8)			
Não	26	14(53,8)	12(46,2)			
Violência Sexual				1,41	0,00	1,16; 1,71
Sim	129	102(79,1)	27(20,9)			
Não	102	57(55,9)	45(44,1)			
Violência Patrimonial				1,17	0,18	0,90; 1,51
Sim	188	133(70,7)	55(29,3)			

Não	43	26(60,5)	17(39,5)			
Cinco expressões da violência				1,22	0,02	1,02; 1,44
Sim	99	76(76,8)	23(23,2)			
Não	123	83(62,9)	49(37,1)			
Violência psicológica e sexual				1,41	0,00	1,16; 1,71
Sim	129	102(79,1)	27(20,9)			
Não	102	57(55,9)	45(44,1)			

p-value obtido pelo Qui-quadrado de Pearson* ou Exato de Fischer**; RP - Razão de Prevalência; IC - Intervalo de Confiança

DISCUSSÃO

Neste estudo, a prevalência de TMC em mulheres em situação de violência conjugal foi de 68,83%, percentual este consideravelmente superior aos 20% de adoecimento por TMC na população feminina geral (SENICATO; DE AZEVEDO; BARROS, 2018). A realidade constatada nesta pesquisa revela o impacto da violência conjugal para a saúde mental das mulheres que experienciam esse agravo, sinalizando ainda para a multiplicidade de fatores que se associam a esse adoecimento.

Considerando as características raciais, a maioria (88,05%) daquelas que tinham sintomas sugestivos de TMC eram negras. Esse achado revela como as opressões do machismo expressadas em relacionamentos conjugais podem estar ligadas ao racismo, os quais precipitam e/ou intensificam o sofrimento psíquico das mulheres não brancas. Este resultado é corroborado por pesquisa realizada com 1.130 mulheres brasileiras, em que as de raça/cor negra tiveram 70% mais chances de desenvolver o TMC por conta da discriminação racial (FATTORE *et al.*, 2017).

Quanto a idade, este estudo mostra uma associação positiva, não estatisticamente significante, entre o TMC e a faixa etária dos 40 aos 59 anos. Esse achado pode guardar relação com o somatório de experiências estressoras vivenciadas ao longo da vida, pelo maior tempo de convivência conjugal. Deste modo, participantes que revelaram ter 11 ou mais anos de

relacionamento íntimo com autores de violência tiveram 1,21 vezes mais probabilidade de desenvolver o TMC quando comparadas às mulheres com menos anos de convivência conjugal.

As evidências científicas vêm demonstrando os entraves existentes para romper relacionamentos abusivos, o que explica a permanência na relação violenta por anos. Por um lado, existe o caráter cíclico no comportamento de homens que abusam suas parceiras: inicialmente, a violência é praticada de forma lenta e silenciosa, que gradualmente se intensifica em expressões mais gravosas, como ameaças, humilhações, espancamentos (CARNEIRO *et al.*, 2019). Na perspectiva feminina, um dos mecanismos de defesa configura-se no comportamento submisso, em que elas antecipam respostas aos desejos dos agressores e a crença de que podem modificar o comportamento agressivo deles (BOTH *et al.*, 2020; GOMES *et al.*, 2022). Diante desse dado, evidencia-se a relevância de uma intervenção precoce no ciclo da violência, a fim de minorar o comprometimento psíquico das vítimas.

O adiamento da ruptura com essa relação violenta, para além de atrelar-se à construção social arraigada ao dever da mulher de manutenção do matrimônio e da família, pode estar relacionada com a existência dos filhos provenientes desta relação. Nesse sentido, o estudo apontou uma associação positiva entre ter filhos e o TMC para as participantes desta pesquisa. Em um contexto de violência conjugal, a maternidade pode configurar-se em elemento precipitador da ansiedade, uma vez que crianças e adolescentes também são vitimados pelas violências que ocorrem no lar, sejam essas limitadas às suas mães, ou contra elas próprias. Um outro fator que legitima a preocupação materna se configura na dependência econômica para manutenção vital da prole, que demanda recursos financeiros advindos do autor de violência

Nesse contexto há uma potencialização da dependência financeira feminina do seu algoz, fator que, em si, as susceptibiliza ao adoecimento, ao tempo em que contribui para que o agressor estabeleça diferentes mecanismos de controle sobre a vítima (SAFFIOTI, 1999), vulnerabilizando-a na relação e construindo cenário favorável para perpetrar expressões da violência. Dentre essas tipificações da violência contra a mulher descritas na Lei 11380, quatro apresentaram associação positiva com TMC, sendo elas a violência patrimonial, psicológica, física e sexual.

No que tange especificamente sobre violência sexual, cabe salientar que esta foi estatisticamente significativa enquanto associada ao TMC, neste estudo. Tal associação pode explicar-se pela singularidade dessa forma de violência, visto que durante o abuso sexual a mulher tem seu corpo violado e o psíquico abalado e, muitas vezes, não conseguem reagir para evitar tal situação, seja em decorrência do emprego da força física pelo agressor, seja pela crença do sexo enquanto obrigação marital, mesmo contra a vontade.

Ainda que busquem estratégias para não serem invadidas de tal forma, como referir período menstrual ou puerperal, bem como indicar a ausência de desejo para realizar o ato sexual, mulheres casadas podem se sentir obrigadas a cederem aos desejos de seus cônjuges, conforme reforça pesquisa realizada no Camboja (FARVID *et al.*, 2021). Outro ponto comum ante o estupro marital perpassa pela percepção feminina de que quando não cedem ao coito, os autores dessa violência podem reagir com agressões físicas e psicológicas para concluir a violação sexual ou punir ante a recusa da mulher. Dessa forma, nota-se que a violência sexual vem acompanhada pela violência física e psicológica, relacionando-se a sentimentos como repulsa, incapacidade e culpa pelo ato sofrido (CARNEIRO *et al.*, 2019).

Chama a atenção o fato de a violência moral apresentar associação negativa com TMC, visto que esta é cotidianamente reproduzida por parceiros íntimos nas relações violentas e pode acarretar em consequências para a saúde das mulheres. Essa exposição rotineira pode explicar a naturalização deste tipo de violência por parte das vítimas, o que pode repercutir na dificuldade de identificá-lo no contexto conjugal, sendo, por vezes, confundido com as expressões da violência psicológica, o que levanta o questionamento quanto a um viés neste dado encontrado e aponta uma limitação do estudo. Salienta-se que essa diferenciação também não é encontrada na legislação vigente em alguns países, como Estados Unidos, que consideram violência moral uma expressão da violência psicológica.

Outro fator que igualmente apresentou associação negativa e assim constitui-se enquanto protetor para o TMC foi possuir trabalho remunerado. Esse compromisso laboral além de permitir, por vezes, a independência financeira, pode contribuir para que a mulher desenvolva laços sociais e estabeleça uma rede de apoio protetora de sua saúde psicoemocional

A vivência desse contexto conjugal violento, muitas vezes, leva as mulheres a buscarem estratégias para enfrentamento desse problema, o que pode ser favorecido pela existência de um trabalho remunerado. Dessa forma, o estudo evidenciou a empregabilidade enquanto fator de proteção para o desencadeamento de TMC nas participantes, situação que pode ser relacionada ao empoderamento feminino para romper com a bruta realidade de violências, obtido pela independência financeira, parcial ou total, que leva uma melhor perspectiva de qualidade de vida para si e sua prole (TEIXEIRA *et al.*, 2020). Somado a isso, destaca-se que frequentemente, por imposição do agressor, os laços socioafetivos das mulheres vítimas desse tipo de violência encontram-se fragilizados, sendo o ambiente de trabalho uma possibilidade de construção de uma rede de apoio, que grande relevância para ruptura com a relação violenta (ECHEVERRIA; OLIVEIRA; ERTHAL, 2017).

Diante do exposto, o estudo aponta diferentes fatores cuja exposição encontra-se associada ao desenvolvimento de TMC em mulheres vítimas de violência conjugal. Vivenciar este agravo à saúde repercute em queixas sintomáticas que podem levar as mulheres a buscar os serviços de saúde na tentativa da sua resolutividade, sobretudo na Atenção Primária à Saúde, direcionando o foco do tratamento para a sintomatologia, ao tempo em que desvia a atenção do cotidiano violento ao qual está atrelada. Sendo assim, nota-se a essencialidade da abordagem adequada dos profissionais para com aquelas que buscam esse atendimento, a qual deve perpassar pela investigação qualificada desses casos como suspeitos quanto à vivência de agressões por parceiro íntimo.

CONCLUSÃO

Conclui-se que existe associação entre a vivência de violência conjugal por mulheres e o Transtorno Mental Comum. O estudo constatou que as mulheres com idade entre 40 a 59 anos, escolaridade média, dependentes financeiramente, que possuíam filhos, que experienciaram violência psicológica e/ou sexual e àquelas com maior tempo de vivência na relação violenta têm maior probabilidade de desenvolver TMC, sendo estas associações estatisticamente significantes. Evidenciou-se ainda que estar solteira, para as participantes do estudo, tornou-se um fator de proteção significativa para o TMC.

Ao revelar fatores que se associam positivamente ao TMC em mulheres em situação de violência, o estudo oferece subsídios para o reconhecimento precoce daquelas que estão mais vulneráveis ao agravo, bem como poderá contribuir para o direcionamento de ações que visem promover o cuidado à saúde das mulheres que possuem maior probabilidade de desenvolver o TMC. Considerando que estas mulheres frequentam os serviços de saúde, principalmente da atenção primária, nível de atenção estratégico para a identificação precoce de situações de violência e de TMC, é importante que as profissionais estejam atentas a esse grupo de maior vulnerabilidade para acolhê-las em suas singularidades e realizar, quando necessário, os encaminhamentos para a rede de atenção à saúde, a fim de realizar o enfrentamento à problemática. Os achados desta pesquisa também oportunizarão maior visibilidade à problemática da violência conjugal, contribuindo para que modifiquem a realidade apresentada.

Em que pese o estudo de corte transversal ter evidenciado associação entre a vivência de violência conjugal e o TMC, esse delineamento não permite atribuir causalidade por se tratar de um estudo cuja coleta de dados referente à exposição e ao desfecho acontece num mesmo

momento histórico. Assim, não se pode afirmar que o desenvolvimento do TMC foi em decorrência da vivência de violência conjugal pelas mulheres estudadas, na medida em que não se permite nesta estratégia um acompanhamento da amostra estudada, como acontece nos estudos epidemiológicos longitudinais. Deste modo, trata-se de uma limitação inerente aos estudos epidemiológicos observacionais transversais, mesmo que tenha sido possível determinar metodologicamente uma elevada prevalência de TMC e significantes associações entre a vivência de violência conjugal por mulheres e o rastreamento de Transtorno Mental Comum.

Estes achados sinalizam também a necessidade de realização de outros estudos, principalmente com estratégias longitudinais, em populações semelhantes, que possam aprofundar o conhecimento das principais causas para o TMC. Isso porque são indicativos de que as mulheres em vivência de violência conjugal podem ter chances mais elevadas para este tipo de agravo à saúde.

REFERÊNCIAS

BAHIA; SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. **Ronda Maria da Penha**. [S. l.], 2021. Disponível em:

<http://www.mulheres.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=36>. Acesso em: 3 dez. 2022.

BOTH, L. M. *et al.* Intimate partner violence against women: Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2). **PLOS ONE**, [s. l.], v. 15, n. 10, p. e0239708, 2020. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0239708>. Acesso em: 8 dez. 2022.

BRASIL; SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. **Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres**. [s. l.], 2011. Disponível em: Acesso em: 8 dez. 2022.

CARNEIRO, J. B. *et al.* CONTEXTO DA VIOLÊNCIA CONJUGAL EM TEMPOS DE MARIA DA PENHA: UM ESTUDO EM GROUNDED THEORY. **Cogitare Enfermagem**, [s. l.], v. 24, n. 0, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/59431>. Acesso em: 8 dez. 2022.

CARNEIRO, J. B. *et al.* Domestic violence: repercussions for women and children. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 21, n. 4, 2017.

CARNEIRO, J. B. *et al.* Revelando desfechos do cuidado com a mulher em situação de violência conjugal. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 34, 2021. Disponível em: Acesso em: 8 dez. 2022.

DIAS, S.; CANAVEZ, L.; MATOS, E. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM MULHERES VITIMAS DE VIOLÊNCIA DOMESTICA: Prejuízos cognitivos e formas de tratamento. **Revista Valore**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 597–622, 2018. Disponível em: <https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/114>. Acesso em: 8 dez. 2022.

FARVID, M. S. *et al.* Consumption of red meat and processed meat and cancer incidence: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. **European journal of epidemiology**, [s. l.], v. 36, n. 9, p. 937–951, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34455534/>. Acesso em: 8 dez. 2022.

FATTORE, I. *et al.* Análise comparativa das vocalizações iniciais de bebês prematuros e a termo, com e sem risco ao desenvolvimento Comparative analysis of initial vocalizations of preterm and full-term infants with and without risk for development. **CoDAS**, [s. l.], v. 29, n. 4, 2017. Disponível em: Acesso em: 8 dez. 2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19**. São Paulo: [s. n.], 2020.

GOMES, N. P. *et al.* PERMANÊNCIA DE MULHERES EM RELACIONAMENTOS VIOLENTOS: DESVELANDO O COTIDIANO CONJUGAL. **Cogitare Enfermagem**, [s. l.], v. 27, 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/cenf/a/T7QLLxBtg7n4Lc6SnJYhsTP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 dez. 2022.

GOMES, I.; FERNANDES, S. A permanência de mulheres em relacionamentos abusivos à luz da teoria da ação planejada. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, [s. l.], v. 38, n. 94, p. 55–66, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2018000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 8 dez. 2022.

MEDEIROS, M. P. de; ZANELLO, V. Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 384–403, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000100021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 8 dez. 2022.

OLIVEIRA, K. *et al.* Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (srq-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n. 3, p. 544–544, 2010. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/54>. Acesso em: 6 dez. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **OMS: uma em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência | As Nações Unidas no Brasil**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/115652-oms-uma-em-cada-3-mulheres-em-todo-o-mundo-sofre-violencia>. Acesso em: 7 dez. 2022.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SAFFIOTI, H. I. B. Primórdios do conceito de gênero. **Cadernos Pagu**, [s. l.], n. 12, p. 157–163, 1999. Disponível em:

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634812>. Acesso em: 8 dez. 2022.

SENICATO, C.; DE AZEVEDO, R. C. S.; BARROS, M. B. de A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 8, p. 2543–2554, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/j/csc/a/rSxF9pjYHk5MwQ3xrvS5zcT/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 dez. 2022.

TEIXEIRA, J. *et al.* ANÁLISE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO AMBIENTE DA FAVELA. **Revista Valore**, [s. l.], v. 5, n. 0, p. 5013, 2020. Disponível em:

<https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/337>. Acesso em: 8 dez. 2022.

ZANCAN, N.; HABIGZANG, L. F. Regulação Emocional, Sintomas de Ansiedade e Depressão em Mulheres com Histórico de Violência Conjugal. **Psico-USF**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 253–265, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/j/psuf/a/g3D3JYhThCJDjNGcZ7f4rx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 dez. 2022.

4.3 ARTIGO 3

Violência na infância/adolescência de mulheres: associação com o Transtorno Mental Comum

Resumo

Objetivo: verificar a associação entre a vivência de violência na infância e adolescência e Transtorno Mental Comum em mulheres que experienciaram violência conjugal. **Método:** estudo epidemiológico analítico do tipo corte transversal realizada com 231 mulheres em situação de violência conjugal vinculadas à Operação Ronda Maria da Penha. A coleta ocorreu através de entrevista, sendo norteada por um instrumento estruturado. Para a identificação de sinais e sintomas sugestivos de Transtorno Mental Comum utilizou-se o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Foram calculadas como medidas de ocorrência a prevalência do desfecho do estudo de acordo com as variáveis de exposição e adotado nível de significância de 5% ($\alpha \leq 0,05$) e o IC a 95%. O valor de p foi obtido pelo Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fischer. Este estudo foi realizado em consonância aos aspectos éticos preconizados pelas resoluções vigentes. **Resultados:** verificou-se que existe associação positiva entre o Transtorno Mental Comum e a vivência de violência na infância e adolescência, tanto ao presenciar, quanto ao sofrer. As mulheres que presenciaram a violência física (RP=1,20; p=0,04) e aquelas que sofreram tanto a psicológica (RP=1,32; p=0,01) quanto a física (RP=1,25; p=0,016) tinham mais probabilidade de desenvolver o desfecho. Quanto à exposição da violência sexual sofrida (RP=1,19; p=0,071), verificou-se uma associação positiva com o transtorno, porém não estatisticamente significativa. **Conclusão:** ao evidenciar estas associações, os achados poderão alertar os profissionais quanto à necessidade de estarem atentos para a identificação da violência

na infância e adolescência, visto que esta traz repercussões em diversos âmbitos para esse grupo.

Descritores: Violência; Adultos Sobreviventes de Eventos Adversos na Infância; Mulheres; Transtorno Mental; Violência por Parceiro Íntimo

Introdução

A violência é definida pela Organização Mundial de Saúde como força perpetrada intencionalmente contra si ou outra pessoa e desta gere danos.⁽¹⁾ Esse fenômeno, expresso em todo o mundo, ocorre contra indivíduos de todas as idades, cabendo especial atenção aos menores de 19 anos, que na infância e adolescência estão em desenvolvimento e, portanto, mais vulneráveis a repercussões ao longo da vida. Nesse sentido, a experiência de eventos adversos nessa etapa da vida, tal como a violência, pode impactar na saúde.

O agravo é reportado em todas as partes do mundo, inclusive levando à morte de crianças e adolescentes. Mundialmente estima-se que três a cada quatro crianças, entre dois e quatro anos, sejam vítimas de violência física e entre os menores de 20 anos, contabiliza-se 120 milhões de meninas e mulheres sofrendo abuso sexual.⁽²⁾ O Brasil registrou, no primeiro semestre de 2022, 78 mil denúncias de violações aos infantojuvenis e no estudo da Organização Pan-Americana de Saúde compilando dados de 27 países, aparece em segundo lugar na taxa de homicídio por 100 mil habitantes de menores de 17 anos.^(3,4) Essa vivência que pode ocorrer de distintas formas, inclusive de maneira concomitante, adoece, compromete o futuro e mata.

Os impactos oriundos dessa vivência na infância e adolescência podem ser carregados durante toda a vida. Estudo no Teerã, com 350 homens acusados de violência física e que experienciaram o agravo na infância associou a vivência à redução da autoestima e ao comportamento agressivo adotado na vida adulta.⁽⁵⁾ Com mulheres que cresceram em lares violentos, pesquisa na Turquia discorre sobre a dificuldade que estas enfrentam nos seus relacionamentos na vida adulta, uma vez que suas vivências tendenciam a naturalizar a violência.⁽⁶⁾ Deste modo, a experiência do agravo durante a infância e adolescência contribui negativamente para saúde mental e impacta diretamente nas relações sociais podendo perpetuar a vitimização.

Essas repercussões podem ser percebidas ainda na infância através de mudanças no comportamento e/ou sinais e sintomas. Nos Estados Unidos, pesquisa multigeracional que envolveu adolescentes e seus cuidadores, homens com histórico de violência na infância, crianças e suas mães encontrou associação entre comportamentos internalizantes (caracterizado pela introspecção, depressão e baixa autoestima) ou externalizantes (representada principalmente pela impulsividade) tanto para a vivência como para aquelas que presenciaram

agressões entre seus genitores.⁽⁷⁾ No Brasil, pesquisa com educadoras mostrou que essas percebem a reprodução de comportamentos agressivos, a naturalização da violência e os impactos no desempenho escolar para adolescentes.⁽⁸⁾ Alterações no comportamento podem ser sugestivos da vivência de violência e podem representar implicações importantes ao longo da vida dos infantojuvenis

A infância e adolescência são etapas da vida nas quais eventos estressores tóxicos têm potencial exacerbado de causar danos, sobretudo na saúde mental. Estudo chinês com 358 estudantes universitários discutem a associação da vivência de violência na infância com a baixa autoestima enquanto elemento que pode susceptibilizar problemas na saúde emocional e mental por ocorrer na fase da vida em que se dá a formação da personalidade.⁽⁹⁾ O contexto familiar permeado por conflitos e, em muitas vezes, distanciamento emocional dos pais, pode desencadear prejuízos emocionais como por exemplo o Transtorno Mental Comum, o qual é considerado um transtorno não psicótico sendo seus sinais e sintomas apresentados de forma inespecíficos tais como irritabilidade, dificuldade de concentração, insônia, perda do prazer em realizar suas atividades do cotidiano, pensamentos de acabar com a própria vida dentre outras queixas psicossomáticas.⁽¹⁰⁾

Ante ao contexto prejudicial de experienciar a violência é de suma importância a atuação de profissionais de saúde para identificar a vivência e traçar estratégias de prevenção e/ou intervenção precoce. Estudo na Turquia com enfermeiras, parteiras e médicos que foram treinados acerca da violência infantil mostra que esses sinalizam para a necessidade de ter mais conhecimento sobre a temática para agir em casos de identificação.⁽¹¹⁾ Outro estudo no Reino Unido com professores indica a falta de conhecimento desses para identificar sinais de violência nos educandos.⁽¹²⁾

Nesse sentido, ampliar a compreensão sobre o fenômeno pode contribuir com profissionais de diversas áreas que atuam junto ao público infantojuvenil para identificar a violência e direcionar ações de cuidado. Além disso, o cuidado mais assertivo a pessoas que experienciaram a violência pode reduzir os impactos sobre a saúde mental. Deste modo, o estudo objetivou verificar a associação entre a vivência de violência na infância e adolescência e Transtorno Mental Comum em mulheres que experienciaram violência conjugal.

Metodologia

Delineamento de Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico analítico do tipo corte transversal, originado de um projeto intitulado “Telecuidado a mulheres com história de violência conjugal em contexto de pandemia”, desenvolvido pelo Laboratório de Estudos Violência, Saúde e Qualidade de Vid@ e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Local e população de estudo

O local de estudo foi a Operação Ronda Maria da Penha (ORMP), sediada no município de Salvador, Bahia, Brasil, que é um serviço especial da polícia militar, criado em 2015, voltado a salvaguardar a vida de mulheres vítimas de violência doméstica. A ORMP é um dos componentes da Rede de Enfrentamento à Violência contra a mulher e seu objetivo é atingido a partir da garantia do cumprimento da Medida Protetiva de Urgência (MPU).

As participantes da pesquisa foram as mulheres acompanhadas pela ORMP. Foram adotados como critérios de inclusão: ser maior de 18 anos e MPU ser em decorrência da violência conjugal. E como critérios de exclusão o não contato telefônico com a participante após cinco tentativas, além de presença de instabilidade psicoemocional grave, que ao ser percebida era encaminhado o contato telefônico, mediante autorização prévia, dessa mulher, à psicóloga do grupo.

No momento da coleta ORMP fazia o acompanhamento de 536 mulheres com MPU, após a aplicação desses critérios nesta população ficou um total de 498 mulheres em situação de violência conjugal, frente a isso, para efetuar o cálculo amostral para população finita adotou-se uma frequência de 50% e intervalo de confiança de 95%, com isso, seria necessário uma amostra de 218 mulheres. Em cima desse quantitativo, somou-se mais 5% para as possíveis perdas, ficando então um total ideal de 229 mulheres. A amostragem por conveniência foi composta de 231 mulheres em situação de violência conjugal, no entanto, vale destacar que todas 498 mulheres tiveram a mesma chance de participar da pesquisa, uma vez que quando não obtinha êxito na primeira ligação era realizada mais quatro tentativas em dias e horários diferentes

Coleta de dados

A coleta ocorreu de janeiro a maio de 2021, período no qual havia restrições de contato presencial, devido à pandemia da Covid-19. Para obtenção dos dados utilizou-se a técnica de entrevista, a qual foi realizada via contato telefônico no sentido de cumprir as normas de distanciamento social e garantir o não contágio das participantes e pesquisadoras. Essa técnica

foi norteada por um instrumento estruturado, o qual continha tópicos com questões relacionadas às variáveis independentes, tais como: sociodemográficas, vivência de violência na infância e na vida adulta e situação de saúde física; além da variável dependente o Transtorno Mental Comum (TMC).

Para a identificação de sinais e sintomas sugestivos de TMC entre as participantes do estudo foi realizado rastreio com a utilização do *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)*. Esse questionário é um instrumento que foi elaborado com a coordenação da Organização Mundial de Saúde em parceria com psiquiatras e outros trabalhadores da saúde pública de diversos países, sendo este já validado, e tem como objetivo realizar o rastreio da presença de sinais e sintomas sugestivos de transtornos mentais.⁽¹³⁾ Ele é composto por 20 itens e possui uma escala de resposta dicotômica (sim/não), sendo seu escore final contado a partir da quantidade de respostas positivas. Dessa forma, o resultado ≥ 7 aponta para a existência de sofrimento mental.⁽¹⁴⁾

Análise dos dados

Os dados foram armazenados por meio de planilhas do programa Microsoft Office Excel® 2010 e em seguida exportados para o software STATA® versão 12, para a análise dos dados. Inicialmente, foi efetuada a análise exploratória para caracterização da amostra estudada e utilizadas medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas e distribuições de frequências univariadas e bivariadas para as variáveis categóricas nominais e ordinais.

Foram calculadas como medidas de ocorrência a prevalência do desfecho do estudo (TMC) de acordo com as variáveis de exposição. Em seguida para verificar as associações entre a vivência de violência na infância e adolescência e o TMC em mulheres que experienciaram violência conjugal, foi efetuado o cálculo da razão de prevalência (RP). O nível de significância adotado em todas as análises estatísticas foi de 5% ($\alpha \leq 0,05$) e o IC a 95%. O valor de p foi obtido pelo Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fischer.

Aspectos éticos

Este estudo foi realizado em consonância aos aspectos éticos preconizados pelas resoluções 466/12 e 510/2016, obedecendo aos princípios da beneficência, não-maleficência, justiça e equidade. De igual modo, foi esclarecido sobre o projeto às mulheres, explicitando objetivos, possíveis riscos e benefícios, e possibilidade de desistência, sendo as mesmas convidadas a participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA sob parecer nº 4.933.325.

Resultados

Entre as 231 mulheres estudadas, que possuíam medida protetiva de urgência, devido à violência conjugal, 37,66% encontravam-se na faixa etária de 31 a 40 anos, 48,05% se autodeclararam parda e 39,83% preta, 81% proferiram ter religião, 54,98% referiram ensino médio completo, 64,94% trabalhavam de forma remunerada e 89,61% destas mulheres tinham filhos

Verificou-se que existe associação positiva entre o TMC e a vivência de violência na infância e adolescência, tanto ao presenciar, quanto ao sofrer este tipo de exposição nessa fase da vida. As mulheres que presenciaram a violência física (RP=1,20; p=0,04) e aquelas que sofreram tanto a psicológica (RP=1,32; p=0,01) quanto a física (RP=1,25; p=0,016) tinham mais probabilidade de desenvolver o TMC, do que aquelas que não presenciaram, ou não sofreram este tipo de agravo, nessa fase da vida. Deste modo, foi encontrada uma associação positiva e estatisticamente significativa entre as exposições sofridas e o TMC para estas mulheres. Quanto à exposição da violência sexual sofrida (RP=1,19; p=0,071), verificou-se uma associação positiva entre o TMC e a vivência deste tipo de violência na infância e adolescência, porém não estatisticamente significativa.

Tabela 1. Associação entre a vivência de violência na infância/adolescência e Transtorno Mental Comum em mulheres em situação violência conjugal atendidas na Operação Ronda Maria da Penha. Salvador, Ba, Brasil, 2022. (N=231)

Variáveis sobre violência na infância	Total n(%)	Transtorno Mental		RP	Valor de p*	IC
		Comum				
		Não n(%)	Sim n(%)			
Presenciou Viol. Psicológica				1,11	0,215*	0,93; 1,32
Não	124(53,68)	43 (34,68)	81 (65,32)			
Sim	107(46,32)	29 (27,10)	78 (72,89)			
Presenciou Viol. Física				1,20	0,041*	0,99; 1,45
Não	96(41,55)	37 (38,54)	59 (61,45)			
Sim	135(58,44)	35 (25,92)	100 (74,07)			

Presenciou Viol. Sexual				0,96	1.00**	0,64; 1,45
Não	219(94,80)	68 (31,05)	151 (68,94)			
Sim	12(5,19)	4 (33,33)	8 (66,66)			
Sofreu Viol. Psicológica				1,32	0,001*	1,12; 1,56
Não	141(61,03)	55 (39,00)	86 (60,99)			
Sim	90(38,96)	17 (18,88)	73 (81,11)			
Sofreu Viol. Física				1,25	0,016*	1,02; 1,53
Não	86(37,22)	35 (40,69)	51 (59,30)			
Sim	145(62,77)	37 (25,51)	108 (74,48)			
Sofreu Viol. Sexual				1,19	0,071*	1,00; 1,42
Não	175(75,75)	60 (34,28)	115 (65,71)			
Sim	56(24,24)	12 (21,42)	44 (78,57)			

p-value obtido pelo Qui-quadrado de Pearson* ou Exato de Fischer**; RP - Razão de Prevalência; IC -Intervalo de Confiança

Discussão

As participantes reportaram que vivenciaram a violência na infância a qual pode ter sido presenciada ou sofrida nas formas psicológica (46%,32%; 38,96%); física (58,44%; 62,77%) e sexual (5,19%; 24,24%). Realidade semelhante foi encontrada em estudo na Tanzânia com estudante do ensino médio no qual 97,6% (n=1000) havia sofrido maus tratos na infância com prevalências de 21,8% na forma psicológica, 51,9% para física e 24,7% para sexual.⁽¹⁵⁾ Percebe-se que a forma física foi a mais reportada, com baixos percentuais para as demais expressões.

Essa vivência esteve mais diretamente associada ao desenvolvimento de TMC na sua forma presenciada, o que pode guardar relação com as múltiplas formas de violência que podem ser experienciadas concomitantemente. Na Áustria, pesquisa com pacientes de um hospital universitário (n=2.708) acerca da vivência de violência na infância, mostrou que 36,1% possuíam histórico de abusos e, destes, 6,3% sofreram mais de quatro formas de violências, sendo essa vivência associada a doenças físicas e mentais.⁽¹⁶⁾ Pesquisa de revisão levantou que os estudos apontam para associação positiva entre vivenciar várias violências e psicopatologias.⁽¹⁷⁾ Deste modo, ainda que didaticamente sejam realizadas divisões entre as

formas de violência, o fenômeno de modo geral circunda a vida dos infantojuvenis e contribuem para seu adoecimento.

Somado a isso, além da vivência, este estudo encontrou associação entre presenciar o agravo e o TMC. Os impactos oriundos da vivência podem relacionar-se a menor afetividade no contexto familiar quando este é permeado pela violência. Na Espanha, adolescentes que vivem lares violentos relatam menor atenção parental e o estudo correlacionou essa situação a impactos psicológicos.⁽¹⁸⁾ Deste modo, assim como reporta pesquisa na Alemanha com escolares, o testemunho de violência entre os genitores pode desenvolver nas(os) filhas(os) sensação de insegurança e menor prazer na vida.⁽¹⁹⁾ Não obstante, além do espaço doméstico, local de principal interação social, testemunhar a violência abarca também o meio comunitário, tornando o entorno suscetível a impactos. Estudo na na faixa de Gaza com 1029 crianças e adolescentes mostrou que dois terços estavam expostas a violência em casa, enquanto 48,2% presenciaram no bairro e 78,2% na escola, sendo essas vivências associadas ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático.⁽²⁰⁾

Considerando a associação ao transtorno na forma presenciada e experienciada e que o contexto pode favorecer o desenvolvimento de crianças e adolescentes quando estes são sadios ou nocivos frente a eventos estressores, como a violência se faz necessário blindar as crianças da violência. Além disso, as escolas, unidades de saúde e familiares devem atentar-se para identificar situações de violência e resguardar crianças e adolescentes da sua vivência. Essa percepção pode ocorrer através dos sinais e sintomas, característicos do TMC e que estão associados à violência, conforme denota esse estudo. Pesquisas mostram que a vivência do agravo no espaço doméstico gera impactos negativos como choro frequente, ansiedade e tristeza.⁽⁸⁾

A infância dessas mulheres foi, em sua maioria, permeada pela violência física, tanto presenciada (58,44%) como sofrida (62,77%), as quais tiveram associação positiva com o TMC e são estatisticamente significantes. Essa realidade foi apontada em estudo que estimou 83,9% das crianças de dois a quatro anos, nos países de baixa e média renda, sendo submetidas a violência física sob a forma de disciplina.⁽²¹⁾ Nesse ínterim, sofrer castigos físicos coaduna com as questões culturais nas quais o bater é naturalizado como meio educativo. Sobre isso, autores no Kosovo trazem maiores chances de sofrimento de violência física entre aqueles pais que toleram a atitude como medida educativa.⁽²²⁾ Ao ter presenciado ou sofrido essa expressão da violência, as mulheres do nosso estudo tiveram 20% e 25% maior probabilidade, respectivamente, de desenvolver o TMC. Esse contexto reforça a necessidade de intervenções

culturais no modelo educacional para minimizar ou extinguir a violência infantojuvenil e consequentemente seus impactos.

Diferentemente da física, que é de fácil reconhecimento, a percepção da forma psicológica se apresentou com menor percentual, 46,32% para presenciada e 38,96% para sofrida. As questões de cunho psicológico ainda estão envoltas na dificuldade em perceber a vivência, quer seja por parte das mulheres ou dos serviços. Conselheiros tutelares em pesquisa no Tocantins, Brasil relataram a dificuldade em identificar a violência psicológica devido à ausência de marcas visíveis.⁽²³⁾ Além disso, se faz necessário considerar que a violência psicológica, muitas vezes está no contexto das demais violações, ainda que esta não seja expressamente reportada. Estudo com homens autores de violência verificou que na maioria das situações de violência, a psicológica estava associada à outras manifestações e eram entendidas como naturais, o que dificultava a percepção do homem e da mulher quanto à vivência.⁽²⁴⁾

Apesar de socialmente naturalizada, essa expressão tem seus impactos notados e podem gerar adoecimentos psicológicos, como desvela nosso estudo através da associação com o TMC. Esse achado pode relacionar-se ao agravo ocorrer diretamente na psique humana, fragilizando o emocional e consequentemente trazer impactos para sua saúde psicológica. Entre jovens dos Emirados Árabes que relataram altos índices de violência na infância, estudo encontrou baixo nível de adaptação social e psicológica.⁽²⁵⁾ Além disso, pesquisa aponta que crianças quando expostas a violência entre parceiros íntimos têm menor desenvolvimento emocional e de estruturas do cérebro relacionadas a ouvir e ver.⁽²⁶⁾ Este estudo demonstrou associação positiva entre experienciar a violência psicológica e o TMC, sendo a forma sofrida estatisticamente significativa e com 32% maior probabilidade de desenvolver o desfecho. Em pesquisa que buscou correlacionar repercussões às experiências adversas na infância, o abuso emocional foi o fator mais importante para prever comportamento externalizante entre adolescentes.⁽²⁷⁾

Outra forma de expressão que traz impactos na saúde mental das mulheres que a experienciaram na infância foi a violência sexual. Apesar da forma presenciada não ter dado estatisticamente significativa, o percentual das que desenvolveram TMC ao ter essa experiência foi alto (66,66%), somado a isso, na forma sofrida, a probabilidade de desenvolver TMC foi de mais 19%. Essa expressão pode guardar relação com aspectos vinculados à auto imagem e percepção de si, como aponta pesquisa canadense na qual o abuso sexual experienciado na infância teve relação com a baixa autoestima.⁽²⁸⁾ Essa violação ao corpo traz impactos sobre o psicológico, inclusive suscitando ações contra si. Nesse sentido, na Austrália, jovens que

experienciaram a violência reportaram adoção de comportamento nocivos ao corpo, situações que refletiram em uma saúde mental e física ruins, taxas graves de obesidade e tabagismo.⁽²⁹⁾

Os impactos na saúde mental podem surgir durante a experiência e perdurar durante toda a vida ou ainda manifestar-se tardiamente. Uma das formas de continuação da experiência é a maior probabilidade de ser revitimizada, como desvela estudo que aponta a violência na infância enquanto fator de risco para sofrê-la na vida conjugal.⁽³⁰⁾ Na vida adulta, enquanto a boa relação conjugal poderia ser protetiva, as relações conflituosas intensificam o sofrimento da mulher que tem histórico de violência e TMC. Entre mulheres com depressão na Paraíba, Brasil, pesquisa desvela a vivência de violência doméstica, intensificando seu adoecimento⁽³¹⁾ As mulheres do nosso estudo, além da dupla vivência, infância e vida adulta, experienciaram a separação num contexto de tensão. Com mulheres em situação de medida protetiva de urgência, estudo aponta para o medo de possível aproximação do agressor e novas violências, fazendo com que estas permaneçam em constante estado de alerta.⁽³²⁾

Frente ao exposto de associação da vivência de violência na infância e o TMC, importante é dispor de uma rede de apoio, a qual pode ser composta por pessoas da família, da comunidade e também dos serviços de saúde. Na África do Sul, a resiliência das mulheres em situação de violência conjugal foi aumentada quando essas dispunham de suporte social.⁽³³⁾ Apesar dessas mulheres, é importante considerar que estas podem ser mães e suas/seus filhas(os) podem também estar em contexto de violência e, por conseguinte, suscetíveis ao TMC. Auxiliar as mulheres quanto suas histórias de violência pode contribuir na proteção das crianças, considerando a adoção de estilos parentais violentos quando os indivíduos estão nesse contexto.⁽³⁴⁾

No que tange a infância e adolescência, cabe um olhar para os infantojuvenis enquanto pessoas que, ao presenciar ou vivenciar o agravo, sofrem os impactos. Urge que profissionais de saúde ainda na infância identifiquem sinais sugestivos da vivência de violência de modo a fornecer atenção psicossocial especializada e minimizar os possíveis impactos. A compreensão do fenômeno poderá auxiliar a pensar em estratégias que considerem as crianças e adolescentes não como meras espectadoras da violência, mas diretamente como vítimas nas formas vivenciadas e também presenciadas.⁽³⁵⁾

CONCLUSÃO

Constatou-se associação positiva entre a vivência de violência na infância/adolescência e o TMC. As mulheres que presenciaram a violência física e aquelas que sofreram as expressões psicológica e física tem maior probabilidade de desenvolver o TMC. Deste modo, foi

encontrada uma associação positiva e estatisticamente significativa entre as exposições sofridas e o TMC para estas mulheres. Quanto à exposição da violência sexual sofrida, verificou-se uma associação positiva entre o TMC e a vivência deste tipo de violência na infância e adolescência, porém não estatisticamente significativa.

Ao evidenciar estas associações, os achados poderão alertar os profissionais quanto à necessidade de estarem atentos para a identificação da violência na infância e adolescência, visto que esta traz repercussões em diversos âmbitos para esse grupo. Destaca-se que o enfrentamento deste agravo pode ser desenvolvido em espaços sociais frequentados por crianças e adolescentes, a exemplo da escola e serviços de saúde através da identificação e interrupção da vivência e, conseqüentemente, das repercussões. A enfermagem, pelo maior vínculo estabelecido e atuação constante durante o processo de cuidar pode buscar por sinais e sintomas sugestivos de violência e interromper o ciclo de impactos negativos.

O estudo se limita pelo viés de memória das participantes, dado o tempo da experiência, e não ser possível determinar o momento de aparecimento do TMC, se ainda na infância ou vida adulta. Entrementes, os achados sinalizam para a importância dos órgãos governamentais envolver distintos serviços para traçar ações estratégicas com pessoas em diferentes faixas etárias a fim de minorar os impactos. Outrossim, delinear políticas públicas com foco nas mulheres que experienciaram a violência infantojuvenil e as crianças e adolescentes ainda imersos nesse contexto.

Referências

1. World Health Organization. Young People's health: a challenge for society [Internet]. Geneva: 1986 [cited 2022 Dec 9]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41720/WHO_TRS_731.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. World Health Organization. Child maltreatment [Internet]. World Health Organization 2022 [cited 2022 Dec 9]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
3. Brasil. Dados Abertos [Internet]. Governo Federal. 2022 [cited 2022 Dec 9]; Available from: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos>
4. Pan American Health Organization. Regional Status Report 2020: Preventing and Responding to Violence against Children in the Americas [Internet]. Washington: CDC, 2020 [cited 2022 Dec 9]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53038/9789275122945_eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y
5. Khodabandeh F, Khalilzadeh M, Hemati Z. The Impact of Adverse Childhood Experiences on Adulthood Aggression and Self-Esteem-A Study on Male Forensic Clients. *Novelty in Biomedicine* [Internet]. 2018 [cited 2022 Dec 9];85–91. Available from: <https://journals.sbm.ac.ir/nbm/article/view/20695/14996>

6. Genc E, Turhan Z. Recovery from Childhood Adversity: Exploring the Stories of Turkish Daughters of Domestic Violence Survivors. *Violence Gend* [Internet] 2022 [cited 2022 Dec 9];9(4). Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/vio.2021.0045>
7. Capaldi DM, Tiberio SS, Shortt JW, Low S, Owen LD. Associations of exposure to intimate partner violence and parent-to-child aggression with child competence and psychopathology symptoms in two generations. *Child Abuse Negl* [Internet] 2020 [cited 2022 Dec 9]; 103:104434. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213420300892>
8. Cordeiro KCC, Gomes NP, Campos LM, Santana JD de, Cruz MA da, Mota RS. Domestic violence experienced by adolescents: The discourse of women educators. *Texto & Contexto - Enfermagem* [Internet] 2019 [cited 2020 Nov 8];28. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100398&tlng=en
9. Wu Q, Cao H, Lin X, Zhou N, Chi P. Child Maltreatment and Subjective Well-being in Chinese Emerging Adults: A Process Model Involving Self-esteem and Self-compassion. *J Interpers Violence* [Internet] 2021 [cited 2022 Dec 9];37(15–16):NP13685–706. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0886260521993924?journalCode=jiva>
10. Zancan N, Habigzang LF. Regulação Emocional, Sintomas de Ansiedade e Depressão em Mulheres com Histórico de Violência Conjugal. *Psico-USF* [Internet] 2018 [cited 2022 Dec 9];23(2):253–65. Available from: <http://www.scielo.br/j/pusf/a/g3D3JYhThCJDjNGcZ7f4rxd/abstract/?lang=pt>
11. TUĞUT N. Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmalini Tanılamada Bilgi Düzeyleri. *Journal of Turkish Studies*. 2019;14(2):827–39.
12. Lloyd M. Domestic violence and education: Examining the impact of domestic violence on young children, children, and young people and the potential role of schools. *Front Psychol* 2018; 9:2094.
13. World Health Organization. A user's guide to the self reporting questionnaire [Internet]. Geneva: 1994 [cited 2022 Dec 9]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61113/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf
14. Santos KOB, Araújo TM de, Pinho P de S, Silva ACC. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). *Revista Baiana de Saúde Pública* [Internet] 1970; 34(3):544. Available from: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/54>
15. Mwakanyamale AA, Wandé DP, Yizhen Y. Multi-type child maltreatment: Prevalence and its relationship with self-esteem among secondary school students in Tanzania. *BMC Psychol* [Internet] 2018 [cited 2022 Dec 9];6(1):1–8. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s40359-018-0244-1>
16. Riedl D, Lampe A, Exenberger S, Nolte T, Trawöger I, Beck T. Prevalence of adverse childhood experiences (ACEs) and associated physical and mental health problems amongst hospital patients: Results from a cross-sectional study. *Gen Hosp Psychiatry* 2020; 64:80–6.
17. Haahr-Pedersen I, Ershadi A, Hyland P, Hansen M, Perera C, Sheaf G, *et al.* Polyvictimization and psychopathology among children and adolescents: A systematic review of studies using the Juvenile Victimization Questionnaire. *Child Abuse Negl* 2020; 107:104589.
18. Cano-Lozano MC, Rodríguez-Díaz FJ, León SP, Contreras L. Analyzing the Relationship Between Child-to-Parent Violence and Perceived Parental Warmth. *Front Psychol* 2020; 11:2998.
19. Stiller A, Neubert C, Krieg Y. Witnessing Intimate Partner Violence as a Child and Associated Consequences. *J Interpers Violence* [Internet] 2022 [cited 2022 Dec 9];37(21–

- 22):NP20898–927. Available from:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/08862605211055147>
20. El-Khodary B, Samara M. The relationship between multiple exposures to violence and war trauma, and mental health and behavioural problems among Palestinian children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet] 2020 [cited 2022 Dec 9];29(5):719–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31352503/>
 21. Cuartas J, McCoy DC, Rey-Guerra C, Britto PR, Beatriz E, Salhi C. Early childhood exposure to non-violent discipline and physical and psychological aggression in low- and middle-income countries: National, regional, and global prevalence estimates. *Child Abuse Negl.* 2019; 92:93–105.
 22. Kelmendi K, Arënlju A, Halimi T. Child Discipline Practices in Kosovo: Attitudes and Sociodemographic Correlates. *Journal of Family Violence* 2021 37:7 [Internet] 2021 [cited 2022 Dec 9];37(7):1111–24. Available from:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10896-021-00321-1>
 23. Santos LF, Costa MM da, Javae ACR de S, Mutti CF, Pacheco LR. Fatores que interferem no enfrentamento da violência infantil por conselheiros tutelares. *Saúde em Debate* [Internet] 2019 [cited 2022 Dec 9]; 43(120):137–49. Available from:
<http://www.scielo.br/j/sdeb/a/zvc6Lx9LXYMz4qzsrL56sd/?lang=pt>
 24. Vasconcelos CS da S, Cavalcante LIC. Caracterização, reincidência e percepção de homens autores de violência contra a mulher sobre grupos reflexivos. *Psicologia & Sociedade* [Internet] 2019 [cited 2022 Dec 9];31:179960. Available from:
<http://www.scielo.br/j/psoc/a/htHRJt5wF43bJyMBX8H5qGm/?lang=pt>
 25. Majali AL, Alsrehan S. The impact of family violence on the social and psychological development of the child. *Universidad Del Zulia* [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 9]; 24(5): 199-207. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/279/27962050025/html/>
<https://www.redalyc.org/journal/279/27962050025/html/>
 26. Mueller I, Tronick E. Early life exposure to violence: Developmental consequences on brain and behavior. *Front Behav Neurosci.* 2019;1 3:156.
 27. Muniz CN, Fox B, Miley LN, Delisi M, Cigarran GP, Birnbaum A. The Effects of Adverse Childhood Experiences on Internalizing Versus Externalizing Outcomes. *Criminal Justice and Behavior* [Internet] 2019 [cited 2022 Dec 9];46(4):568–89. Available from:
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0093854819826213>
 28. Gauthier-Duchesne A, Hébert M, Blais M. Child Sexual Abuse, Self-esteem, and Delinquent Behaviors During Adolescence: The Moderating Role of Gender. *J Interpers Violence* [Internet] 2022 [cited 2022 Dec 9];37(15–16):NP12725–44. Available from:
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/08862605211001466>
 29. Loxton D, Forder PM, Cavenagh D, Townsend N, Holliday E, Chojenta C, *et al.* The impact of adverse childhood experiences on the health and health behaviors of young Australian women. *Child Abuse Negl.* 2021;111:104771.
 30. Al-Modallal H, Salameh T, Mrayan L, Khait AA, Mudallal R, Hamaideh S. Domestic Violence in Childhood and the Associated Risk of Spousal Violence in Adulthood: Cultural Influence on Women’s Experience. *The Family Journal* [Internet] 2022 [cited 2022 Dec 9];106648072211041. Available from:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10664807221104125>
 31. Frazão MCLO, Viana LR de C, Pimenta CJL, Silva CRR da, Bezerra TA, Ferreira GRS, *et al.* Violência praticada por parceiros íntimos a mulheres com depressão. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem* [Internet] 2020 [cited 2022 Dec 9];24. Available from:
http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622020000100247&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

32. Elizângela Silva Paiva, Maisa França Teixeira. Grito de socorro: tenho medo de morrer - a violência doméstica e o uso da medida protetiva. *Científic@ -Multidisciplinary Journal* [Internet] 2018 [cited 2022 Dec 9];5(1):82–98. Available from: <http://revistas2.unievangelica.edu.br/index.php/cientifica/article/view/2825/2221>
33. Machisa MT, Christofides N, Jewkes R. Social support factors associated with psychological resilience among women survivors of intimate partner violence in Gauteng, South Africa. *Glob Health Action* [Internet] 2018 [cited 2022 Dec 9];11(sup3):1491114. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16549716.2018.1491114>
34. Greene CA, Chan G, McCarthy KJ, Wakschlag LS, Briggs-Gowan MJ. Psychological and physical intimate partner violence and young children's mental health: The role of maternal posttraumatic stress symptoms and parenting behaviors. *Child Abuse Negl* 2018;77:168–79.
35. Callaghan JEM, Alexander JH, Sixsmith J, Fellin LC. Beyond “Witnessing”: Children's Experiences of Coercive Control in Domestic Violence and Abuse. *Journal of Interpersonal Violence* [Internet] 2015 [cited 2022 Dec 9];33(10):1551–81. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0886260515618946>

5 CONCLUSÃO

As mulheres em vivência de violência conjugal acompanhadas pela ORMP apresentam faixa etária entre 31 a 50 anos, hegemonicamente se autodeclararam negras, professam ter alguma fé, relataram ensino médio completo e que exercem atividade remunerada, residem com os filhos e/ou familiares em domicílio próprio. No que se refere ao relacionamento conjugal foi possível constatar que essas mulheres vivenciaram relação permeada por abuso, nas expressões física, moral, psicológica, patrimonial e sexual, sendo o principal perpetrador foi o ex-marido. Tal vivência ocorreu por pelo menos um ano, sendo que uma parcela significativa dessas sofreu o agravo por 11 anos ou mais.

Considerando o perfil traçado, houve associação entre a vivência de violência conjugal por mulheres e o Transtorno Mental Comum. O estudo constatou que as mulheres com idade entre 40 a 59 anos, escolaridade média, dependentes financeiramente, que possuíam filhos, que experienciaram violência psicológica e/ou sexual e àquelas com maior tempo de vivência na relação violenta apresenta maior probabilidade para desenvolver TMC, sendo estas associações estatisticamente significantes. Evidenciou-se ainda que estar solteira, para as participantes do estudo, tornou-se um fator de proteção significativa para o TMC.

Ao investigar sobre a infância/adolescência dessas mulheres, constatou-se associação positiva entre o TMC e a vivência de violência na infância e adolescência, quer seja presenciada ou sofrida. As mulheres que presenciaram a violência física e aquelas que sofreram tanto a psicológica quanto a física tinham maior probabilidade de desenvolver o TMC, do que aquelas que não presenciaram, ou não sofreram este tipo de agravo. Deste modo, foi encontrada uma associação positiva e estatisticamente significativa entre as exposições sofridas e o TMC para estas mulheres. Quanto à exposição da violência sexual sofrida, verificou-se uma associação positiva entre o TMC e a vivência deste tipo de violência na infância e adolescência, porém não estatisticamente significativa.

Os resultados deste estudo poderão colaborar para o desenvolvimento de ações de cuidado, ao perfil mais vulnerável à morte, pela rede de enfrentamento à violência contra a mulher, bem como pela ORMP. Soma-se, a possibilidade deste serviço aprimorar e/ou criar novas estratégias para a aplicação da política pública direcionar um melhor atendimento. O estudo poderá contribuir para que os profissionais de saúde, assim como os que atuam nos serviços de atenção às mulheres em situação de violência, possam elencar estratégias de prevenção, identificação e intervenção de forma efetiva para minimização do agravo.

Considerando que estas mulheres frequentam os serviços de saúde, principalmente da atenção primária, nível de atenção estratégico para a identificação precoce de situações de violência e de TMC, é importante que as profissionais estejam atentas a esse grupo de maior vulnerabilidade para acolhê-las em suas singularidades e realizar, quando necessário, os encaminhamentos para a rede de atenção à saúde, a fim de realizar o enfrentamento à problemática.

Ao revelar fatores que se associam positivamente ao TMC em mulheres em situação de violência, o estudo oferece subsídios para o reconhecimento precoce daquelas que estão mais vulneráveis ao agravo, bem como poderá contribuir para o direcionar ações que visem promover o cuidado à saúde das mulheres com maior probabilidade de desenvolver o TMC. Considerando que estas mulheres frequentam os serviços de saúde, principalmente da atenção primária, é importante que as profissionais estejam atentas a esse grupo de maior vulnerabilidade para acolhê-las em suas singularidades e realizar, quando necessário, os encaminhamentos para a rede de atenção à saúde.

Ao evidenciar a associação entre a vivência violência na infância/adolescência e TMC, os achados poderão alertar os profissionais quanto à necessidade de estarem atentos para a identificação da violência na infância e adolescência, visto que trazem repercussões em diversos âmbitos para esse grupo. Destaca-se que o enfrentamento deste agravo pode ser desenvolvido em espaços sociais frequentados por crianças e adolescentes, a exemplo da escola e serviços de saúde através da identificação e interrupção da vivência e, conseqüentemente, das repercussões. A enfermagem, pelo maior vínculo estabelecido e atuação constante durante o processo de cuidar pode buscar por sinais e sintomas sugestivos de violência e interromper o ciclo de impactos negativos. Além disso, ao atender mulheres que desenvolveram TMC o estudo impele que seja considerado a possibilidade de um histórico de abusos anteriores e, assim, sejam desenvolvidas estratégias de cuidado mais assertivas.

Os achados desta pesquisa também oportunizarão maior visibilidade à problemática da violência conjugal, contribuindo para que modifiquem a realidade apresentada. Além de subsidiar os diferentes níveis de políticas públicas, a partir de dados factíveis que possam auxiliar na avaliação das ações e na elaboração de novas estratégias de enfrentamento visando traçar caminhos para a promoção de saúde e prevenção do agravo. Os achados desta pesquisa também oportunizarão maior visibilidade à problemática da violência conjugal, contribuindo para que modifiquem a realidade apresentada.

Ao ter evidenciado associação entre a vivência de violência conjugal e o TMC, não é possível atribuir causalidade por se tratar de um estudo cuja coleta de dados referente à

exposição e ao desfecho acontece num mesmo momento histórico. Assim, não se pode afirmar que o desenvolvimento do TMC foi isoladamente em decorrência da vivência de violência conjugal pelas mulheres estudadas. Deste modo, trata-se de uma limitação inerente aos estudos epidemiológicos observacionais transversais.

Os achados sinalizam também a necessidade de realização de outros estudos, principalmente com estratégias longitudinais, em populações semelhantes, que possam aprofundar o conhecimento das principais causas para o TMC. Isso porque são indicativos de que as mulheres em vivência de violência conjugal podem ter chances mais elevadas para este tipo de agravo à saúde.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, D. F. *et al.* Violence against women committed by intimate partners: (in)visibility of the problem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 121–127, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00121.pdf>. Acesso em 27 mai. 2019.

ACOSTA, D.F *et al.* Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300311&lng=pt&tlng=pt>.

ADEODATO, V.G *et al.* Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 108-113, 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000100014>.

ALMEIDA FILHO, N. de A; BARRETO, M. L. **Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

AL-MODALLAL, H. *et al.* Domestic Violence in Childhood and the Associated Risk of Spousal Violence in Adulthood: Cultural Influence on Women’s Experience. **The Family Journal**, p. 106648072211041, 3 jun. 2022.

ALVIM, S.F; SOUZA, L. Violência conjugal em uma perspectiva relacional: homens e mulheres agredidos/agressores. **Revista Psicologia - Teoria e Prática**, v. 7, n. 2, p. 171–206, 2005.

ANDRADE, J. *et al.* Indicadores de violência contra as mulheres de acordo com os relatórios de serviços de saúde no estado de minas gerais-brasil. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 3, e2880015, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002880015>

ANSEMI, L. *et al.* Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte e nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Rev Saude Publica**, v.42, n. 2, p.26-33, 2008.

ANUK, D.; BAHADIR, G. The association of experience of violence and somatization, depression, and alexithymia: a sample of women with medically unexplained symptoms in Turkey. **Archives of Women’s Mental Health**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 93–103, 2018.

ARBOIT, J *et al.* Health care for women in situations of violence: discoordination of network professionals. **Rev Esc Enferm USP.**, v.51, e03207, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016013603207>

BAHIA. Secretária de Políticas Públicas para mulheres. **Ronda Maria da Penha: mais proteção para as mulheres que mais precisam**, 2017. Disponível em:

<<http://www5.tjba.jus.br/portal/wp-content/uploads/2017/10/ronda-maria-da-penha.pdf>>. Acesso em 06 jul. 2018

BAHIA. **Ronda Maria da Penha**. Governo do Estado. 2019. Disponível em: <<http://www.mulheres.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=36>> Acesso em: 20 de janeiro de 2020.

BARBOSA, A.T *et al.* Transtorno mental comum na Atenção Primária à Saúde. **Anais do CBMFC**, n. 12, p. 995, 2013

BARROS, E.N *et al.* Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 21, n. 2, p. 591-598, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.10672015>.

BATISTA, K. B. C.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Gestores de saúde e o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres: as políticas públicas e sua implementação em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, 20 ago. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00140017.pdf>>. Acesso em 28 mai. 2019

BITTAR, D; KOHLSDORF, M. Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 31, n. 74, p. 447-456, 2013

BLAY, E. A. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estud. av.**, v. 17, n. 49, p. 87-98, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 May 2019.

BONOMI, A. E. *et al.* Health Care Utilization and Costs Associated with Physical and Nonphysical-Only Intimate Partner Violence. **Health Services Research**, v. 44, n. 3, p. 1052–1067, jun. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2699921/>>. Acesso em 28 mai. 2019

BOTH, L. M. *et al.* Intimate partner violence against women: Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2). **PLOS ONE**, [s. l.], v. 15, n. 10, p. e0239708, 2020. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0239708>. Acesso em: 8 dez. 2022.

BOUHOURS, B.; BROADHURST, R. Violence Against Women in Hong Kong. **Violence Against Women**, v. 21, n. 11, p. 1311–1329, 6 nov. 2015. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com.ez10.periodicos.capes.gov.br/doi/abs/10.1177/1077801215593646>>. Acesso em 06 jul. 2018.

BRASIL. **Cadernos de atenção básica nº 34 – Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a

BRASIL. **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “Convenção de Belém do Pará”**. Pará: Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral, 1994.

BRASIL. **Dados Abertos**. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos>>. Acesso em: 9 dez. 2022.

BRASIL. **DataSus**. Tabnet. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Decreto n.89.460, de março de 1984**. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, 1979. Brasília: Diário Oficial da União, 1984

BRASIL. **Lei n. 13.104 de 9 de março de 2015**. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Brasília: Diário Oficial da União, 2015.

BRASIL. **Lei Nº 14.188, de 28 de julho de 2021**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14188.htm. Acesso em: 8 dez. 2022.

BRASIL. **Lei Nº 10.778, De 24 de Novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília: Diário Oficial da União, 2003.

BRASIL. **Mapa da violência contra mulher**. Brasília: Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, 2018. Disponível em: <https://pt.org.br/wp-content/uploads/2019/02/mapa-da-violencia_pagina-cmulher-compactado.pdf>. Acesso em 28 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Brasília: Diário Oficial da União, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília (DF); 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2006 ago. 14. Seção 65. p.1. [Acesso 10 jan 2017]. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/687743/pg-65-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-15-08-2006>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**: caderno 1. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2000.

BRASIL. **Panorama da violência contra as mulheres no Brasil: indicadores nacionais e estaduais**. Brasília: Senado Federal, Observatório da Mulher Contra a Violência, 2016.

Disponível em:

<http://www.senado.gov.br/institucional/datasenado/omv/indicadores/relatorios/BR-2018.pdf>. Acesso em 28 mai. 2019.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. **Enfrentando a Violência contra a Mulher**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 64p. Disponível em: <[https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/enfrentando-a-](https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/enfrentando-a)

violencia-contra-a-mulher-orientacoes-praticas-para-profissionais-e-voluntarios>. Acesso em 28 mai. 2019.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres Ministério da Justiça e Cidadania. **Balanco 1º Semestre 2016**. Brasília, DF: Centro Cultural Banco do Brasil, 2016. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/balanco180_2016-3.pdf>. Acesso em 06 jul. 2018.

BRASIL. 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, 2011. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>>. Acesso em 06 jul. 2018.

BRASIL. Lei Maria da Penha. **Lei n.11.340, de 07 de agosto de 2006**. Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Subchefia de Assunto Jurídicos, Brasília, DF 07 ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em 06 jul. 2018.

BRASIL; LIGUE 180. **Central de Atendimento à mulher registrou 1,3 milhão de chamadas em 2019 — Português (Brasil)**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2020/05/central-de-atendimento-a-mulher-registrou-1-3-milhao-de-chamadas-em-2019>. Acesso em: 8 dez. 2022.

BRASIL; SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres. [s. l.], 2011. Disponível em: Acesso em: 8 dez. 2022.

BRITO, F.A; FERNANDES, D.J.J.A; GUERRA, M. L.F.J.A. **A Entrevista Motivacional na Intervenção Policial no Âmbito da Violência Doméstica Contra a Mulher no Rio de Janeiro**. Instituto Superior De Ciências Policiais E Segurança Interna, 2020.

CALLAGHAN, J. E. M. *et al.* Beyond “Witnessing”: Children’s Experiences of Coercive Control in Domestic Violence and Abuse. **Journal of Interpersonal Violence.**, v. 33, n. 10, p. 1551–1581, 10 dez. 2015.

CANO-LOZANO, M. C. *et al.* Analyzing the Relationship Between Child-to-Parent Violence and Perceived Parental Warmth. **Frontiers in Psychology**, v. 11, p. 2998, 10 nov. 2020.

CAPALDI, D. M. *et al.* Associations of exposure to intimate partner violence and parent-to-child aggression with child competence and psychopathology symptoms in two generations. **Child Abuse & Neglect**, v. 103, p. 104434, 1 maio 2020.

CARNASSALE, V. D. **Notificação de violência contra a mulher: Conhecer para intervir na realidade**. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-22022013-124837/>.

CARNEIRO, J. B. *et al.* Contexto da violência conjugal em tempos de maria da penha: um estudo em grounded theory. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, n. 0, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/59431>. Acesso em: 8 dez. 2022.

CARNEIRO, J. B. *et al.* Domestic violence: repercussions for women and children. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, 17 ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0346.pdf>. Acesso em 28 mai. 2019.

CARNEIRO, J. B. *et al.* Revelando desfechos do cuidado com a mulher em situação de violência conjugal. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 34, 2021. Disponível em: Acesso em: 8 dez. 2022.

CARVALHO, D. B. de; ARAÚJO, T. M. de; BERNARDES, K. O. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s. l.], v. 41, n. 0, p. 17, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbso/a/5xtwTHrPRxzysVTsfsCQ3Tp/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 6 dez. 2022.

CASTELLAR, J. I. **Efeitos da meditação prânica sobre o bem-estar físico e emocional e os níveis de melatonina de sobreviventes de câncer de mama**. 2014. Projeto de Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília- 2014.

CDC. **Prevenção de abuso e negligência infantil|Publicações sobre prevenção de violência|Prevenção de violência|Centro de lesões|CDC**. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/communicationresources/infographics/CAN.html>. Acesso em: 8 dez. 2022.

CERQUEIRA, D *et al.* **Avaliando a efetividade da Lei Maria da Penha**. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2015. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/artigo/22/avaliando-a-efetividade-da-lei-maria-da-penha>>. Acesso em 28 mai. 2019.

CERQUEIRA, D; MOURA, R; PASINATO, W. **Participação no mercado de trabalho e violência doméstica contra as mulheres no brasil**. Brasília: Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2019.

CHAVES, A. dos S. *et al.* Prevalência de traumatismos maxilofaciais causados por agressão ou violência física em mulheres adultas e os fatores associados: uma revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, [s. l.], v. 23, n. 1, 2018. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/8081>. Acesso em: 8 dez. 2022.

CHAVES, S..CS; NOBREGA, M.P.S.S; SILVA, T.S. Intervenções não farmacológicas ofertadas ao usuário com transtorno mental comum na atenção primária à saúde. **J. nurs. health.**, v. 9, n. 3, e199302, 2019.

CONTERAS OCHOA, I. J.; PORTILLO VILARDY, E. M. **Prevalencia de lesiones maxilofaciales en mujeres que han sufrido maltrato físico reportado en la casa de justicia de Floridablanca (Santander) desde septiembre de 2013 a marzo 2015**. [S. l.], 2017. Disponível em: <http://bibliotecavirtualoducal.uc.cl/vufind/Record/oai:localhost:11634-9140>. Acesso em: 8 dez. 2022.

CORDEIRO, K. C. C. *et al.* Domestic violence experienced by adolescents: The discourse of women educators. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, 2019.

CORREIA, C. M. *et al.* Sinais de risco para o suicídio em mulheres com história de violência doméstica. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 219–225, 2018.

COSTA, A.G; LUDEMIR, A.B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública.**, v. 21, n. 1, p.73-9, 2005.

COSTA, K. **Pesquisa aponta que violência contra mulher aumentou na pandemia | Radioagência Nacional.** [S. l.], 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/direitos-humanos/audio/2021-11/pesquisa-aponta-que-violencia-contra-mulher-aumentou-na-pandemia>. Acesso em: 8 dez. 2022.

CUARTAS, J. *et al.* Early childhood exposure to non-violent discipline and physical and psychological aggression in low- and middle-income countries: National, regional, and global prevalence estimates. **Child Abuse & Neglect**, v. 92, p. 93–105, 1 jun. 2019.

CUNHA CORDEIRO, K. C. *et al.* Violência doméstica vivenciada por adolescentes: discurso de educadoras. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 28, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/tce/a/8nHf3SNrM4DzXTYG4LHw9DC/?lang=pt>. Acesso em: 8 dez. 2022.

DANTAS, G. S. V. *et al.* Caracterização dos casos de violência física contra mulheres notificados na bahia. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 4, p. 63, 22 dez. 2017.

DATASENADO. Violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: secretária de transparência, 2015. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/arquivos/2015/08/10/violencia-domestica-e-familiar-contra-a-mulher>>. Acesso em 28 mai. 2019.

DE MORAES, C. L. *et al.* Contributions to address violence against older adults during the Covid-19 pandemic in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, p. 4177–4184, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/xwYtcGKkkm3wvMT5hK4kqPL/?lang=en>. Acesso em: 10 out. 2022.

DIAS, S.; CANAVEZ, L.; MATOS, E. Transtorno de estresse pós-traumático em mulheres vítimas de violência doméstica: Prejuízos cognitivos e formas de tratamento. **Revista Valore**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 597–622, 2018. Disponível em: <https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/114>. Acesso em: 8 dez. 2022.

DOURADO, S. de M.; NORONHA, C. V. A face marcada: as múltiplas implicações da vitimização feminina nas relações amorosas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 623–643, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000200623&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 3 jul. 2018.

DUFORT, M; STENBACKA, M; GUMPERT, M.C. Physical domestic violence exposure is highly associated with suicidal attempts in both women and men. Results from the national public health survey in Sweden. **Eur J Public Health.**, v. 25, n. 3, p. 413-8, 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4440449/pdf/cku198.pdf>

DURAND, J.G *et al.* Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 355-364, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000004>.

ECHEVERRIA, Jasmin Gladys Melcher; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de; ERTHAL, Regina Maria de Carvalho. Violência doméstica e trabalho: percepções de mulheres assistidas em um Centro de Atendimento à Mulher. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 13-24, 2017.

ELIZANGÊLA SILVA PAIVA; MAISA FRANÇA TEIXEIRA. Grito de socorro: tenho medo de morrer - a violência doméstica e o uso da medida protetiva. **Científic@ - Multidisciplinary Journal**, v. 5, n. 1, p. 82-98, 2018.

EL-KHODARY, B.; SAMARA, M. The relationship between multiple exposures to violence and war trauma, and mental health and behavioural problems among Palestinian children and adolescents. **European child & adolescent psychiatry**, v. 29, n. 5, p. 719-731, 1 maio 2020.

ESTRELA, F. M. *et al.* Expressões e repercussões da violência conjugal: processos de mulheres numa vara judicial. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [s. l.], v. 12, n. 9, p. 2418, 2018.

EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS. **Violence against women: an EU-wide survey**, 2014. Disponível em: http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-mainresults-apr14_en.pdf

FALCKE, D. *et al.* Violência conjugal: um fenômeno interacional. **Contextos Clínicos**, v. 2, n. 2, p. 81-90, 10 dez. 2009.

FARVID, M. S. *et al.* Consumption of red meat and processed meat and cancer incidence: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. **European journal of epidemiology**, [s. l.], v. 36, n. 9, p. 937-951, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34455534/>. Acesso em: 8 dez. 2022.

FATTORE, I. *et al.* Análise comparativa das vocalizações iniciais de bebês prematuros e a termo, com e sem risco ao desenvolvimento Comparative analysis of initial vocalizations of preterm and full-term infants with and without risk for development. **CoDAS**, [s. l.], v. 29, n. 4, 2017. Disponível em: Acesso em: 8 dez. 2022.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista de APS**, [s. l.], v. 11, n. 3, 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14269>. Acesso em: 6 dez. 2022.

FORTES, L. de S. *et al.* Comportamentos de risco para os transtornos alimentares e traços perfeccionistas em atletas de atletismo. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, [s. l.], v. 30, n. 3, p. 815-822, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092016000300815&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 30 ago. 2017.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19**. São Paulo: [s. n.], 2020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA; DATAFOLHA. **Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil**. 2ª ed. Brasília: Fiocruz, 2019. Disponível em: <<http://www.iff.fiocruz.br/pdf/relatorio-pesquisa-2019-v6.pdf>>. Acesso em 28 mai. 2019.

FRAZÃO, M. C. L. O. *et al.* Violência praticada por parceiros íntimos a mulheres com depressão. **Remê: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz & Terra, 1992.

FREITAS, C.P; ARAÚJO FILHO, G.M. Violência doméstica em mulheres com transtornos mentais: saúde, estigma e gênero. **Revista InterCiência-IMES Catanduva**, v. 1, n. 1, p. 63-63, 2018.

FROSI, Tiago. Pozatti, Mauro. Práticas Corporais Integrativas E Saúde Emocional. **Revista Didática Sistêmica**, v. 13, n. 1, p. 76, 2011.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio**. Nações Unidas, 2009. Disponível em: < https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35986/1/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF_es.pdf>. Acesso em: 15 Mai 2019.

GARBIN, C. A. S. *et al.* Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1879–1890, jun. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n6/1879-1890/>>. Acesso em 28 mai. 2019.

GARBIN, C. A. S. *et al.* Reconhecimento e notificação de violência pelos profissionais da estratégia de saúde da família. **Arch Health Invest**, v. 5, n. 1, 30 mar. 2016. Disponível em:< <http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/1294/0>>. Acesso em 27 mai. 2019

GAUTHIER-DUCHESNE, A.; HÉBERT, M.; BLAIS, M. Child Sexual Abuse, Self-esteem, and Delinquent Behaviors During Adolescence: The Moderating Role of Gender. **Journal of Interpersonal Violence**, [s. l.], v. 37, n. 15–16, p. NP12725–NP12744, 2022. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/08862605211001466>. Acesso em: 8 dez. 2022.

GENC, E.; TURHAN, Z. Recovery from Childhood Adversity: Exploring the Stories of Turkish Daughters of Domestic Violence Survivors. **Violence and Gender**, v. 9, n. 4, 8 dez. 2022.

GIRIANELLI, V. R *et al.* Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 3, p. 318-326, July 2018 . <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201800030075>.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. Common mental disorders: a bio-social model. [s. l.], 1992. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1992-97161-000>. Acesso em: 6 dez. 2022.

GOLDBERG, D.P. Anxious forms of depression. **Depression and anxiety**, v. 31, n. 4, p.344-351, 2014.

GOMES, C. F. M. *et al.* Transtornos mentais comuns em estudantes universitários. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 1–8, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/166992>. Acesso em: 6 dez. 2022.

GOMES, I.; FERNANDES, S. A permanência de mulheres em relacionamentos abusivos à luz da teoria da ação planejada. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, [s. l.], v. 38, n. 94, p. 55–66, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2018000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 8 dez. 2022.

GOMES, N. P *et al.* Encaminhamentos à mulher em situação de violência conjugal. **Mundo Saúde**, v. 37, n. 4, p. 377-84, 2013.

GOMES, N. P. *et al.* Permanência de mulheres em relacionamentos violentos: desvelando o cotidiano conjugal. **Cogitare Enfermagem**, [s. l.], v. 27, 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/cenf/a/T7QLLxBtg7n4Lc6SnJYhsTP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 dez. 2022.

GOMES, N. P; ERDMANN, A. L. Violencia conjugal na perspectiva de profissionais da "Estrategia Saude da Familia": problema de saude publica e a necessidade do cuidado a mulher. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 76-84, 2014.

GOMES, N.P *et al.* Violência conjugal: elementos que favorecem o reconhecimento do agravo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 514-522, Dec. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400003&lng=en&nrm=iso>. access on 27 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400003>.

GOMES, V. F.; MIGUEL, T. L. B.; MIASSO, A. I. Common Mental Disorders: socio-demographic and pharmacotherapy profile. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 6, p. 1203–1211, dez. 2013.

GONÇALVES, D.M; STEN, A.T; KAPEZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Caderno de saúde pública**, v. 24, n.2, p.380-390, 2008.

GREENE, C. A. *et al.* Psychological and physical intimate partner violence and young children's mental health: The role of maternal posttraumatic stress symptoms and parenting behaviors. **Child Abuse & Neglect**, v. 77, p. 168–179, 1 mar. 2018.

GROSSI, P. K. Violência contra mulher: Mitos e fatos. **Educação**, v. 18, n. 29, p. 93-99, 1995.

GUIRADO, G.M.P. Transtornos mentais comuns e suas peculiaridades com o trabalho. **Revista Saúde em foco**, n.9, p. 162-170, 2017.

HAAHR-PEDERSEN, I. *et al.* Polyvictimization and psychopathology among children and adolescents: A systematic review of studies using the Juvenile Victimization Questionnaire. **Child Abuse & Neglect**, v. 107, p. 104589, 1 set. 2020.

HORNA, A. V. **Violence against women and its financial consequences for businesses in Peru** Lima, Peru: Faculty of Administrative Sciences and Human Resources, University of San Martin de Porres, 2013.

HUMANS RIGHTS WATCH (HRW). **Relatório Mundial 2019: Brasil eventos 2018**. HRW, 2019

INGO, C.; DUNKER, L.; PAULO, S. Questões entre a psicanálise e o DSM. **Jornal de Psicanálise**, [s. l.], v. 47, n. 87, p. 79–107, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352014000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 6 dez. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm. Acesso realizado em 23/05/11. Acesso em 12 jun. 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA) 2016. **Mortalidade de mulheres por agressões no brasil**: perfil e estimativas corrigidas (2011-2013). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=27250>. Acesso em 18 abr. 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Atlas da Violência 2018**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/06/FBSP_Atlas_da_Violencia_2018_Relatorio.pdf>. Acesso em 28 mai. 2019.

JANSSEN, P. M.; VENEMA, E.; DIPPEL, D. W. J. Effect of Workflow Improvements in Endovascular Stroke Treatment. **Stroke**, [s. l.], v. 50, n. 3, p. 665–674, 2019.

JENKINS, R. *et al.* Common mental disorders and risk factors in urban Tanzania. **Int J Environ Res Public Health**., v. 7, n. 6, p.2543-58, 2010

KELMENDI, K.; ARËNLIU, A.; HALIMI, T. Child Discipline Practices in Kosovo: Attitudes and Sociodemographic Correlates. **Journal of Family Violence**. 2021, [s. l.], v. 37, n. 7, p. 1111–1124, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10896-021-00321-1>. Acesso em: 8 dez. 2022.

KHODABANDEH, F.; KHALILZADEH, M.; HEMATI, Z. The Impact of Adverse Childhood Experiences on Adulthood Aggression and Self-Esteem-A Study on Male Forensic Clients. **Novelty in Biomedicine**., p. 85–91, 2018.

KINYANDA, E. *et al.* Risk of major depressive disorder among older persons living in HIV-endemic central and southwestern Uganda. **AIDS Care**., v. 28, n. 12, p. 1516-21, 2016 . Available from: http://researchonline.lshtm.ac.uk/2551492/1/Risk%20of%20major%20depressive%20disorder%20among%20older%20persons_GREEN%20AAM.pdf

- LABELLA, M. H.; MASTEN, A. S. Family influences on the development of aggression and violence. **Current Opinion in Psychology**, [s. l.], v. 19, p. 11–16, 2018. Disponível em: Acesso em: 8 dez. 2022.
- LAKATOS, Eva M; MARCONI, Marina A. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.
- LEITE, F. M. C *et al.* Mulheres vítimas de violência: percepção, queixas e comportamentos relacionados à sua saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 10, supl. 6, p. 4854-61, 2016.
- LEITE, F. M. C *et al.* Violence against women: featuring the victim, aggression and the author. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 2181, 1 jan. 2015. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3464>>. Acesso em 28 mai. 2019
- LLOYD, M. Domestic violence and education: Examining the impact of domestic violence on young children, children, and young people and the potential role of schools. **Frontiers in Psychology**, v. 9, p. 2094, 13 nov. 2018.
- LOXTON, D. *et al.* The impact of adverse childhood experiences on the health and health behaviors of young Australian women. **Child Abuse & Neglect**, v. 111, p. 104771, 1 jan. 2021.
- LUCCHESI, R. *et al.* Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 200-207, junho de 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400035>.
- MACHISA, M. T.; CHRISTOFIDES, N.; JEWKES, R. Social support factors associated with psychological resilience among women survivors of intimate partner violence in Gauteng, South Africa. **Global Health Action**, v. 11, n. sup3, p. 1491114, 23 nov. 2018.
- MADUREIRA, A. B. *et al.* Profile of men who commit violence against women who are arrested in delicto flagrante: contributions to confronting the phenomenon. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, 2014. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20140085>>. Acesso em 28 mai. 2019
- MAGALHÃES, J. R. F. DE *et al.* Repercussions of family violence: oral history of adolescents. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, 2020.
- MAGALHÃES, L.S; ANDRADE, S.M.O. Depressão e comportamento suicida: atenção primária em saúde. **Rev. Psicol. Saúde**, v. 11, n. 1, p. 99-107, abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i1.592>
- MAHASE, E. Covid-19: EU states report 60% rise in emergency calls about domestic violence. [s. l.], Disponível em: <http://group.bmj.com/group/rights-licensing/>. Acesso em: 8 dez. 2022.
- MAHFUZ, V. Apontamentos sobre a energia prana a partir do discurso de Konstantin Stanislávski. **Urdimento**, v.2, n.25, p.109–122, dezembro 2015.

MARAGNO, L. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 22, n. 8, p. 1639–1648, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/HP6YC8XbWmLsPsRLTNgrsTB/>. Acesso em: 6 dez. 2022.

MARTINS, L. C. A. *et al.* Violência contra mulher: acolhimento na estratégia saúde da família/ Violence against women: reception in the family health strategy. **Ciência, Cuidado E Saúde**, v. 15, n. 3, p. 507 – 514, 2016. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i3.31422>

MATEUS, M. D. *et al.* The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. **International Journal of Mental Health Systems**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 1–8, 2008. Disponível em: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-4458-2-12>. Acesso em: 6 dez. 2022.

MEDEIROS, M. P. de; ZANELLO, V. Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 384–403, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000100021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 8 dez. 2022.

MEDRONHO, R.A *et al.* **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009.

MENDONÇA, M.F.S; LUDERMIR, A.B. Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 32, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006912>.

MINÓIA, N. P.; MINOZZO, F. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s. l.], v. 35, n. 4, p. 1340–1349, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/pcp/a/CPqyH9xbLLbLScNkfF4jN5c/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 6 dez. 2022.

MONTEIRO, D. da S. *et al.* Fatores associados ao transtorno mental comum em adolescentes escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 73, p. e20190847, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reben/a/dSfCCJj434cdT3JSyHc7kBz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 dez. 2022.

MORAIS, M. L. S; SEGRI, N. J. Prevalência de transtornos mentais comuns auto-referidos e sua relação com os serviços de saúde em municípios da Baixada Santista - SP. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 13, n. 2, p. 141-146, 2011.

MORENO, C. G. *et al.* The health-systems response to violence against women. **The Lancet**, v. 385, n. 9977, p. 1567–1579, abr. 2015. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614618377>>. Acesso em 28 mai. 2019

MORENO, R.M. A eficácia da Lei Maria da Penha. **Âmbito Jurídico**, XVII, n. 130, 2014. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=15507>. Acesso em 06 jul. 2018.

MUNIZ, C. N. *et al.* The Effects of Adverse Childhood Experiences on Internalizing Versus Externalizing Outcomes. **Criminal Justice and Behavior**, v. 46, n. 4, p. 568–589, 10 fev. 2019.

MWAKANYAMALE, A. A.; WANDE, D. P.; YIZHEN, Y. Multi-type child maltreatment: Prevalence and its relationship with self-esteem among secondary school students in Tanzania. **BMC Psychology**, v. 6, n. 1, p. 1–8, 24 jul. 2018.

NACIONES UNIDAS. **Progresos en el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible**. Consejo Económico y social. Distr. General, 2017

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 680–688, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/tce/a/sXws3b5RHCnGcrkShryPBkj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 dez. 2022.

NEPPL, T. K. *et al.* Intergenerational Continuity of Psychological Violence: Intimate Partner Relationships and Harsh Parenting. **Psychology of violence**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 298–307, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31544008/>. Acesso em: 8 dez. 2022.

NUNES, M.A *et al.* Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Revista Brasileira de Psiquiatria.**, v.38, p.91–97, 2016.

OFFICE ON WOMEN'S HEALTH. **Violence Against Women**. Washington: Department of Health and Human Service; 2015. p. 10-8.

OLIVEIRA, K. *et al.* Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n. 3, p. 544–544, 2010. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/54>. Acesso em: 6 dez. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes**. 2015. Available from: <http://www.un.org/fr/events/endviolenceday/>. Access 2019 may 28

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Genebra: OMS, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1. Acesso em 11 mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Inspire Sete Estratégias para Pôr Fim à Violência Contra Crianças VERSÃO PORTUGUESA**. [s. l.], 2022. Disponível em: Acesso em: 8 dez. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). KRUG, E.G *et al* (Org.). **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002, p. 147. Disponível em: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Young people's health: a challenge for society**. Geneva: [s. n.], 1986. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41720/WHO_TRS_731.pdf;jsessionid=6A32111061FD3154CD58FF1B1129BECA?sequence=1. Acesso em: 8 dez. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **OMS: uma em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência | As Nações Unidas no Brasil**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/115652-oms-uma-em-cada-3-mulheres-em-todo-o-mundo-sofre-violencia>. Acesso em: 7 dez. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Violência contra a mulher: Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher**. Washington, 2015.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Regional Status Report 2020: Preventing and Responding to Violence against Children in the Americas**. Washington: [s.n.]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53038/9789275122945_eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 9 dez. 2022.

PARREIRA, B.D.M. *et al.* Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 51, e03225, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016033103225>

PEDROSA, M; ZANELLO, V. (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 32, n. spe, e32ne214, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e32ne214>.

PERINI, J. P.; DELANOGARE, E.; SOUZA, S. A. de. Transtornos Mentais Comuns e aspectos psicossociais em universitários do sul do Brasil. **VITTALLE - Revista de Ciências da Saúde**, [s. l.], v. 31, n. 1, p. 44–51, 2019. Disponível em: <https://repositorio.furg.br/handle/1/7872>. Acesso em: 6 dez. 2022.

PETERMAN, A. *et al.* **Pandemias e Violência Contra Mulheres e Crianças | Centro para Desenvolvimento Global | Ideias para Ação**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.cgdev.org/publication/pandemics-and-violence-against-women-and-children>. Acesso em: 8 dez. 2022.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTO, M; BUCHER-MAUSHKE, J.S.N.F. A Permanência de Mulheres em Situações de Violência: Considerações de Psicólogas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30 n. 3, p. 267-276, 2014.

PUPO, L. R. *et al.* Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 44, n. spe3, p. 107–127, 2020. Disponível em: Acesso em: 6 dez. 2022.

QUERINO, L.C.S; DOMINGUES, M. D.S; LUZ, R. C. A evolução da mulher no mercado de trabalho. **E-FACEQ: revista dos discentes da Faculdade Eça de Queirós**, ano 2, n. 2, 2013. Disponível em: < http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20170427174519.pdf>. Acesso em 27 mai. 2019.

RIEDL, D. *et al.* Prevalence of adverse childhood experiences (ACEs) and associated physical and mental health problems amongst hospital patients: Results from a cross-sectional study. **General Hospital Psychiatry**, v. 64, p. 80–86, 1 maio 2020.

RODRIGUES, V. P. *et al.* Family relationships in the context of gender-based violence. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 3, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300304&lng=en&tlng=en>. Acesso em 27 mai. 2019

ROSA, L.C.S; CAMPOS, R. T. O. Etnia e gênero como variáveis sombra na saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 648-656, 2012

ROUQUAYROL, M. Z; GURGEL, M (Orgs.). **Epidemiologia & saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SAFFIOTI, H. I. B. Primórdios do conceito de gênero. **Cadernos Pagu**, [s. l.], n. 12, p. 157–163, 1999. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634812>. Acesso em: 8 dez. 2022.

SANTIAGO, R.A; COELHO, M.T.A.D. a violência contra a mulher: antecedentes históricos. **XVII SEPA: Seminário Estudantil**, v. 11, n. 1, 2007. Disponível em: <<https://revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/viewFile/313/261..>>. Acesso em 28 mai. 2019

SANTOS, C. M; IZUMINO, W. P. Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil. **E.I.A.L.**, v. 16, n.1, p. 147-164, 2005. Disponível em: <<http://eial.tau.ac.il/index.php/eial/article/view/482/446>>. Acesso em 27 mai. 2019.

SANTOS, I. B. DOS *et al.* Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1935–1946, 8 maio 2020.

SANTOS, K. O. B. *et al.* Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 544, 1 jan. 1970.

SANTOS, K.O.B; ARAÚJO, T.M.D; OLIVEIRA, N.F.D. Factor structure and internal consistency of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) in an urban population. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n.1, p. 214-22, 2009.

SANTOS, L. F. *et al.* Fatores que interferem no enfrentamento da violência infantil por conselheiros tutelares. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 137–149, 6 maio 2019.

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

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500014>. Acesso em 28 mai. 2019.

SCHRAIBER, L.B; D'OLIVEIRA, A.L.F.P. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. **Ensaio**, v. 3, n.5, p. 11-26, 1999. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1414-32831999000200003&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em 27 mai. 2019.

SENICATO, C; AZEVEDO, R.C.S; BARROS, M.B.A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2543-2554, ago. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>

SILVA, N.N.F *et al.* Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência. **Enferm. Foco**, v.8, n.3, p.70-74, 2017.

SILVA, P.L.N da *et al.* Práticas educativas sobre violência contra a mulher na formação de universitários. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 276-285, ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242128>.

SOUZA, A. A. C. DE; CINTRA, R. B. Conflitos éticos e limitações do atendimento médico à mulher vítima de violência de gênero. **Revista Bioética**, v. 26, n. 1, p. 77–86, jan. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n1/1983-8042-bioet-26-01-0077.pdf>>. Acesso em 27 mai. 2019.

SOUZA, Angela Maria Gordilho; TASCHNER, Suzana Pasternak. **Limites do habitar: segregação e exclusão na configuração urbana contemporânea de Salvador e perspectivas no final do século XX**. 1999

SOUZA, T.M.C; REZENDE, F.F. Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 9, n. 2, p. 21-38, 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 jan. 2020.

STILLER, A.; NEUBERT, C.; KRIEG, Y. Witnessing Intimate Partner Violence as a Child and Associated Consequences. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 37, n. 21–22, p. NP20898–NP20927, 15 nov. 2022.

STÖCKL, H. *et al.* The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. **The Lancet**, v. 382, n. 9895, p. 859-865, 2013. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673613610302>>. Acesso em: 6 jul. 2018.

TEIXEIRA, J. *et al.* Análise da violência doméstica no ambiente da favela. **Revista Valore**, [s. l.], v. 5, n. 0, p. 5013, 2020. Disponível em: <https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/337>. Acesso em: 8 dez. 2022.

THUREAU, S. *et al.* Conjugal violence: A comparison of violence against men by women and women by men. **Journal of Forensic and Legal Medicine**, v. 31, p. 42–46, abr. 2015. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25735783>>. Acesso em 27 mai. 2019.

TSIRIGOTIS, K.; ŁUCZAK, J. Resilience in Women who Experience Domestic Violence. **Psychiatric Quarterly**, [s. l.], v. 89, n. 1, p. 201–211, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11126-017-9529-4>. Acesso em: 8 dez. 2022.

TUĞUT, N. Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmalini Tanılamada Bilgi Düzeyleri. **Journal of Turkish Studies**, v. 14, n. 2, p. 827–839, 1 jan. 2019.

TUTTY, L. M. *et al.* The Complexities of Intimate Partner Violence: Mental Health, Disabilities, and Child Abuse History for White, Indigenous, and Other Visible Minority Canadian Women. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 1, p. 088626051774121, 2017. Disponível em: <http://journals.sagepub.com.ez10.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1177/0886260517741210>. Acesso em 06 jul. 2018

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **Global study on homicide: Gender-related killing of women and girls**. Viena: UNODC, 2018. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/GSH2018/GSH18_Gender-related_killing_of_women_and_girls.pdf. Acesso em 28 mai. 2019.

VARGAS, A.Q; BENCHIMOL, A.P.F; UMBACH, R.K. A mulher nos anos 60: frágil ou subversiva? **Revista Eletrônica Literatura e Autoritarismo**, n. 24, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/LA/article/viewFile/15916/pdf>. Acesso em 27 mai. 2019

VASCONCELOS, C. S. DA S.; CAVALCANTE, L. I. C. Caracterização, reincidência e percepção de homens autores de violência contra a mulher sobre grupos reflexivos. **Psicologia & Sociedade**, v. 31, p. 179960, 2019.

VASCONCELOS, N. M. de *et al.* Prevalence and factors associated with intimate partner violence against adult women in Brazil: National Survey of Health, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 24, n. suppl 2, 2021.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil**. Brasília, 2015. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf. Acesso em 28 mai. 2019.

WIEMANN, I.; MUNHOZ, T. N. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados nos Usuários do Centro de Referência de Assistência Social de São Lourenço do Sul, RS. **Ensaio e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 89–94, 2015. Disponível em: <https://ensaioseciencia.pgskroton.com.br/article/view/3187>. Acesso em: 6 dez. 2022.

WOOD, S. L.; SOMMERS, M. S. Consequences of Intimate Partner Violence on Child Witnesses: A Systematic Review of the Literature. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**, v. 24, n. 4, p. 223–236, nov. 2011. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1744-6171.2011.00302.x> >. Acesso em 28 mai. 2019

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A user's guide to the self-reporting questionnaire**. Geneva: [s.n.]. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61113/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Child maltreatment**. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>>. Acesso em: 9 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Young People's health: a challenge for society**. Geneva: [s.n.]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41720/WHO_TRS_731.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 9 dez. 2022.

WU, Q. *et al.* Child Maltreatment and Subjective Well-being in Chinese Emerging Adults: A Process Model Involving Self-esteem and Self-compassion. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 37, n. 15–16, p. NP13685–NP13706, 25 ago. 2022.

ZANCAN, N.; HABIGZANG, L. F. Regulação Emocional, Sintomas de Ansiedade e Depressão em Mulheres com Histórico de Violência Conjugal. **Psico-USF**, v. 23, n. 2, p.

ZHANG T *et al.* **An estimation of the economic impact of spousal violence in Canada**. Ottawa (Canada): Department of Justice of Canada, 2012.

APÊNDICE A - Informações às participantes**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM
INFORMAÇÕES ÀS PARTICIPANES**

Você está sendo convidada para constituir participante da pesquisa intitulada “Transtorno Mental Comum em Mulheres em Situação de Violência Conjugal: Um Estudo Transversal”, que tem como objetivo: Verificar a prevalência e os fatores associados ao TMC em mulheres em situação de violência conjugal atendidas pela Ronda Maria da Penha. Sua participação será por meio de entrevista, guiada por um formulário estruturado, você tem o direito de decidir se participa ou não do estudo, podendo recusar-se a responder qualquer pergunta, ainda de desistir de participar e retirar seu consentimento, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo no seu atendimento no serviço.

Os documentos serão arquivados em pastas físicas no Grupo de Estudos “Violência, Saúde e Qualidade de Vida (Vid@)”, podendo ser utilizados para estudos vinculados ao grupo. As informações coletadas serão guardadas por cinco anos, quando então serão destruídas, após esse período.

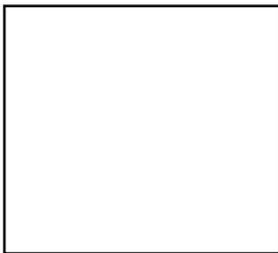
Você não terá qualquer gasto e/ou ganho financeiro por participar na pesquisa. Os riscos são considerados mínimos, consistindo em desconforto ou constrangimento ao relatar sua vida pessoal. A fim de reduzir o desconforto à revelação da história de violência, as entrevistas serão realizadas individualmente, em sala privativa, a fim de garantir sua privacidade e, se necessário, interromperemos a entrevista e apoiaremos no que for necessário, sendo garantida a confidencialidade das informações e o anonimato, visto que as possíveis publicações advindas do estudo não permitirão sua identificação. Com relação aos benefícios, espera-se que, este estudo contribua para promover o direcionamento do cuidado as mulheres que experienciaram a violência conjugal e estão mais vulneráveis para o Transtorno Mental Comum, além de estabelecer estratégias de minimização dos danos.

Caso concorde em participar desta pesquisa, a Sra. deve assinar este termo de consentimento em duas vias, uma que ficará com a Sra.; e a segunda, será arquivada junto aos arquivos do Grupo de Estudos Vid@, vinculado a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Dessa forma, eu, _____, declaro para fins de direitos que, após ter sido esclarecido/a sobre o conteúdo da pesquisa intitulada “Cuidado multiprofissional a mulheres em situação de violência conjugal: telemonitoramento em tempos de COVID-19” e seus respectivos objetivos, riscos e benefícios supracitados, concordo em participar do estudo respondendo às perguntas das ligações telefônicas do telemonitoramento. As minhas respostas poderão ser gravadas com auxílio de um gravador digital e transcritas na íntegra. Reafirmo que a minha autorização é voluntária; meu consentimento para participar da pesquisa foi uma decisão livre, não sofrendo nenhuma interferência da pesquisadora; não estou sendo remunerado/a por este ato e fui informado/a que posso retirar o meu consentimento do presente estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou penalização para a minha pessoa. Declaro, ainda, que a pesquisadora poderá entrar em contato comigo via telefone para elucidar dúvidas acerca do conteúdo da gravação. Estou ciente que terei acesso aos dados registrados e que estes poderão ser apresentados para publicação em congressos e/ou revistas científicas, desde que assegurado o sigilo de minha identidade por meio da utilização de codinomes ou códigos. As pesquisadoras estarão à disposição para esclarecer dúvidas que possam ocorrer antes, durante e após a pesquisa Salvador, _____ de _____ de _____



Impressão datiloscópica

Participante da pesquisa

Pesquisadora

Pesquisadora Responsável

Pesquisadora: Josinete Gonçalves dos Santos

E-mail: josilirio@hotmail.com

Telefone: (71) 99350-4170 (TIM)

End.: R. Dr. Augusto Viana, s/n - Canela, Salvador - BA, 40110-060

APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 TRANSTORNO MENTAL COMUM
 EM MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL:
 UM ESTUDO TRANSVERSAL

Nome:	Código:
I. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
1. Qual é a sua idade (data de nascimento)?	
2. Você tem religião? (0) sim, qual? (1) não	
3. Qual é a sua cor/raça? (1) parda (2) preta (3) branca (4) amarela (5) indígena	
4. Qual é a sua situação conjugal? (1) solteira (2) casada/união estável (4) separada/divorciada (6) viúva	
5. Qual é a sua escolaridade? (1) não alfabetizada (2) alfabetizada (3) ensino fundamental (4) ensino médio (5) ensino superior	
6. Você trabalha de forma remunerada? (0) sim, se sim qual? (1) não	
7. Se não tem renda, depende financeiramente de quem? (1) pai (2) mãe (3) irmãs(os) (4) padrasto (5) madrasta (6) avós(os) (7) tias(os) (8) companheiro(a) (9) outros	
8. Qual é o tipo de sua moradia? (1) própria (2) aluguel (3) cedida	
9. Com quem você reside? (1) filhas(os) (2) pai (3) mãe (4) irmãs(os) (5) padrasto (6) madrasta (7) avós(ô) (8) parentes (9) amigas(os) (10) companheiro(a) (11) outros, quem? _____	
10. Você tem filhos? (0) não (1) sim, se sim quantos? _____	
11. Quanto a questão de saneamento básica na residência possui?	
a. Água encanada: (0) sim (1) não	
b. Energia elétrica : (0) sim (1) não	
c. Rede de esgoto: (0) sim (1) não	
II. DADOS RELACIONADOS À VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA	
12. Na sua infância, que tipo de violência você já presenciou:	
a. Violência psicológica (qualquer conduta de discriminação, depreciação ou desrespeito em relação à criança ou ao adolescente mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, agressão verbal e xingamento, ridicularização, indiferença, exploração ou intimidação sistemática (bullying) que possa comprometer seu desenvolvimento psíquico ou emocional)? (0) não (1) sim	

a.1. Se já presenciou, quem praticou? (1) mãe (2) pai (3) irmãs(os) (4) avós(ôs) (5) padrasto (6) madrasta (7) outros, quem? _____
a.2. Se já presenciou, quem foi a vítima? (1) mãe (2) pai (3) irmãs(os) (4) avós(ôs) (5) padrasto (6) madrasta (7) outros, quem? _____
b. Violência física (bateu/esbofeteou/chutou/machucou)? (0) não (1) sim
b.1. Se já presenciou, quem praticou? (1) mãe (2) pai (3) irmãs(os) (4) avós(ôs) (5) padrasto (6) madrasta (7) outros, quem? _____
b.2. Se já presenciou, quem foi a vítima? (1) mãe (2) pai (3) irmãs(os) (4) avós(ôs) (5) padrasto (6) madrasta (7) outros, quem? _____
c. Violência sexual (qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não)? (0) não (1) sim
c.1. Se já presenciou, quem praticou? (1) mãe (2) pai (3) irmãs(os) (4) avós(ôs) (5) padrasto (6) madrasta (7) outros, quem? _____
c.2. Se já presenciou, quem foi a vítima? (1) mãe (2) pai (3) irmãs(os) (4) avós(ôs) (5) padrasto (6) madrasta (7) outros, quem? _____
13. Na sua infância você já sofreu:
a. Violência psicológica (ameaça/humilhação/insulto/isolamento/perseguição/controla as ações)? (0) não (1) sim
a.1. Se já sofreu, quem praticou? (1) mãe (2) pai (3) irmãs(os) (4) avós(ôs) (5) padrasto (6) madrasta (7) outros, quem? _____
b. Violência física (bateu/esbofeteou/chutou/machucou)? (0) não (1) sim
b.1. Se já sofreu, quem praticou? (1) mãe (2) pai (3) irmãs(os) (4) avós(ôs) (5) padrasto (6) madrasta (7) outros, quem? _____
c. Violência sexual (qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não)? (0) não (1) sim
c.1. Se já sofreu, quem praticou? (1) mãe (2) pai (3) irmãs(os) (4) avós(ôs) (5) padrasto (6) madrasta (7) outros, quem? _____
III. DADOS RELACIONADOS À VIOLÊNCIA NA VIDA ADULTA
14. Você experienciou a violência por quanto tempo?
15. Na sua vida adulta você já sofreu:
a. Violência psicológica (xingamento/ humilhações/ameaças) pelo seu parceiro? (0) não (1) sim

a.1. Se já sofreu, quem praticou? (1) marido (2) ex-marido (3) namorado (4) estranho (5) outros, quem?_____
b. Violência moral (calúnia/difamação/injúria)? (0) não (1) sim
b.1. Se já sofreu, quem praticou? (1) marido (2) ex-marido (3) namorado (4) estranho (5) outros, quem?_____
c. Violência física (bateu/esbofeteou/chutou/machucou) pelo seu parceiro? (0) não (1) sim
c.1. Se já sofreu, quem praticou? (1) marido (2) ex-marido (3) namorado (4) estranho (5) outros, quem?_____
d. Violência sexual (manter relação sexual não desejada, impediu de usar método contraceptivo ou forçou ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição) pelo seu parceiro? (0) não (1) sim
d.1. Se já sofreu, quem praticou? (1) marido (2) ex-marido (3) namorado (4) estranho (5) outros, quem?_____
e. Violência patrimonial ? (retenção e/ou destruição de objetos/instrumentos de trabalho/documentos pessoais/bens)? (0) não (1) sim
e.1. Se já sofreu, quem praticou? (1) marido (2) ex-marido (3) namorado (4) estranho (5) outros, quem?_____
f. Neste último ano (12 meses), você sofreu violência psicológica (xingamento/ humilhações/ameaças) pelo seu parceiro? (0) não (1) sim
g. Neste último ano (12 meses), você já sofreu violência moral (calúnia/difamação/injúria)? (0) não (1) sim
h. Neste último ano (12 meses), você já sofreu violência física (bateu/esbofeteou/chutou/machucou) pelo seu parceiro? (0) não (1) sim
i. Neste último ano (12 meses), você já sofreu Violência sexual (manter relação sexual não desejada, impediu de usar método contraceptivo ou forçou ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição) pelo seu parceiro? (0) não (1) sim
j. Neste último ano (12 meses), você já sofreu violência patrimonial (retenção e/ou destruição de objetos/instrumentos de trabalho/documentos pessoais/bens) pelo seu parceiro? (0) não (1) sim
IV. DADOS RELACIONADOS AO USO DE DROGAS
16. Você faz ou fez uso de bebida alcoólica? (0) não (1) sim
17. Se faz uso, quando iniciou?
18. A quanto tempo parou?
19. Você faz e/ou fazia uso de bebida alcoólica após os episódios de violência? (0) não (1) sim
20. Você faz ou fez uso de drogas ilícitas? (0) não (1) sim
21. Se faz uso, quando iniciou?
22. Se fez uso, a quanto tempo parou?

23. Se faz uso, qual? (1) maconha (2) Cocaína (3) crack (4) outras, qual? (5) Não se aplica		
24. Você faz uso de antidepressivos? (0) não (1) sim		
25. Se faz uso, desde quando?		
V. DADOS RELACIONADOS A SAÚDE		
26. Você tem hipertensão? (0) não (1) sim		
27. Você tem Diabetes melitos? (0) não (1) sim		
28. Você tem doença autoimune? (0) não (1) sim, qual?		
29. Você tem insuficiência renal aguda? (0) não (1) sim		
30. Você tem insuficiência renal crônica? (0) não (1) sim		
31. Você tem asma? (0) não (1) sim		
32. Você tem algum problema cardíaco? (0) não (1) sim, qual?		
VI. DADOS RELACIONADOS AO TRANSTORNO MENTAL COMUM		
1. Você tem dores de cabeça frequentes?	(1) sim	(2) não
2. Tem falta de apetite?	(1) sim	(2) não
3. Dorme mal?	(1) sim	(2) não
4. Assusta-se com facilidade?	(1) sim	(2) não
5. Tem tremores nas mãos?	(1) sim	(2) não
6. Sente-se nervoso (a), tenso(a) ou preocupado(a)?	(1) sim	(2) não
7. Tem má digestão?	(1) sim	(2) não
8. Tem dificuldades de pensar com clareza?	(1) sim	(2) não
9. Tem se sentido triste ultimamente?	(1) sim	(2) não
10. Tem chorado mais do que de costume?	(1) sim	(2) não
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	(1) sim	(2) não
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	(1) sim	(2) não
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho causa-lhe sofrimento)?	(1) sim	(2) não
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	(1) sim	(2) não
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	(1) sim	(2) não
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	(1) sim	(2) não
17. Tem tido a ideia de acabar com vida?	(1) sim	(2) não
18. Sente-se cansado (a) o tempo todo?	(1) sim	(2) não
19. Você se cansa com facilidade?	(1) sim	(2) não
20. Tem sensações desagradáveis no estômago?	(1) sim	(2) não

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO MULTIPROFISSIONAL A HOMENS E MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL: TELEMONITORAMENTO EM TEMPOS DE COVID -19

Pesquisador: Nadirleone Pereira Gomes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50088120.8.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.933.325

Apresentação do Projeto:

Trata-se da apreciação de segunda versão de protocolo de pesquisa com utilização de multi-métodos e abordagem quanti-qualitativa. O lócus desse estudo será a Operação Especial Ronda Maria da Penha (ORMP) e a 2ª Vara de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. Serão participantes do estudo 500 mulheres com história de violência conjugal, 250 homens em situação de violência conjugal e policiais militares. As etapas metodológicas a serem seguidas no estudo serão estabelecidas considerando as fases da pesquisa-ação. A escolha pela pesquisa ação se justifica pela preocupação das pesquisadoras em fazer do telemonitoramento uma ação coletiva com fins na modificação do cenário em que as mulheres vítimas de violência conjugal se encontram inseridas durante a pandemia e, dessa forma, favorecer a transformação social do contexto de agravamento do fenômeno. Para tanto, pretende-se interagir com as participantes do estudo e, a partir daí, explorar o contexto em que estão inseridas com vistas na elaboração de diagnósticos e identificação dos problemas que devem ser resolvidos e, posteriormente, produzir, de forma conjunta, conhecimentos que subsidiem propostas e estratégias de resolutividade dos mesmos. O projeto matriz também utilizará o Ensaio Clínico Randomizado (ECR) com o mascaramento duplo-cego. Terá como Critério de Inclusão: estar em acompanhamento pela Operação Ronda Maria da Penha ou pela 2ª Vara de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e possuir contato telefônico atualizado. Como Critério de Exclusão: pessoas com diagnóstico prévio de transtorno psicológico, bem como aquelas com as quais não tenha sido possível

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 4.933.325

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 26 de Agosto de 2021

Assinado por:

**Márcia Maria Carneiro Oliveira
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br