



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

LUANE SALES DE JESUS

**IMAGEM CORPORAL E SAUDE MENTAL DE MULHERES QUE SOFRERAM
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: DIFERENCIAIS SEGUNDO RAÇA/COR DA PELE.**

**FEIRA DE SANTANA-BA
2015**

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado

J56i Jesus, Luane Sales de
Imagem corporal e saúde mental de mulheres que sofreram violência doméstica: diferenciais segundo raça/cor / Luane Sales de Jesus. –Feira de Santana, 2015.

117 f.: il.

Orientadora: Edna Maria de Araújo

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2015.

1. Violência doméstica - mulheres. 2. Centro de Referência da Mulher Dandara – Serrinha – BA. I. Araújo, Edna Maria de, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. IV. Título.

CDU: 301.151.56-055.2 (814.22)

LUANE SALES DE JESUS

**IMAGEM CORPORAL E SAUDE MENTAL DE MULHERES QUE SOFRERAM
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: DIFERENCIAIS SEGUNDO RAÇA/COR.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana-BA para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia

Linha de Pesquisa: Saúde de grupos populacionais específicos

Orientadora: Prof^a Dra Edna Maria de Araújo

FEIRA DE SANTANA-BA
2015

LUANE SALES DE JESUS

**IMAGEM CORPORAL E SAUDE MENTAL DE MULHERES QUE SOFRERAM
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: DIFERENCIAIS SEGUNDO RAÇA/COR.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana-BA para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia
Linha de Pesquisa: Saúde de grupos populacionais específicos

Feira de Santana-BA. Aprovado em _____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Dra. Edna Maria de Araújo

Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil.

Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof.^a Dra. Lilian Conceição Guimarães de Almeida

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia, (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil.

Universidade Federal do Recôncavo Baiano.

Prof.^a Dra. Maria Conceição Oliveira Costa

Doutorado em Medicina e Ciências Aplicadas à Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, Brasil. Universidade Estadual de Feira de Santana.

JESUS, Luane Sales. **Imagem Corporal e Saúde Mental de Mulheres que Sofreram Violência Doméstica: Diferenciais Segundo Raça/Cor.** 2015. 118 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2015.

RESUMO

A imagem corporal envolve um emaranhado de fatores que definem como os indivíduos se veem e como acham que são vistos pelas outras pessoas. Estar satisfeito ou não com a imagem do corpo é um processo em constante formação, pois a partir das experiências vividas, o indivíduo pode se sentir insatisfeito com a sua imagem. A violência e a discriminação racial estão elencadas como fortes influenciadores negativos para o conceito da imagem corporal do indivíduo, pois a partir das agressões sofridas pelo sujeito, é possível que seu conceito de satisfeito com a imagem corporal seja revertido para insatisfação. No entanto, são escassos na literatura estudos que relacionem a saúde mental e os sentimentos de satisfação/insatisfação de mulheres vítimas de violência doméstica com a imagem corporal, considerando os diferenciais por raça/ cor. **OBJETIVO:** avaliar a satisfação com a imagem corporal e a situação de saúde mental das mulheres vítimas de violência doméstica com destaque para diferenciais segundo raça/ cor, atendidas em um Centro de Referência da Mulher em um município da Bahia. **METODOLOGIA:** Foi realizado um estudo quantitativo descritivo que utilizou análise documental e entrevista com mulheres em situação de violência atendidas no Centro de Referência da Mulher Dandara em Serrinha-Ba. Foi utilizado um questionário individual, contendo a Escala de Silhuetas de Stunkard, o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), o Inventário de Depressão de Beck e o Patient Health Questionnaire (PHQ). A coleta de dados foi realizada de Outubro de 2014 até Junho de 2015. **RESULTADO:** A maioria das mulheres era jovem, solteira, com filhos, baixo nível de escolaridade, assumia a chefia da família, trabalhava, tinha renda mensal menor que um salário mínimo, praticava atividades de lazer e era, predominantemente, negra, também quando relacionadas à maioria das variáveis com a raça/ cor. Houve predominância da violência praticada por parceiro íntimo, no próprio lar, destacando-se a violência psicológica e física. Constatou-se predominância de insatisfação com a imagem corporal, principalmente em mulheres negras, com idade menor que 40 anos, sem parceiro e com renda menor que um salário mínimo. A maioria das mulheres indicadas como insatisfeitas com a imagem corporal apresenta elevados níveis de Transtorno Mental Comum e Depressão. **CONCLUSÃO:** Abandonar o meio violento e a redução da discriminação racial podem ser ações importantes para a redução da insatisfação com a imagem corporal, transtornos mentais e Depressão. Este estudo fornece subsídios para elaboração de estratégias para a melhoria da saúde mental das mulheres que se encontram em situação de violência doméstica, em especial as negras, a fim de minimizar as consequências da violência sofrida.

Palavras-chave: Violência doméstica, Mulheres, Imagem corporal, Saúde Mental, Raça/ cor.

JESUS, Luane Sales. **Body Image and Mental Health of Women Suffered Domestic Violence: Second Differential Race / Color.** 2015. 118 p. Dissertation (Masters in Public Health) - Department of Health, State University of Feira de Santana, Bahia, 2015.

ABSTRACT

The body image involves a tangle of factors that define how individuals see themselves and how they think and are seen by others people. Be satisfied or not with de image body is a constant training process, as from the experiences, the individual may feeling dissatisfied with your body image. The violence and racial discrimination are listed how negative influencers for the concept of body image of the individual, because after suffered aggresions by subject, is possible that your concept of satisfaction with your bodyimage, be reversed for dissatisfaction. However, there aren't studies in Literature the relate to mental health and feelings of women`s satisfaction/dissatisfaction feelings, victms of domestic violence with their body image, considering the differentials by race/color. **OBJECTIVE:** Avaliate the satisfaction with body image and situation of mental health of the women, victms of domestic violence highlighting differences by race/color, attended at Women's Reference Center in Bahia. **METHODOLOGY:** A descriptive quantitative study used document analysis and interviews among the women attended at women's Reference Dandara Center, in Serrinha-Bahia. An individual questionnaire was applied, with the Stunkard Silhouettes Scale, the Self Report Questionnaire (SRQ-20), Beck's depression inventory and the Patient Health Questionnaire (PHQ). The data collection was searched in October 2014 to June 2015. **RESULTS:** The most women were young, single, with children, low level of education, took head family, worked,they received less than a minimum salary, practiced leisure activities and were predominantly black women, also as related most variables from race/color. There was a predominance of the violence by intimate partners, into their own homes, specially the psychological and physical violence. Found predominance of dissatisfaction about their body image, particularly about black women, aged less than 40 years, without partners and received less than a minimum salary. The most women, indicated like dissatisfied about body image, showed high levels of disorders and depression. **CONCLUSION:** Leave the this violent means and the reduction of racial discriminations, can be important actions to reduce the dissatisfactions about the body image, mental disorders and depression. This study provides informations to developing strategies for a good mental health of the women in domestic violence situation, specially the black women, to minimize the consequences of suffered violence by them.

Keywords: Domestic Violence, Women, Body Image, Mental Health, Race/Color.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 Objetivo Geral.....	11
2.2 Objetivos específicos.....	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
3.1 A Violência doméstica.....	12
3.2 Imagem corporal e Saúde Mental da Mulher.....	16
3.3 Desigualdade Racial na Mulher.....	22
4 METODOLOGIA.....	29
4.1 Tipo de estudo.....	29
4.2 Campo de Estudo.....	29
4.3 População do estudo.....	30
4.3.1 Critérios de inclusão.....	30
4.3.1 Critérios de exclusão.....	30
4.4 Fontes e instrumentos de coleta de dados.....	31
4.5 Variáveis do estudo.....	34
4.5.1 Descrição das variáveis.....	35
4.6 Análise de dados.....	39
4.7 Aspectos éticos.....	39
5 RESULTADOS.....	41
5.1 ARTIGO 1.....	41

5.2 ARTIGO 2.....	66
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS	96
ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	104
ANEXO B- CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO	109
ANEXO C. REGISTRO DE OCORRÊNCIA DO CENTRO DE REFERÊNCIA DA MULHER.....	110
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO.....	112
APÊNDICE B – TERMO LIVRE E ESCLARECIDO.....	118

1 INTRODUÇÃO

A imagem corporal nada mais é que a construção do próprio indivíduo sobre a sua aparência corporal, como ele se vê corporalmente e como acha que os outros o enxergam. Qualquer aspecto pode mudar o conceito da autoimagem. Por esse motivo, Damasceno e colaboradores (2006) afirmam que a imagem corporal envolve um emaranhado de fatores psicológicos, sociais, culturais, físicos, socioeconômicos e biológicos que determinam como os indivíduos se veem e como acham que são vistos pelas outras pessoas.

A rotatividade do padrão de corpo perfeito exigido pela mídia faz com que homens e mulheres, independentemente da idade, busquem incessantemente este corpo ideal. Muitas vezes, esta preocupação os conduz a ter mais cuidado com a aparência corporal ou torna-os insatisfeitos com a imagem do corpo (PEREIRA et al., 2009).

Na questão de gênero, a mulher tende a maior insatisfação com a imagem corporal. Isto foi constatado no estudo feito por Tessmer e colaboradores (2006), que observou maior prevalência de insatisfação com a imagem corporal em mulheres (55,3%) do que entre os homens (37,8%).

Devido a essa imagem do corpo estar em constante formação, envolvendo o que o indivíduo pensa de si e o que a sociedade impõe para ele, mudar a apreciação de estar satisfeito com a imagem para insatisfeito pode ocorrer por diversos motivos. Estudos encontrados na literatura pesquisada indicam alguns influenciadores da mudança no conceito de imagem corporal, tais como a mídia (KANNO et. al., 2008; CAETANO et. al., 2009), a obesidade (CARVALHO, 2005; TRIBESS et al, 2010), a inatividade física (SILVA et. al., 2010), a discriminação racial (AERTS et al,2011), o gênero (MENEGHEL et. al., 2003; TESSMER et. al., 2006; OLIVEIRA et. al., 2008), a violência doméstica (TAVARES et. al., 2007; DUTRA et. al., 2013) e o nível socioeconômico (PEREIRA, 2009) pois esses fatores aumentam a probabilidade de se ter distorção da imagem e baixa autoestima, o que, por sua vez, pode estar relacionado a sentimentos como bem-estar (SÁNCHEZ & BARRÓN, 2003) e autoconceito (MARTÍN-ALBO et al., 2007).

A violência está elencada como possível influenciador das mudanças ocorridas no conceito da imagem corporal do indivíduo, pois a partir da agressão sofrida pelo sujeito, é possível que seu conceito de satisfeito com a imagem corporal seja revertido para insatisfação baseada nesse precedente. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência é considerada como um problema de saúde pública devido à sua magnitude, como causa de

morbimortalidade da população e é definida como uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (BRASIL, 2001).

Embora a violência possa ocorrer sobre todo tipo de pessoa, as estatísticas evidenciam que grande parte da violência é cometida por homens contra mulheres, com implicações físicas e psicológicas graves e nocivas (STREY, 2004, p. 16). Desde a Antiguidade, a mulher vem sofrendo algum tipo de violência seja ela por discriminação de gênero, raça ou etnia. Em meio aos diversos tipos de violência se encontra a violência doméstica, considerada como crime priorizado pela Lei “Maria da Penha”, de nº. 11.340/2006.

As principais formas de violência doméstica contra a mulher determinadas pela lei são: Sexual (quando o indivíduo coage outra à realização de práticas sexuais, usando força física), Psicológica (ação que causa agravo à autoestima), Física (quando alguém causa ou tenta causar dano por meio de força física) e Negligências (que é a omissão da responsabilidade deixando os outros membros dependentes com carência das necessidades básicas) (DAY, 2003; BRASIL, 2006, p.8), podendo ser praticada por parceiros íntimos e familiares.

A ocorrência em larga escala de violência doméstica pode estar apoiada na constituição da sociedade em que o caráter submisso da mulher fez com que o homem gozasse de uma posição de domínio em relação à mesma, acentuando a violência de gênero. Além disso, achados da literatura evidenciam que as mulheres negras sofrem mais violência quando comparadas com as brancas (SANTOS et al, 2007; COSTA et al, 2009), fator este que pode estar associado à discriminação racial ampliando as formas de violência contra essa mulher, podendo ter impactos negativos na autoestima e autoconceito delas.

A violência doméstica pode causar agravos à saúde, em especial a saúde mental, podendo ocasionar a falta de reconhecimento da sua identidade, seu verdadeiro “eu” e personalidade, autodepreciação que pode acarretar na insatisfação com a imagem, baixa autoestima, desânimo, angústia, ansiedade, incerteza, dificuldades de autocontrole e comportamentos exagerados, dificuldades de concentração, dependência econômica e emocional, padrões de condutas violentos, Depressão e estresse, como encontrado em alguns estudos (MENEGHEL, 2003; VIANNA, 2006; BORIN, 2007; TAVARES, 2007; DUTRA, 2013), evidenciando efeitos negativos na saúde mental da mulher.

Tendo em vista que a imagem corporal funciona como um retrato formado pelo sujeito, expandindo-se com suas experiências em constante transformação, as vivências de maus tratos e discriminação, que também se configuram em violência, podem ter efeito devastador na saúde mental e comportamental das mulheres, sobretudo pode resultar em distúrbios da autoestima, distorção da imagem corporal e depressão (CRUZ, 2004; AERTS, et al., 2011).

Desta forma, este estudo contribuirá para as discussões acadêmicas sobre as consequências da violência doméstica na imagem corporal e saúde mental da mulher, levando em consideração o recorte racial, podendo alertar o poder público sobre a presença dos eventos de violência doméstica e as consequências que esta violência e a discriminação racial podem ter na saúde mental da mulher, relacionando-as com variáveis econômicas e sociodemográficas.

Os resultados deste estudo poderão contribuir para a busca de ações, como programas para redução dos episódios de violência, para que possam conduzir a melhoria da saúde mental e imagem corporal, reparando a autoestima das mulheres e ações que possam diminuir a discriminação racial.

Em vista disso, pergunta-se: Quais as consequências da violência doméstica sobre a imagem corporal e na saúde mental das mulheres? Qual o perfil das mulheres em situação de violência doméstica? Existe diferença no acontecimento da violência doméstica de acordo com a raça/cor?

Sabendo-se que viver em um meio violento pode acarretar problemas mentais, o presente estudo busca avaliar a satisfação com a imagem corporal e a situação de saúde mental das mulheres vítimas de violência doméstica, com destaque para diferenciais segundo raça/cor, tendo em vista que estudos como este são escassos na literatura.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a satisfação com a imagem corporal e a situação de saúde mental das mulheres vítimas de violência doméstica, com destaque para diferenciais segundo raça/cor, atendidas em um Centro de Referência da Mulher em um município da Bahia.

2.2 Objetivos específicos

Caracterizar o perfil econômico e sociodemográfico das mulheres em situação de violência doméstica atendidas no Centro de Referência da Mulher Dandara, situado na cidade de Serrinha – Bahia, com destaque para diferenciais segundo raça/cor.

Verificar a insatisfação com a imagem corporal das mulheres em situação de violência doméstica.

Identificar casos de Depressão e de Transtornos Mentais Comuns das mulheres em situação de violência doméstica.

Descrever os diferenciais da violência doméstica segundo raça/cor.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A Violência Doméstica

A violência se encontra em todas as partes do mundo afora e é um fator mundial que não respeita fronteira de classe social, etnia, cor, religião, grau de escolaridade ou idade (PINHEIRO, 2000). No Brasil, a violência é considerada um problema de saúde pública devido à sua magnitude como causa na morbimortalidade da população, compondo um conjunto de agravos à saúde, podendo ou não levar a óbito (BRASIL, 2001). A população, em sua maioria, já passou por alguma experiência de violência ou já presenciou esta situação com pessoas que lhe são próximas (FREITAS, 2004), por isso é vital lembrar que para analisar o conceito de violência é necessário observar os fatores históricos, culturais e a relação/contexto em que ocorre o comportamento.

Dahlberg & Krug (2007) analisaram que a tipologia da violência está dividida em três categorias: Violência autoinfligida que é subdividida em comportamento suicida e agressão autoinfligida, violência entre indivíduos sem relação pessoal e por fim a violência interpessoal que se divide em violência de família e comunidade. O presente estudo abordará este último tipo de violência, a interpessoal, que é representada por atos violentos e é perpetrada por familiares, dando-se enfoque aos maus tratos praticados pela família e parceiro íntimo contra as mulheres.

Pode-se dizer que uma das violências consideradas mais perversas é a violência doméstica, isso porque ela acontece no próprio lar, que é o local onde o sujeito encontraria proteção, amor e união. No entanto, muitas vezes não é o que acontece, tornando o ambiente e a convivência insustentável. Para Santos & Izumino (2005), existem três correntes teóricas para definir esta violência. A primeira seria dominação masculina que é a violência contra as mulheres como expressão de dominação da mulher pelo homem, a segunda seria a dominação patriarcal em que a mulher é vista como sujeito social autônomo, porém de acordo com a história é violentada pela autoridade social masculina, e a terceira chamada de relacional concebendo violência como uma forma de diálogo e um jogo no qual a mulher não é vítima, senão cúmplice. Desta forma, o lar que deveria ser um local de amparo e conforto passa a ser

um ambiente de medo e temor devido à figura hierárquica do homem, como provedor ou “homem da casa”.

A violência doméstica pode incidir sobre crianças, adolescentes, adultos e idosos, sendo que há grupos que são mais suscetíveis a sofrerem esses ataques violentos como as crianças e idosos. Entre os adultos, ao se fazer comparação entre homens e mulheres, as estatísticas existentes demonstram que grande parte desta violência é cometida por homens sobre mulheres, com implicações físicas e psicológicas muito mais graves, rigorosas e nocivas para as mulheres (STREY, 2004, p. 16). Carvalho (2001) enumerou diversas categorias de excluídos na contemporaneidade, destacando como principal a situação de exclusão e violência que as mulheres sofrem.

Interessante observar que a violência cometida contra as mulheres não tem período nem fronteiras, sempre existiu em todos os ambientes, em todas as culturas. Um relatório das Nações Unidas afirma que a violência contra a mulher é uma epidemia de saúde global (BRASIL, 2013). Há tempos, esses atos de violência contra a mulher ocorrem, pois na Antiguidade as mulheres eram forçadas a casarem-se e se acaso se recusassem, poderiam sofrer maus tratos. Segundo Miller (1999), desde a Idade Média ao ser levada ao casamento, a mulher era considerada como uma propriedade, e tratada com menos cuidado do que as armaduras e tapetes do marido, materiais que eram essenciais para os homens naquela época.

Em muitos países existem diversos motivos que explicam a aceitação da violência doméstica. Os motivos podem ser infidelidade da mulher ao marido, punição quando a mulher não cuida da casa e dos filhos, negação da mulher para manter relações sexuais com o homem e a desobediência da mulher ao seu marido (MALUSCHKE et. al. 2004).

A violência doméstica no Brasil, atualmente, é considerada crime discutido e priorizado pela Lei “Maria da Penha”, de nº. 11.340/2006. Na Bahia, os municípios de Salvador (50,1%), Feira de Santana (10,1%) Vitória da Conquista (8,9%), Jequié (3,5%) e Barreiras (2,7%) foram os que apresentaram maior proporção de notificações da violência doméstica registrados no sistema SINAN (2013).

As formas fundamentais de violência doméstica contra a mulher determinadas pela lei são: Física, Psicológica, Verbal, Sexual, e Patrimonial (BRASIL, 2006, p.8). A violência física é caracterizada pelo uso da força que cause danos ou sofrimento físico; a psicológica decorre de humilhação ocasionando prejuízo emocional, diminuição da autoestima e alteração no pleno desenvolvimento pessoal, intelectual e profissional; a verbal se configura em ofensas morais como calúnia, difamação ou injúria; a sexual na qual a vítima

é forçada a práticas sexuais com ou sem violência física e por fim, a patrimonial ou negligências, na qual o responsável deixa os membros da família, criança/idoso, alguém dependente de outros, viver em condições precárias sem dar suporte para as necessidades básicas (CABRITA, 2007).

No estudo de Borin (2007) feito com mulheres vítimas de violência doméstica por parceiros, observou-se que a agressão física se configurava por chutes, murros, enforcamento, pancadas na cabeça e a agressão psicológica se conformava por chantagens, ultrajes, xingamentos, injúrias às competências pessoais e profissionais da pessoa, bem como o afastamento da vítima e o impedimento de sair de casa.

O perfil das mulheres vítimas de violência doméstica geralmente é semelhante. De acordo com o SINAN em uma pesquisa feita em 210 municípios da Bahia em 2010, o sexo feminino foi o que mais sofreu com os eventos decorrentes de maus tratos, com a idade entre 20 a 29 anos, com destaque para a Violência Física (74,2%), Psicológica (27,6%), e Sexual (13,6%). Os ataques de violência ocorreram em maior escala na residência das vítimas, sendo que o principal agressor relatado pelas mulheres foi o cônjuge e os meios de agressão mais utilizados foram força corporal e ameaças.

Resultados semelhantes foram encontrados na análise das denúncias da Delegacia da Mulher de Goiânia-Goiás. O perfil das vítimas evidenciou que a maioria das mulheres tinha união consensual (57%), 65% delas tinham filhos com este parceiro, cerca de 40% eram donas-de-casa e 60% trabalhavam fora, com a idade jovem (65% tinham entre 21 e 35 anos) (BORIN, 2007). A partir desses resultados, pode-se dizer que apesar dos estados serem de regiões totalmente diferentes, as mulheres ainda são a maior proporção de vítimas da violência doméstica e possuem características parecidas.

A violência doméstica contra mulher envolve tanto a praticada por marido ou parceiro, como a praticada por parentes, podendo ser no lar, no local de trabalho, dentre outros. Contudo, é na esfera doméstica em que ocorrem as práticas de violência mais humilhantes e agressivas, sendo praticadas geralmente pelos próprios parceiros íntimos. Diversos estudos comprovam este fato. Por exemplo, em um estudo de Campina Grande - Paraíba, com mulheres vítimas de violência doméstica, constatou-se que 37% das entrevistadas haviam sofrido algum tipo de violência doméstica, dentre estas a mais prevalente foi a violência física com 44% das respostas. Em 52% dos eventos, o agressor era o próprio companheiro. Cerca de 50% relataram terem sido agredidas por mais de quatro vezes e 68% das vítimas silenciavam o fato (SILVA, 2008). Estes dados são concordantes

com os dados do SINAN (2010) que mostrou que os principais agressores eram os parceiros íntimos.

Um relatório das Nações Unidas (ONU) confirma que mais de um terço das mulheres em todo o mundo são afetadas pela violência física ou sexual, muitas nas mãos de um parceiro íntimo (WHO, 2013). O mais novo relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) evidencia que a violência sexual contra as mulheres por parceiro íntimo é generalizada em toda a América Latina e nos países do Caribe. Das mulheres estudadas cerca de 20% e 53%, respectivamente, contaram ter sofrido violência física ou sexual por um parceiro íntimo. Em sete dos países pesquisados, em cada quatro mulheres mais de uma relatou violência (El Salvador – 26,3%, Guatemala – 27,3%, Nicarágua – 29,3%, Equador – 32,4%, Peru – 39,5%, Colômbia – 39,7%, Bolívia – 53,3%). O documento afirma que 38% das mulheres que foram assassinadas no mundo foram mortas por seus parceiros íntimos (BRASIL, 2013).

Um estudo com o objetivo de analisar os fatores associados à violência doméstica com mulheres gestantes constatou elevadas prevalências das diferentes categorias de violência doméstica praticada pelo parceiro íntimo, sendo reportados 19,1% (n=263) das gestantes sofreram violência psicológica e 6,5% (n=89) violência física/sexual (AUDI, 2008). Dados similares constam da pesquisa do *Data Senado* abrangendo 27 capitais do Brasil, o percentual de mulheres que descreveram ter sofrido violência doméstica e familiar aumentou, os números em 2009 afirmam que 19% das 827 entrevistadas revelaram que já sofreram agressões. Em 2007, esse índice era de 15% e em 2005, de 17%. Sendo também os parceiros íntimos os principais agressores nas pesquisas de todos os anos (BRASIL, 2009).

Em comum acordo, uma pesquisa realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com mulheres em 11 países (Bangladeche, Brasil, Etiópia, Japão, Namíbia, Peru, República Unida da Tanzânia, Samoa, Sérvia e Montenegro e Tailândia) constatou que as mulheres que foram agredidas fisicamente pelo seu parceiro, estavam duas vezes mais sujeitas a problemas de saúde, físicos, mentais e comportamentais do que as outras, ainda que os atos de violência tivessem ocorrido há tempos. A prevalência de violência física pelos parceiros íntimos masculinos foi de 15% e 71%, a depender do país sofreram violência física ou sexual. Algumas delas pensavam no suicídio ou faziam uma tentativa de suicídio, outras sentiam sofrimento psíquico ou sintomas físicos (BRASIL, 2009).

Os estudos apresentados comprovam que são mais frequentes as práticas de violência doméstica contra as mulheres por parceiros ou maridos do que pelos familiares. Entretanto, confirmam também que apesar da ocorrência ser menor que os parceiros íntimos,

a violência cometida pelos familiares também existe e com constância. Por isso, Saffioti (1999) define a violência familiar não só como a cometida por parceiros íntimos, mas como aquela que abrange membros da mesma família, vivendo no mesmo ambiente, ocorrendo ou não no interior do domicílio. Deixa evidente também que a violência doméstica pode acarretar problemas na saúde da mulher podendo ser físicos, mentais e comportamentais.

3.2 Imagem corporal e Saúde mental da mulher

A imagem corporal ou autoimagem é uma construção multidimensional que descreve amplamente as representações internas da estrutura corporal e da aparência física, em relação a si mesmo e aos outros (PEREIRA et al, 2009). Este conceito de imagem corporal construído pelo próprio indivíduo não só depende de aspectos corporais, mas também de fatores psicológicos, sociais, culturais, físicos, socioeconômicos e biológicos (DAMASCENO et al, 2006) expandindo-se com suas experiências que permitem aos indivíduos a mudança da condição de estar ou não satisfeitos.

Sentir-se satisfeito com a própria imagem se configura em uma necessidade do sujeito para melhora da autoestima. Os seres humanos têm necessidades na vida que podem ser traçadas em ordem de importância. Primeiro a satisfação das necessidades fisiológicas, necessidades de segurança relacionadas ao abrigo e à proteção ao nosso físico, família, lar e comunidade, e por fim as necessidades de estima relacionadas ao amor próprio, autoestima, autorrespeito, confiança, necessidade de reconhecimento, apreciação e admiração (MASLOW, 1970; VIANNA, 2006). Desta forma, estar satisfeito com a imagem e ter autoestima pode levar o indivíduo a se sentir confiante no seu valor, força, capacidade, mais útil e necessário ao mundo.

Em contrapartida, a insatisfação pode trazer sentimentos de inferioridade, temor e fraqueza e a persistência desses anseios podem desencadear processos patológicos (ANDRADE, 2001). Esta insatisfação com a imagem corporal é usada para avaliar a discrepância entre a imagem corporal real e idealizada e pode se manifestar por diversos motivos.

Um desses motivos é o corpo ideal estipulado pela mídia na sociedade, fazendo com que os indivíduos avaliem seus corpos a partir da interação com o ambiente, tornando a autoimagem acrescida e reavaliada sucessivamente. Dessa forma, os indivíduos que não estão no padrão do corpo ideal, podem estabelecer uma imagem corporal negativa de si que resulta em baixa autoestima e Depressão (KANNO et al, 2008). Com a mídia modificando a cada dia

o tipo de corpo que se deve ter, atribuindo o valor de belo para quem tem o corpo ditado por ela, vê-se uma população cada vez mais insatisfeita corporalmente, sejam homens ou mulheres, cada um com sua particularidade tentando atingir seu corpo “ideal”.

Com esta busca incessante pelo corpo perfeito, os indivíduos não só que têm excesso de peso, mas também acham que não se encaixam no padrão influenciado pela sociedade, apresentam uma percepção negativa da imagem corporal. O que corrobora com o estudo realizado com mulheres em Jequié-Bahia onde se observou que a maioria das mulheres (54%) estava insatisfeita com a imagem corporal, dentre elas 65,1% devido ao excesso de peso. Nesse estudo foi constatado que as mulheres com peso normal conforme o IMC, apesar de apresentarem maior satisfação que as mulheres com excesso de peso, também se apresentaram insatisfeitas (TRIBESS et al., 2010). O que entra em comum acordo com o conceito da imagem corporal, mostrando que esta imagem pode sofrer modificações constantes na mente do indivíduo a depender do meio em que vive e com quem se relaciona.

O nível socioeconômico também é uma variável essencial para identificar a percepção com a imagem corporal em pessoas de diferentes classes sociais. Este dado é ilustrado no estudo realizado em Florianópolis, Santa Catarina, com 219 garotas e 183 garotos, de classes econômicas diferentes, em escolas públicas e privadas. Neste estudo, os participantes das classes mais altas apresentaram insatisfação pela magreza e das classes mais baixas insatisfação com excesso de peso. Esta insatisfação, independente de magro ou acima do peso, é marcada como um fator de risco para Depressão e baixa autoestima (PEREIRA, 2009). Pode-se deduzir que a população de baixa renda por ter acesso mais fácil a uma nutrição que não corresponde à alimentação saudável se encontra em excesso de peso e, conseqüentemente, se sintam insatisfeitas com sua imagem corporal, tendo em vista que o sobrepeso pode desencadear a insatisfação com a imagem como já citado.

Estar inativo fisicamente também pode levar o indivíduo a se sentir descontente, pois a falta de exercício pode conduzir os indivíduos à obesidade o que acarreta em insatisfação. Sem contar que a prática regular de exercícios físicos traz benefícios como a melhora da autoestima, alívio no estresse emocional e contribui para controlar fatores de risco como a obesidade (SILVA et al, 2010; MONACO, 2005), podendo servir como promotor de maior satisfação com a vida e conseqüentemente com o corpo.

Um estudo realizado em Florianópolis identificou que um maior nível de atividade física estava associado com menores níveis de estresse (DE BEM, 2003). Comprovando essas afirmações, uma pesquisa experimental averiguou que seis semanas de treino de dança

aeróbica aumentaram a satisfação com a aparência (BURGESS, GROGAN & BURWITZ, 2006). Outra pesquisa atestou que a maioria dos indivíduos que inicia a prática de exercícios físicos tem como objetivo principal mudar suas silhuetas e proporções corporais, devido à insatisfação com imagem corporal (DAMASCENO et. al., 2006).

A visão negativa da imagem corporal é preponderante entre as mulheres, apesar de ter sido constatada também em homens (DAMASCENO et al., 2005; PEREIRA et al., 2009). Este dado é ilustrado no estudo de Tessmer (2006) na cidade de Pelotas-RS, constatando que 55,3% das mulheres se mostraram insatisfeitas, percentual que foi superior ao dos homens (37,8%) e o estudo de Miranda e colaboradores (2012) que também evidenciaram a prevalência de insatisfação com a imagem corporal em mulheres do que em homens. Sendo assim, pode-se notar que as mulheres necessitam de atenção especial por serem as mais afetadas com a imposição da beleza ideal, que potencializa a magreza, tornando-as insatisfeitas com sua imagem corporal quando não se encaixam nesse padrão.

São diversos os motivos pelos quais o indivíduo, em especial a mulher, pode distorcer sua imagem corporal e pode ocorrer não só pelos aspectos citados, mas também por outros motivos como a discriminação com a cor da pele e vulnerabilidade de gênero decorrente de exposição à violência (MENEGHEL et al, 2003; TAVARES et al, 2007; AERTS et al, 2011; DUTRA et al, 2013).

A violência doméstica acontece, predominante, com mulheres quando comparadas aos homens, pode não só causar danos físicos como mentais, mas pode também trazer danos psicológicos fazendo com que as mulheres se sintam inferiores. Borin (2007), em um estudo com mulheres vítimas de violência doméstica, constatou que com o acontecimento de violência no lar podem vir sentimentos como autodepreciação das vítimas, baixa autoestima e sentimento de desânimo.

Ainda a literatura traz outros sentimentos negativos que a violência sofrida pelas mulheres pode desencadear como baixa autoestima e efeitos negativos na autoimagem permanentes, tornando-as mais inseguras ao analisarem como se veem e como acham que são vistas pelos seus companheiros/familiares (GIFFIN, 1994; DAY et. al., 2003; ADEODATTO, 2005; CASIQUE & FUREGATO, 2006).

Em um estudo realizado com mulheres vítimas de violência doméstica para avaliar a autoestima das mesmas, constatou-se que as mulheres apresentavam baixa autoestima devido às experiências vividas no lar causadas por pais, irmãos ou alguém que guardavam afeição e admiração, e aquelas advindas, principalmente, da violência sofrida. O

estudo apontou que por meio de oficinas foi dada a oportunidade da autorreflexão a essas mulheres para retomarem as suas vidas normalmente e reconstruir sua autoestima (VIANNA, et. al. 2006).

Ainda, em uma pesquisa com mulheres vítimas de violência de gênero e conjugal foram explorados novos modelos de identidade feminina. Por meio de oficinas com dinâmicas, jogos, coletivos, trocas, velas e fogos, perdões, cantos e poesias, as pesquisadas foram estimuladas a buscar independência e autonomia. Algumas delas mudaram padrões de comportamento, buscando emprego, retornando à escola, melhorando a imagem corporal e reavaliando situações de violência (MENEGHEL, et. al., 2003). Essas ações podem ser essenciais para o efeito de retorno da satisfação com a imagem corporal, bem como de alta autoestima e melhoria da saúde mental, tornando essas mulheres mais confiantes de si mesmas.

O estudo do comportamento humano e das reações emocionais dos indivíduos frente às circunstâncias vividas habitualmente é importante para que possam identificar possíveis distúrbios mentais. No que tange aos problemas de ordem mental, percebe-se que se tem crescido espantosamente, uma vez que 14.0% do aditivo global de doenças correspondem aos transtornos neuropsiquiátricos (PRINCE et al., 2007). No Brasil, em fevereiro de 2009, 21.365 internações hospitalares ocorreram por transtornos mentais e comportamentais, o que corresponde a 2,6% do total de internações no país. O maior percentual destas (4,5%) aconteceu entre os indivíduos com idade entre 20 e 49 anos. (BRASIL, 2009).

A presença de um transtorno mental surge como uma das causas fundamentais de incompetência ou prejuízos funcionais em adultos, além de estar relacionado a muitos episódios de suicídio (LIN, 2000). Dentre os transtornos mentais, encontram-se os Transtornos Mentais Comuns que são caracterizados por indícios como insônia, cansaço, irritabilidade, amnésia, dificuldade de concentração, sentimento de inutilidade e lamentações somáticas que afetam o desempenho nas atividades diárias (Goldberg e Huxley, 1992).

Os Transtornos Mentais Comuns (TCM) são considerados um problema de saúde pública, no entanto não se tornaram uma prioridade de diagnóstico e tratamento nas práticas de saúde. Os fatores que estão sendo associados ao TCM são sexo feminino, migração, ter filhos, baixo nível de escolaridade, baixa renda, estar desempregado, alcoolismo, ter sofrido violência, possuir doença crônica e ser divorciado (MORENO, 2012).

Com o alto custo para diagnósticos psiquiátricos e o crescimento dos transtornos mentais na população, surgiu a necessidade de validar métodos de baixo custo para

rastreamento psiquiátrico. Desta forma, a Organização Mundial de Saúde tem recomendado a utilização do *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) para suspeição diagnóstica de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em países em desenvolvimento. O instrumento em sua versão original continha 24 itens, sendo 20 para distúrbios não psicóticos e 4 para distúrbios psicóticos. Na versão em português foram utilizadas as 20 primeiras questões para distúrbios não psicóticos, com respostas dicotômicas do tipo sim/não que podem ser respondidas através de autopreenchimento ou de entrevista, permitindo fazer o rastreamento de TMC (Depressão, ansiedade, distúrbios somatoformes e neurastenia), sem indicar o diagnóstico preciso do Transtorno Mental Comum existente. Foi validado no Brasil por alguns autores Mari & Williams (1986), Palacios e Colaboradores (1998), Santos e colaboradores (2010). O ponto de corte deste instrumento segundo alguns autores seria para Mari e Williams (1986) propõem 6 e 7, Palacios e Colaboradores (1998) 5,6, e Santos (2010) 6, 7 para homens e mulheres, respectivamente.

Para a avaliação da imagem corporal, um dos métodos mais utilizados é a Escala de Silhuetas de Stunkard et al. (1983). Nesta escala são apresentadas nove silhuetas com figuras femininas e nove masculinas com diferentes tamanhos corporais. Os respondentes apontam a figura que representa seu corpo atual e a figura ideal, ou seja, a que desejaria ter (RIBEIRO, 2010). Este teste foi encontrado na maioria dos estudos de avaliação da percepção da imagem corporal, justamente pelo fato de ser uma escala simples, de baixo custo, fácil aplicação e avaliação (ALVARENGA, 2010).

Nota-se que a saúde mental da mulher se mantém prejudicada com a ocorrência da violência, podendo levar a problemas sérios, devido ao estresse, uso de drogas, falta de autonomia sobre a própria vida, pelo fato de estar em um relacionamento violento. Geralmente, a mulher que já sofreu violência tem elevados percentuais de gravidez indesejada, abortamentos, doenças sexualmente transmissíveis e, em especial, os transtornos mentais (como Depressão, transtornos de ansiedade, do sono e alimentares), podendo ter danos psicológicos duradouros. Os problemas de saúde mental, sobretudo a Depressão, são fatores que podem afetar, especialmente, as mulheres em todas as idades, cooperando com a baixa posição que as mulheres ocupam na sociedade, sua carga de trabalho e a violência que sofrem (CUNHA, 2008; BRASIL, 2011).

Tem-se usado mundialmente o Inventário de Depressão de Beck (BDI) como instrumento para avaliar a Depressão, sendo um dos mais utilizados em pesquisa e clínica. Instituído por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh em 1961, o instrumento foi criado

para avaliar a gravidade da Depressão e não para refletir qualquer teoria característica desta doença (BECK et al., 1961; CVITANOVIC et al., 2007; STEPTOE et al., 2007; FUREGATO et al., 2008). O Inventário de Depressão Beck contém 21 itens que admitem diferentes alternativas de respostas, correspondendo a graus crescentes de agravamento da Depressão, com escore de zero a três. Desta forma, com a soma dos escores dos itens tem-se o escore total, que evidencia a intensidade dos sintomas depressivos (Beck & Steer, 1993).

O instrumento precisou ser reformulado em 1996, sendo adequado aos critérios de Depressão maior do DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1995). Nesta versão atualizada foi acrescentado o tempo de avaliação de uma semana atrás para duas semanas e incluídos aspectos da depressão maior DSM-IV (avaliação da agitação, autoestima, dificuldade de concentração e perda de energia) e outros excluídos (perda de peso, mudança na imagem do corpo, dificuldade para trabalhar e preocupação somática). Sendo assim, o uso deste instrumento reformulado é nomeado de Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II), usado não só em pacientes psiquiátricos, mas também em não psiquiátricos da mesma forma que o instrumento original (BECK, STEER, & BROWN, 1996).

O estudo feito por Adeodato e colaboradores (2005) com mulheres vítimas de violência doméstica constatou que 78% das vítimas apresentaram sintomas de ansiedade e insônia; 26% em distúrbios sociais; 40% em sintomas de depressão e 61% exibiram uma pontuação que sugere Depressão moderada ou grave pela Escala de Beck. Na pesquisa feita por Mozzambani e colaboradores (2011), sobre a gravidade psicopatológica das mulheres vítimas de violência doméstica, constatou-se que 89% delas tiveram grande possibilidade de apresentar transtorno depressivo maior, bem como estresse pós-traumático e ansiedade. Comprovando que a violência doméstica afeta negativamente a saúde da mulher podendo apresentar morbidades psiquiátricas.

As mulheres em situação de vulnerabilidade apresentam uma tendência maior ao acometimento de Transtorno Mental Comum e parecem estar mais aptas a apresentarem distorção da imagem corporal, já que a integridade emocional se encontraria limitada em mulheres com transtornos mentais (MORENO & MORENO, 1995). Pesquisas evidenciam que pessoas com Transtorno Mental Comum e depressão têm maior possibilidade de apresentar imagem corporal distorcida. Um estudo, que visou verificar a percepção com a imagem corporal em mulheres com Transtornos Mentais Comuns, evidenciou que 89,2% das mulheres estudadas apresentaram insatisfação com a imagem corporal (CAVALCANTE et.

al., 2012). Similarmente, o estudo de Lins & Caramaschi (2007) constatou que 84% das mulheres com depressão exibiram insatisfação com a imagem corporal.

Pode-se observar que a violência doméstica pode ter impacto na situação emocional das mulheres, afetando suas relações interpessoais, saúde e até mesmo sua vida profissional. Entretanto, há um grupo dentre as mulheres que pode estar mais exposto a sofrer a violência e, conseqüentemente, suas cargas. Grossi e Aginsky (2001) afirmam que a violência contra a mulher, apesar de ser presente em todas as classes sociais, ocorre de forma diferente entre as frações mais fragilizadas da população, incluindo as mulheres negras, se configurando em discriminação racial.

3.3 Desigualdades sociais e raciais

Ao longo da história, a desigualdade social tem acompanhado a humanidade, tendo um percurso preocupante, pois esta desigualdade se configura como uma hierarquia de poder, em que uma classe concentra benefícios e riquezas, provocando dilemas e desvantagens a outros. No Brasil, a disparidade das condições de vida é evidente, sendo a população negra a mais afetada neste quesito. Embora a abolição da escravatura tenha proporcionado libertação à população negra, esta ainda sofre com o preconceito, a imposição de baixos salários e moradia. Desta forma, esta disparidade conceituada como também uma desigualdade racial pode se enquadrar nas desigualdades sociais, tendo como conceito o ato ou comportamento contrário à moral, à justiça e à igualdade (FERREIRA, 2001; BAUMAN, 2005; MAGALHÃES et al., 2007).

A mudança na saúde instituída na Constituição Federal de 1988 foi um marco histórico em que os movimentos, em especial o movimento negro, lutaram arduamente em busca de uma saúde igualitária para todas as pessoas, sendo provida pelo SUS. A saúde se tornou direito de todos, deste modo, o movimento de mulheres negras teve maior visibilidade, evidenciando as especificidades da saúde dessas mulheres, especialmente a saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2010).

A saúde da população pode ser alcançada ou não a partir de elementos definidos como determinantes sociais. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2008, p.3) conceitua os determinantes sociais abrangendo os ligados a comportamentos individuais, condições de vida e trabalho, bem como identificadores da situação econômica,

social e cultural. Conforme o modelo estabelecido por Dahlgren e Whitehead (1991), os níveis de DSS apresentam diversas esferas, aos quais vão desde uma categoria basilar, em que estão as características individuais, passando por estilos de vida dos indivíduos, redes sociais e comunitárias, e pelos aspectos relacionados às condições de vida e de trabalho, chegando até uma categoria distal na qual se encontram os macro determinantes que são as condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade. O macro determinante pode explicar a desigualdade étnico/racial relacionado aos diferentes tipos de doenças, como por exemplo, a mortalidade por causas externas e evitáveis que apresenta maior prevalência em negros que em brancos (CHOR; LIMA, 2005; BADZIAK; MOURA, 2010).

Comportamentos ou ações perversas e maldosas enfrentadas pela população negra ficam em evidência quando analisados os relatórios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), confirmações com as notificações do Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN), em que explicitam as disparidades cometidas contra os negros quando comparadas com os brancos. Estes são problemas evidenciados na Política Nacional de Saúde da População Negra, descritas como geneticamente definidas, contraídas e derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis, evolução agravada ou de tratamento dificultado, condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas. Ainda como problemas focais abrangem também a raça negra e o racismo como um determinante social das condições de saúde: acesso, discriminação e exclusão social. Como segundo problema cita a morbidade e mortalidade da população negra (OPAS, 2001; BRASIL, 2010; IBGE, 2010; SINAN, 2013)

O objetivo principal do plano operativo contido na política nacional de saúde da população negra é promover a saúde integral da população negra, focalizando a redução da desigualdade étnico-racial, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS. Ainda como foco e marca deste plano operativo encontra-se o reconhecimento do racismo, das disparidades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, visando à promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2010).

A variável raça/cor é um determinante social que pode identificar iniquidades na saúde, em especial da população negra, pois apresentam pior nível socioeconômico não só quando comparado com brancos, mas também para suprir as próprias necessidades básicas, nível de escolaridade inferior em sua maioria, condições de moradia precárias, alto índice de mortalidade e morbidades, maior dificuldade no acesso à saúde, piores empregos e maiores ocorrências de violência quando comparadas aos brancos (OPAS, 2001; IBGE, 2010).

Estas afirmações podem ser confirmadas mediante a literatura, apesar da escassez de estudos no Brasil que tragam a variável raça/cor como determinante para explicar alguns aspectos da saúde da população. A pesquisa de Araújo e colaboradores (2009) menciona a população negra como vítima de iniquidades sociais e desigualdades em saúde evidenciando a falta de equidade, contendo cargas históricas e culturais. Destaca também que os negros ocupam posições menos qualificadas e de pior remuneração no mercado de trabalho, reside em áreas com ausência ou baixa disponibilidade de serviços de infraestrutura básica e sofrem maiores restrições no acesso a serviços de saúde.

Cerca de 50% da população residente no país é negra (pardos/pretos), então não seria errado dizer que a metade da população pode estar vivendo em condições de desigualdade social e racial. Os dados encontrados explicam o motivo pelo qual as desigualdades raciais podem estar acopladas as iniquidades. Falando-se sobre a situação econômica e de instrução, a população negra do Brasil é mais pobre e tem menor grau de escolaridade do que o restante da população brasileira. A diferença de renda segundo a raça/cor no Brasil chega a ser tão absurda e desigual que até mesmo na Bahia, estado onde predomina a população negra (82%), são 61.055 de pessoas da raça/cor branca que tem mais de 10 salários mínimos, contra 6.045 da população negra (IBGE, 2010). Esses resultados não só permitem visualizar a diferença salarial de acordo com a raça/cor como também a suposição de que mesmo a população negra tendo os mesmos empregos da população branca, os salários se constituem como desiguais.

As condições de moradia e saneamento básico também se encontram defasadas, em que a água canalizada e rede de esgoto são oferecidas, respectivamente, para 83% da população branca no Brasil, contra 67% dos negros (pretos e pardos). Ainda quando pesquisado sobre as características dos que moravam em favelas, constatou-se que três quartos das pessoas que viviam em favelas eram negros, autodeclaradas pretas ou pardas (IBGE, 2001). As condições desfavoráveis de moradia e habitação podem acarretar em doenças e, principalmente, potencializar as condições de violência sexual, física e psicológica, tornando os indivíduos mais estressados e insatisfeitos com o meio onde vivem (LOPES, 2005).

Quanto ao nível de escolaridade, os brasileiros com 15 a 24 anos de idade e de cor preta estão à frente no índice de analfabetismo 1,5%, seguindo os de cor parda 1,3 contra 0,8 dos brancos. Entretanto, os brancos se encontram a frente quando se trata do ensino superior, onde 31,1% são brancos contra 12,8 são pretos e 13,4 pardos (IBGE, 2010).

Quanto à violência, dados do SINAN (2013) mostram que a população de cor parda foi a mais declarada para ambos os sexos (30,6%) como vítimas de violência. O estudo de Batista (2004) confirma que a população negra morre mais por causas externas como ações violentas, mortes por armas de fogo ou doenças infecciosas que os brancos. Condizendo com os resultados do censo do IBGE (2010), em que 89,3% dos homicídios foram cometidos contra negros e 37,3 brancos.

É notório nos dados analisados que não é só em uma situação que a população negra está em desigualdade. As mulheres negras se encontram em maior desigualdade ao comparar-se com os homens negros e até mesmo com as mulheres brancas. Segundo Lopes (2005), quanto à concentração de riqueza e a classificação da pobreza, é notória a relação com raça/cor e gênero, pois as mulheres negras encontram-se nos mais desprezíveis patamares de renda. Dentre a violência sofrida pelos negros, dados do SINAN (2013) trazem a violência doméstica acontecendo em maior proporção em mulheres negras, sobretudo da cor parda. Para Oliveira (2003), o somatório do recorte étnico/racial potencializa a violência e segundo Messias (2008) não há como negar que as mulheres negras são expostas a uma carga a mais de violência que é a étnico/racial.

A violência racial e a repercussão na identidade da mulher é um tema ainda escasso na literatura. Em saúde coletiva, a classe raça foi redescoberta há pouco tempo e tem sido um ponto sensível para caracterizar as desigualdades e as perversidades que torna vulnerável a população negra (LOPES, 2003). Para Brito (2004), esta discriminação racial agrava a situação da realidade das mulheres negras, tornando-as extremamente vulneráveis a todo tipo de violência e carências.

Desde a Antiguidade, a mulher sofre violência, seja por discriminação de gênero, raça, etnia e condições socioeconômicas. Em uma pesquisa com mulheres brancas e negras relacionando à prevalência de mortalidade, constatou-se que as negras têm risco de 1,7 vezes superior ao de brancas, dentre elas prevaleceu a morte por violência. Além disso, ressaltou-se nas mulheres negras o maior risco de morte por homicídios, acidentes de transporte, doenças isquêmicas do coração, cerebrovasculares e hipertensiva, diabetes e tuberculose. Os achados revelaram perversidades na saúde das mulheres negras (SANTOS et al., 2007).

A mulher negra ainda nos dias de hoje está em desvantagem em relação às outras mulheres. Para Silva (1999) isso se dá pelo fato de terem um menor nível de escolaridade, maior carga horária de trabalho com menor salário, e as raras que conseguem romper obstáculos de preconceito e discriminação racial e ascender socialmente, têm menos

probabilidade de encontrar companheiros para o matrimônio, principalmente se desejarem que estes possuam o mesmo nível social.

Costa e colaboradores (2009), em um estudo sobre casos de violência por parceiro íntimo no Nordeste do Brasil, fizeram a comparação entre mulheres brancas e negras. Foram estudadas no total 183 brancas e 203 negras que haviam sofrido abuso pelo parceiro por pelo menos seis meses. Os resultados mostraram que as mulheres negras sofrem mais abusos em seu relacionamento do que as brancas. Portanto, a mulher negra, além de ter que comprovar competência a um cargo pretendido, ainda sofre com a questão do gênero que quando somada a raça significa maiores dificuldades em sua trajetória, ou seja, “a maneira como gênero, classe e raça se cruzam para criar não apenas fatores comuns, mas também diferenças na experiência das mulheres” (STOLCKE, 1991, p. 102).

A violência racial e de gênero representa obstáculos para a equidade em saúde e uma violação dos direitos humanos, sendo fundamental a articulação de diversos setores para seu enfrentamento. O impacto causado pelo racismo, vulnerabilidade de gênero e violência, sobretudo a violência doméstica, pode decorrer em efeitos negativos na saúde mental da mulher como reflexões sobre sua identidade, distúrbios da autoestima, distúrbio do autoconceito conseqüentemente da imagem, declínio da autonomia e cidadania, provocando tristeza e ódio por não conseguirem ser o que gostariam (CRUZ, 2004; TAVARES, 2007; DUTRA, 2013).

Dessa forma, a violência doméstica, discriminação de gênero e raça/cor contra as mulheres negras podem gerar desvantagem no conceito da autoimagem em relação às outras mulheres. Tavares (2007) afirma que o resultado da violência contra a mulher – o maltrato, as humilhações, as agressões físicas, sexuais e psicológicas – é devastador sobre a autoestima das mesmas.

Dos aspectos supracitados, é importante observar que a discriminação racial pode gerar insatisfação. Em um estudo com mulheres que se autodeclararam negras (pretas e pardas), verificou-se a insatisfação das mulheres negras com a própria aparência (pardas 47% e 45,4 % pretas). Uma parcela significativa (46,5%) declarou que se pudesse mudaria algo no seu corpo como, por exemplo, o cabelo (29,6%) e o nariz (9,2%) (CRUZ, 2004). Deixando evidente que o fato de sofrerem discriminações por causa da raça/cor pode gerar nas mulheres maior insatisfação com a imagem corporal. No estudo de Oliveira (2009) além de expor as questões de violência e discriminação racial, também conduziu o grupo de mulheres negras ao

tratamento de suas inquietações, criando ações de resistência para melhora da autonomia dessas mulheres e maior aceitação de si mesmo.

Visto que a imagem do corpo funciona como um retrato formado pelo sujeito, expandindo-se com suas experiências em constante transformação, as vivências de maus tratos podem ter efeito devastador nas mulheres (AERTS, et. al. 2011). Se as mulheres já se sentem insatisfeitas com a sua imagem corporal isoladamente, ao adicionar aspectos como a violência doméstica e racial como supracitados, essas mulheres podem ter consequências negativas na autoimagem, autoestima e em sua saúde mental.

Apesar de existir ações para melhoria da saúde da mulher, é fundamental o enfoque nos debates sobre a violência praticada contra mulheres, em especial as mulheres negras, com o fim de revelar os danos que podem causar a saúde mental e as mudanças negativas no comportamento dessas mulheres. Esta pesquisa poderá trazer informações sobre o perfil das mulheres vítimas de violência doméstica, apontando as ocorrências de violência e auxiliando na divulgação para população de que existe um local que dá suporte a essas mulheres. Trazer este assunto pode alertar o poder público sobre a necessidade de focalizar nas medidas cabíveis para a redução das ocorrências de violência. O uso da variável raça/cor considerado como um determinante social importante para descoberta de iniquidades na saúde da mulher se faz vital, pois deste modo os resultados da pesquisa poderão apontar para as desigualdades nos casos de violência doméstica de acordo com a raça/cor, indicando desigualdades sociais e raciais sofridas por uma determinada população.

Ao dar enfoque à saúde mental e comportamental da mulher vítima de violência doméstica, o presente estudo poderá contribuir para descoberta de problemas psíquicos evidenciando a relevância de promover ações para recuperação ou tratamento dessas mulheres. No que tange à imagem corporal, é imprescindível o uso desta variável em estudos que abordam as condições de saúde da mulher, pois como a literatura evidencia, há distintos motivos pelos quais a mulher se sente ou se torna insatisfeita, sendo a violência um dos agentes causadores. Desta forma, esta pesquisa discutirá sobre a imagem corporal em mulheres vítimas de violência doméstica não somente descrevendo a percepção com a imagem corporal destas mulheres, mas também apresentando o grau de insatisfação com a mesma apontando a possível existência de outros distúrbios comportamentais, podendo também identificar como a mulher se sente em relação ao seu corpo depois das experiências de violência.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Realizou-se um estudo epidemiológico descritivo, em que se levantou o perfil e avaliou a satisfação com a imagem corporal e saúde mental da população estudada. Os estudos caracterizados como descritivos têm o objetivo de definir a exata descrição de certas características e distribuição dos problemas de saúde na população, sendo úteis para os serviços de saúde e para informação comum da magnitude das doenças e agravos. (MARCONE; LAKATOS, 2002; ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2012).

Na epidemiologia descritiva podem ser usados dados primários e secundários. No que se refere ao tempo, tem por finalidade encontrar uma associação entre um determinado evento com a periodicidade, entre outras variáveis. Em relação ao lugar, tende a estabelecer uma associação entre a distribuição geográfica, rural, urbana ou outra. Quanto ao indivíduo, procura-se localizar uma relação entre sexo, idade, estilo de vida, etnia, condições socioeconômicas, classe social, entre outras variáveis (HOCHMAN et al., 2005).

Estudos descritivos são utilizados para delinear o que ocorre na população produzindo o conhecimento preliminar sobre a situação, dando os diagnósticos coletivos de saúde. Estes estudos podem também ter a finalidade de realizar testes sobre hipóteses causais, sendo nomeados por alguns de estudos exploratórios. Estudos exploratórios são usados quando a informação da relação entre as variáveis descritoras e o desfecho é restrita. Desta forma, cooperam com conhecimentos sem conclusão sobre causalidade que possibilitam identificar hipóteses para teste em possíveis estudos futuros que empreguem abordagens analíticas específicas (PEREIRA, 1995; ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2012).

4.2 Campo de Estudo

O estudo foi realizado no Centro de Referência da Mulher Dandara (CRMD), situado na cidade de Serrinha-Bahia. O município de Serrinha está situado no Nordeste baiano e fica a 173 Km de Salvador. Localiza-se a uma latitude 11°39'51" Sul e a uma longitude 39°00'27" Oeste, estando a uma altitude de 379 metros. A cidade de Serrinha tem uma população de 76.762 habitantes, dentre estes 13.429 são negros, sendo a população de

mulheres dentro do total de habitantes de 39.082, e entre estas 6.558 são negras (BRASIL, 2010).

O Centro de Referência da Mulher Dandara (CRMD) da cidade de Serrinha foi criado em 2010. Antes de ser implantado este serviço, as mulheres que sofriam algum tipo de violência eram atendidas pelo CRAS, criado em 2009 e antes disso não existia nenhuma instituição de denúncias e/ou atendimento. O Centro de Referência da Mulher é um serviço público que tem como objetivo o enfrentamento e prevenção de todas as formas de violência contra a mulher, acolhendo-as de forma imparcial e com total sigilo. Acolhe toda e qualquer mulher em situação de violência podendo atender situações de violência institucional (no trabalho), doméstica, familiar, de rua e de vizinhos, independente de raça, etnia, classe social, situação econômica, crença, escolaridade, e orientação sexual.

No Centro de Referência da Mulher é oferecido acompanhamento para as mulheres em situação de violência por uma equipe multidisciplinar composta por psicóloga, assistente social, pedagoga e advogada. A equipe é voltada para o acolhimento, acompanhamento psicológico e social, orientação jurídica, possui educadores para acompanhamento das crianças, atividades terapêuticas e educativas, possibilitando dessa forma possibilidades de superação da violência e de como refazer a vida. Os profissionais do Centro de Referência fazem encaminhamentos para os diversos setores envolvidos, como a Delegacia de Polícia Geral, Centro de Referência de Assistência Social, Conselho Tutelar, Defensoria Pública, Ministério Público, Setor de Saúde e outros Centros de Referência da Mulher quando necessário.

4.3 População do estudo

Todas as mulheres vítimas de violência doméstica, com idade a partir dos 18 anos, atendidas no Centro de Referência da Mulher na cidade de Serrinha, Bahia.

4.3.1 Critérios de inclusão

Mulheres vítimas de violência doméstica que foram atendidas no Centro de Referência estudado com idade a partir dos 18 anos de idade.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas as mulheres com idade inferior a 18 anos, as que não foram encontradas e as que tinham os registros de ocorrência incompletos sem endereço, telefone e informações sobre a violência sofrida.

4.4 Fontes e instrumentos de coleta de dados

O passo inicial foi a apresentação do projeto à Coordenação do Centro de Referência da Mulher para solicitação de autorização para a coleta de dados (ANEXO A) e, posteriormente, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS) (ANEXO B).

A coleta de dados foi realizada no período de Outubro de 2014 a Junho de 2015 a partir do uso dos registros de ocorrência (ANEXO C) e da aplicação de um questionário estruturado (APÊNDICE A), acompanhado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Foram coletadas, inicialmente, as informações sobre dados sociodemográficos, econômicos e as características da violência doméstica a partir das ocorrências registradas pelas técnicas. As mulheres foram contatadas pela entrevistadora para aplicação do questionário estruturado. Antes da entrega dos questionários e do TCLE (duas vias), a entrevistadora explicou os objetivos do estudo. As mulheres foram contatadas por meio de telefone, em suas residências e no próprio Centro de Referência. Quando não encontrada na primeira tentativa, três tentativas adicionais foram realizadas para localizar a mulher e diminuir as perdas do estudo. A coleta foi realizada no local escolhido pela participante, conferindo o sigilo.

Questionário Estruturado

O questionário constou de seis blocos de questões, sendo que os dados referentes à violência não constaram neste instrumento, uma vez que estes foram obtidos dos registros de ocorrência existentes no Centro de Referência. Alguns blocos do questionário já são validados no Brasil como a Escala de Silhuetas de Stunkard, *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para avaliar Transtornos Mentais Comuns, o Inventário de Depressão de Beck II e o Patient Health Questionnaire (PHQ). A seguir, a descrição de cada bloco de questões e dos questionários já validados:

Bloco I: relacionadas às variáveis sociodemográficas, visou dar uma ideia geral do perfil das entrevistadas (idade, raça, situação conjugal, se tem filhos, nível de escolaridade, chefia da família);

Bloco II: relacionadas ao trabalho, abordou questões relacionadas às características de trabalho (cargo, tempo de experiência, carga horária de trabalho, se tem carteira assinada ou contrato, ocupação, quantos dias trabalha na semana);

Bloco III: referente à classificação econômica (ABEP, renda mensal individual, renda mensal familiar);

Bloco IV: abordou a percepção da imagem corporal e saúde mental (Escala de Silhuetas de Stunkard, *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), Inventário de Depressão de Beck II);

Bloco V: referente aos hábitos de vida (atividade física e de lazer);

Bloco VI: abordou aspectos sobre alimentação e saúde (questões sobre saúde e Patient Health Questionnaire-PHQ).

Na Escala de Silhuetas de Stunkard, o indivíduo escolhe o número da silhueta que considera semelhante a sua aparência real e também o número da silhueta que acredita ser a aparência corporal ideal. Para a avaliação da satisfação corporal subtrai-se da aparência corporal real a aparência corporal ideal, podendo esse número variar de -8 a +8. Caso essa variação seja igual a zero, o indivíduo é classificado como satisfeito com sua aparência e se diferente de zero classifica-se como insatisfeito. Caso a diferença for positiva, considera-se uma insatisfação pelo excesso de peso e, quando negativa, uma insatisfação pela magreza. (Pereira et al, 2009).

Para mensurar a saúde mental das mulheres investigadas foram utilizados dois instrumentos: o Inventário de Depressão de Beck e o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20). O instrumento usado para definir o nível de Depressão foi obtido por meio do Inventário de Depressão de Beck II em que foram somadas as quantidades de pontos referentes às respostas da pesquisada (exemplo resposta da questão 1 opção, 2=2 pontos). No instrumento há 11 questões sobre o fator cognitivo emocional, 7 quesitos sobre o fator comportamental e 3 itens sobre o fator sensações de perda. Os resultados são obtidos pela soma dos pontos, sendo adotados os pontos de corte 0-13 para mínimo/ausente, leve (14-19 pontos), moderada (20-28 pontos) e grave (29-63 pontos), validado por Gorenstein e colaboradores (2011) e que se aproxima da versão original quando analisado os pontos de corte de ausente/mínimo e do grave (FINGER & ARGIMON, 2013).

Quanto ao *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) é uma ferramenta para diagnosticar Transtornos Mentais Comuns sem especificar quais os tipos de TCM foram encontrados no indivíduo. Este instrumento é constituído de 20 perguntas (SRQ-20) com respostas dicotômicas do tipo sim/não que podem ser respondidas através de autopreenchimento ou de entrevista, admitindo o rastreamento de Transtornos Mentais Comuns. O ponto de corte utilizado neste estudo para caracterizar a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns foi de 7 respostas “sim” de acordo com Santos e colaboradores (2010).

Para aferir o comportamento alimentar, foi utilizado o Patient Health Questionnaire (PHQ). Os transtornos alimentares foram verificados em dois grupos de questões (totalizando sete) com respostas dicotômicas (sim/não): No grupo I estarão questões comuns para Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica e Bulimia Nervosa e no grupo II questões específicas para Bulimia Nervosa. As respostas afirmativas para as três questões do Grupo I consideram os casos de TCAP. No caso da Bulimia Nervosa, além de responder sim nas três questões, deve-se dar no mínimo uma resposta afirmativa no grupo II.

O instrumento de segmentação econômica baseado no Critério de Classificação Econômica Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) estima o poder de compra das pessoas e famílias, em classes econômicas, presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto de acordo com as novas diretrizes que entraram em vigor no ano de 2014. As demais informações pessoais foram obtidas com a utilização de um questionário estruturado.

Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP)

Tabela 1 – Pontuação para a posse de itens utilizados como critérios de classificação do nível econômico ABEP (2014).

Item	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
Dvd	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3

Secadora de Roupas	0	2	2	2	2
--------------------	---	---	---	---	---

Tabela 2 – Pontos de corte para classificação de classes econômicas ABEP (2014).

Classe	Pontos
A	43-100
B1	37-42
B2	26-36
C1	19-25
C2	15-18
D	11-14
E	0-10

A variável raça/cor foi empregada de acordo com o IBGE que aponta as variedades pelo predicado “cor da pele”, considerando as cores branca, preta, amarela e parda, sendo a categoria indígena, introduzida no Censo Demográfico de 1991 (IBGE, 1991). As respostas foram de autoatribuição em que o próprio sujeito se auto refere pertencente a determinado grupo. Segundo o IBGE, este tipo de atribuição funciona tão bem quanto o heteroatribuição na qual os entrevistadores é que apontam a que grupo o indivíduo pertence. Nesta pesquisa, foram consideradas como negras as mulheres que se auto referiram como pretas, pardas e morenas, as brancas as que se auto referiram ter esta cor de pele e as indígenas e amarelas as que se atribuíram como indígena e amarela, respectivamente.

Foram utilizadas também algumas questões vitais para evidenciar as atividades de lazer e físicas praticadas, informações sobre o trabalho, escolaridade e alguns problemas que talvez pudessem preocupar as pesquisadas.

Para esta pesquisa, destacou-se itens relativos à variáveis sociodemográficas (Bloco I), características do trabalho (Bloco II), Classificação econômica (Bloco III), Percepção da Imagem Corporal e Saúde Mental (Bloco IV), Atividade de Lazer (Bloco V) Alimentação (Bloco VI).

4.5 Variáveis

Variáveis são aqueles aspectos, propriedades e características individuais ou fatores, mensuráveis através de diferentes valores que assumem discerníveis em um objeto de estudo para testar a relação enunciada em uma proposição (KOCHE, 2000).

As variáveis descritoras usadas neste estudo referem-se às características socioeconômicas, demográficas, saúde mental e comportamento. As socioeconômicas correspondem a: renda individual, renda familiar, nível socioeconômico. As variáveis demográficas são: idade, possuir filhos, quantidade de filhos, nível de escolaridade, raça/cor, situação conjugal, moradia, chefia da família, religião, deficiência, tipo de deficiência, orientação sexual. Características do trabalho: quantos dias trabalha, carga horária, se tem carteira assinada, tem contrato, ocupação. Características dos hábitos de vida: pratica lazer, tipos de lazer, atividade física, tempo para lazer, nível de lazer. As variáveis referentes à saúde mental e comportamento são: imagem corporal, Depressão, transtornos mentais.

4.5.1 Descrição das variáveis

As variáveis sociodemográficas foram: idade, possuir filhos, quantidade de filhos, nível de escolaridade, raça/cor, situação conjugal, moradia, chefia da família, religião, deficiência, tipo de deficiência, orientação sexual (QUADRO 01).

Quadro 01: Variáveis sociodemográficas e suas categorias.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	ESCALA	CATEGORIAS
Idade	Contínua (em anos)	Valores absolutos serão categorizados: 20-29 anos 30-39 anos 40-49 anos A partir de 50 anos
Situação Conjugal	Categórica nominal	Solteiro Casado/ União Estável Divorciado/ Separado/ Viúvo
Nível de escolaridade	Categórica Ordinal	Lê e escreve bem Ensino Fundamental Ensino Médio Ensino Superior
Possui filhos	Categórica nominal	Sim Não
Quantidade de filhos	Contínua	Valores absolutos serão categorizados: 1-2 filhos 3-4 filhos Acima de 4 filhos
Raça/cor	Categórica nominal	Negras (pretas e pardas) Branças
Chefia da família	Categórica nominal	Você mesma Companheiro

		Pai Mã Outros
Classe econômica	Categórica Ordinal	Classe A Classe B Classe C Classe D Classe E
Renda Individual	Contínua	Valores absolutos foram categorizados: < 1 salário mínimo 1-2 salários mínimos 3-4 salários mínimos
Renda Familiar	Contínua	Valores absolutos foram categorizados: < 1 salário mínimo 1-2 salários mínimos 3-4 salários mínimos
Religião	Categórica nominal	Nenhuma Católica Evangélica Outras
Moradia	Categórica nominal	Casa Própria Alugada Cedida Outro
Orientação Sexual	Categórica	Bissexual Heterossexual Homossexual
Deficiência	Categórica nominal	Sim Não
Tipo de deficiência	Categórica	Física Visual

As características do trabalho foram: quantos dias trabalha, carga horária, se tem carteira assinada, tem contrato, ocupação (QUADRO 02).

Quadro 02: Variáveis do trabalho e suas categorias.

CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO	ESCALA	CATEGORIAS
Ocupação	Categórica Ordinal	Autônoma Serviços diversos Assalariada com comissão Assalariada sem comissão Empregada doméstica Funcionária pública

		Outras
Tempo de trabalho	Contínua (em anos)	Valores absolutos serão categorizados: < de 1 ano 1-4 anos A partir de 5 anos
Carga horária semanal	Catagórica Ordinal	20h 40h Outras
Quantos dias trabalha	Catagórica nominal	1-4 dias A partir de 5 dias
Carteira assinada	Catagórica nominal	Sim Não
Tipo de contrato	Catagórica Ordinal	Oral Escrito Não tem contrato

*h=horas

As características da violência sofrida foram: Local da ocorrência, tipo de agressor, tipo de violência (QUADRO 03).

Quadro 03: Variáveis da violência doméstica e suas categorias.

CARACTERÍSTICAS DA VIOLÊNCIA SOFRIDA	ESCALA	CATEGORIAS
Caracterização da violência	Catagórica	Continuada Circunstancial
Local da ocorrência	Catagórica	Doméstica Rua Trabalho
Relação com o agressor	Catagórica nominal	Conhecido Desconhecido
Agressor	Catagórica	Companheiro Familiares Sem parentesco
Tipo de violência	Catagórica nominal	Física Patrimonial Psicológica Sexual
Risco à Integridade Física	Catagórica nominal	Leve/Moderada Grave/Gravíssima

As características dos hábitos de vida foram: pratica lazer, tipos de lazer, atividade física, tempo para lazer, nível de lazer (QUADRO 04).

Quadro 04: Variáveis dos hábitos de vida.

CARACTERÍSTICAS DOS HÁBITOS DE VIDA	ESCALA	CATEGORIAS
Pratica lazer	Categórica	Sim Não
Tipos de Lazer	Categórica Dicotômica	
Atividades físicas	Categórica	Caminhada Yoga/Dança Ginástica Outros
Tempo de lazer	Categórica nominal	Sim Não
Nível de atividades	Categórica ordinal	Leve Moderado Pesado

Aspectos da imagem corporal e saúde mental: imagem corporal, Depressão, transtornos mentais (QUADRO 05).

Quadro 05: Aspectos da imagem corporal e saúde mental.

ASPECTOS DA IMAGEM CORPORAL E SAÚDE MENTAL	ESCALA	CATEGORIAS
Satisfação com a imagem corporal	Categórica	Satisfeita Insatisfeita
Transtorno Mental Comum	Categórica Dicotômica	Sim Não
Depressão	Categórica	Ausência Depressão leve Depressão moderada Depressão grave
Transtorno alimentar	Categórica Dicotômica	Sim Não

4.6 Análise de dados

Foram construídos dois bancos de dados, um para analisar o perfil das mulheres por meio dos dados secundários obtidos pela ficha do CRM e outro para analisar os dados primários do questionário aplicado. Os dados obtidos foram digitados – com dupla entrada – armazenados e analisados utilizando o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*, SPSS versão 21.0 para *Windows*.

A análise estatística descritiva foi realizada para as variáveis com o propósito de permitir a caracterização demográfica e econômica das mulheres, bem como os tipos de agressões sofridas, a frequência da violência doméstica de acordo com a raça/cor da pele, o grau de satisfação com a imagem corporal das mesmas, nível de lazer, a presença de Transtornos Mentais Comuns e de Depressão por meio da distribuição por frequência absoluta e relativa.

Realizou-se análise de associação entre as variáveis independentes: características sociodemográficas (faixa etária, situação conjugal, ter filhos, escolaridade, renda), e aspectos da saúde mental (Transtorno Mental Comum e Depressão) com o resultado da percepção com a imagem corporal como variável dependente. A Razão de Prevalência (RP) foi utilizada para medir as associações entre as variáveis estudadas.

4.7 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado para a apreciação e autorização da coleta de dados pela coordenação do Centro de Referência da Mulher (ANEXOS A). Considerando que os sujeitos dessa pesquisa foram mulheres, foi necessário atender aos princípios éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos. Dessa forma, a coleta de dados só foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS) sobre o parecer de número 856.489 e CAEE 33025014.8.0000.0053.

Como cuidado ético, foram preservados o anonimato e o sigilo dos dados referente às mulheres. Não se alterou as informações contidas nas suas respectivas fichas e não se utilizou de métodos tendenciosos, serviu-se fidedignamente das informações coletadas. Garantindo os aspectos éticos exigidos em pesquisas desta natureza, as investigadas receberam as explicações de como se daria o estudo, seus objetivos, metodologia, resultados, benefícios e riscos e as que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido em duas vias, sendo que uma ficou com o entrevistado e a outra com a pesquisadora, obedecendo assim a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).

Os resultados desta pesquisa podem contribuir para o desenvolvimento de ações que possam diminuir as injustiças contra a saúde da mulher, em especial a mulher negra, bem como a realização de discussões educativas, ajudando na melhoria da satisfação com a imagem corporal e a saúde mental das mesmas.

Os riscos deste estudo foram mínimos e estavam relacionados com a possibilidade do constrangimento ao trazer lembranças da violência sofrida e preocupação (medo, vergonha) sobre os resultados da pesquisa. Desta forma, as entrevistadas foram informadas sobre os riscos de participar da pesquisa, tendo garantido o direito de desistir e retirar seu consentimento a qualquer momento, caso não se sentissem confortáveis e seguras. Os resultados da pesquisa possibilitaram a elaboração desta Dissertação de Mestrado, juntamente com a produção de artigos científicos que serão apresentados em eventos e publicados em periódicos da área de saúde.

Os dados da pesquisa ficarão sob a guarda do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES), Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), durante cinco anos, sendo destruídos após este período.

4 RESULTADOS

4.1 ARTIGO

PERFIL DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA ASSISTIDAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DA MULHER COM DESTAQUE PARA O RECORTE RACIAL.

Luane Sales de Jesus¹, Edna Maria de Araújo²

1. Professora de Educação Física, Especialista em Atividade Física e Saúde, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil.

2. Enfermeira, Doutora em Saúde Pública e Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Autor responsável pela troca de correspondência:

Luane Sales de Jesus

Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS

Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde - NUDES

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Av. Transnordestina, s/nº, Novo Horizonte, Campus Universitário (UEFS)

CEP. 44031-460 – Feira de Santana (BA), Brasil

Tel. (75) 3161-8183

RESUMO

OBJETIVO: Descrever o perfil das mulheres em situação de violência doméstica atendidas no Centro de Referência da Mulher-Dandara, em Serrinha/Bahia, segundo raça/cor.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo descritivo de casuística, incluindo análise de todos os casos registrados no serviço selecionado. Foram analisados 364 registros de mulheres em situação de violência doméstica com idade igual ou acima de 18 anos que foram atendidas no Centro de Referência da Mulher-Dandara. A coleta de dados ocorreu de Outubro de 2014 a Junho de 2015. As informações sobre o perfil sociodemográfico das mulheres, caracterização da violência sofrida e raça/cor foram retiradas dos registros de atendimento no Centro de Referência pesquisado. Os dados foram analisados descritivamente, sendo obtidas medidas de frequência. O programa estatístico SPSS (*Statistical Package for te Social Sciences*) na versão 21.0 foi usado na análise.

RESULTADOS: Observou-se que 30,8% das denúncias ocorreram no ano de 2012 com predominância de mulheres na faixa de idade de 20-29 anos (33,0%), que residiam em casa própria (68,3%), apresentavam nível de escolaridade de Ensino Fundamental (47,5%), recebiam menos de um salário mínimo (79,6%), eram donas de casa (22,6%), 48,5% solteiras, 73,9% católicas, 99,4% referiram ser heterossexuais, 88,3% eram negras e 55,7% tinham de 1 a 2 filhos. O tipo de violência mais frequente foi a psicológica (90,6%) e física (56,3%). O local de maior ocorrência de violência foi o ambiente doméstico com 95,2% dos registros. Os atos violentos foram cometidos pelos companheiros em 83,2% dos casos e 44,6% dos encaminhamentos foram feitos para a Delegacia Geral de Polícia de Serrinha. A maior parte das mulheres investigadas referiu ser negra. Condições desfavoráveis a estas mulheres foram observadas com relação às mulheres brancas.

CONCLUSÕES: Os resultados desta pesquisa mostraram que no perfil das pesquisadas destacaram-se as mulheres na faixa etária de 20-29 anos de idade, solteiras, negras, que recebem menos de um salário mínimo, tem filhos, sofreram violência psicológica praticada pelos companheiros, no próprio lar. Desta forma, os resultados expostos apontam para a necessidade de intensificar a atenção à situação de violência doméstica vivenciada pelas mulheres dando enfoque a prevenção desse agravo. Ainda, são necessárias novas investigações acadêmicas que considerem a raça/cor das vítimas da violência doméstica.

PALAVRAS-CHAVE: Violência Doméstica, Mulher, Raça/cor.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Describe the women's profile in situations of domestic violence, attended at Woman-Dandara Reference Center in Serrinha-Ba, especially by race/color. **METHODS:** This is a descriptive study of casuistry, including analysis of all registered cases in the selected service. 364 women were victims of domestic violence, age 18 up, that were attended at Woman-Dandara Reference Center, in a period from October-2010 to Juny-2015. The informations about the women's sociodemographic profile, characterization of suffered violence, including race and color, were obtained from researched Reference Center. The data were analyzed descriptively and frequency measurements. The statistical program SPSS (Statistical Package for Social Sciences) in 21.0 version, was used in the analyses. **RESULTS:** It was noticed that 30.8% of the complaints occurred in 2012, with predominance in women age group of 20-29 years (33,0%), women that lived in own homes (68,3%), womens that had primary education (47,5%), women that received less a minimum salary (79,6%), women that were housewives (22,6%), single women 48,5%, catholic women 73,9%, they reported being heterosexual 99,4, black women (88,3%) and 55,7% had one or two children. The most frequent form of violence was the psychological (90,6%) and physical (56,3%). The most frequent local of violence was the domestic environment 95,2%. The violent acts were committed by husbands 83,2% and 44.6% of these cases, were taken to the police station of Serrinha. The majority of women surveyed, were black women. The white women had better favorable conditions than black women. **CONCLUSIONS:** The obtained results in this study, show that in the surveyed women, stood out the women in the age group 20-29 years, single, black, receive less a minimum salary, had children, suffered psychological violence (practiced by their husbands in their own homes). Therefore, the exposed results suggest need to intensify an attention about the domestic situation among these women to prevent this injury. New academic investigations are necessary to consider the race/color of domestic violence victims.

KEYWORDS: Domestic Violence, Women, Profile.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é considerada um problema de saúde pública devido à sua magnitude e graves consequências na vida das vítimas (DOSSI, 2008).

Os atos de violência contra a mulher podem ser observados ao longo de diferentes períodos históricos. Na Antiguidade, as mulheres eram forçadas a casarem-se e, se acaso se recusassem, poderiam sofrer maus tratos. Na Idade Média, ao ser levada ao casamento, a

mulher era considerada como uma propriedade e tratada com menos cuidado do que as armaduras e tapetes do marido, materiais que eram essenciais para os homens naquela época (MILLER, 1999). Atualmente no Brasil, uma a cada cinco mulheres é espancada a cada 24 segundos (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2011).

O aumento progressivo dos atos agressivos e até assassinatos resultaram em leis sancionadas como mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher no Brasil, tais como: a Lei Maria da Penha, de nº. 11.340/2006 e a Lei de nº 13.104/2015, sancionada recentemente e que institui o feminicídio como crime hediondo. As mortes de mulheres derivadas de conflitos de gênero, ou seja, pelo fato de serem mulheres, envolvendo a violência doméstica e familiar e o menosprezo ou discriminação da condição de ser mulher são designadas feminicídios ou femicídios, sendo consideradas como delitos hediondos quando o crime é bárbaro e repugnante (MENEGHEL & HIRAKATA, 2011). A Lei do Feminicídio foi criada devido ao elevado aumento de mortes de mulheres no Brasil, causadas, principalmente, por seus companheiros, pois apesar da Lei Maria da Penha vigorar desde 2006, não apresentou impacto sobre a redução da mortalidade de mulheres por agressões no Brasil (GARCIA, 2013).

O estudo da violência contra as mulheres é importante na medida em que ajuda a dar visibilidade ao problema, podendo contribuir para reduzir ou eliminar sua ocorrência. De acordo com o SINAN em uma pesquisa feita em 210 municípios da Bahia em 2010, o sexo feminino foi o que mais sofreu os eventos decorrentes de maus tratos. Segundo dados da OMS (2005), as mulheres são as maiores vítimas de todos os tipos de violência doméstica.

De acordo com a Lei Maria da Penha, as formas de violência doméstica determinadas são: Física, Psicológica, Verbal ou Moral, Sexual, e Patrimonial. A violência física é caracterizada pelo uso da força que cause danos ou sofrimento físico; a violência psicológica decorre de humilhação ocasionando prejuízo emocional, diminuição da autoestima e alteração no pleno desenvolvimento pessoal, intelectual e profissional; a violência moral se configura em ofensas morais como calúnia, difamação ou injúria; a violência sexual é aquela em que a vítima é forçada a práticas sexuais com ou sem violência física e por fim, a violência patrimonial ocorre quando o responsável deixa os membros da família, criança, mulher, idoso, ou alguém dependente de outros, viver em condições precárias sem dar suporte para as necessidades básicas (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012).

Estar na situação de qualquer tipo de violência doméstica pode acarretar efeitos negativos à saúde. A literatura tem apontado diversas consequências da violência doméstica

sobre a vida das mulheres com destaque para os transtornos mentais, Depressão, desejo de suicídio, morbidades psiquiátricas, distúrbios de autoestima, insatisfação com a imagem, distorção da imagem corporal, estresse, declínio da autonomia e cidadania, provocando tristeza e ódio por não conseguirem ser o que gostariam, tornando-as mais inseguras ao analisarem como se veem e como acham que são vistas pelos seus companheiros/familiares (GIFFIN, 1994; DAY et. al., 2003; CRUZ, 2004; ADEODATTO, 2005; CASIQUE & FUREGATO, 2006; TAVARES & PEREIRA, 2007; DUTRA et al, 2013).

Este assunto é discutido frequentemente pela mídia por fazer parte do cotidiano de muitas mulheres em todo o mundo (BRASIL, 2013). No entanto, ainda percebe-se a falta de informação e espaço para discussões em todos os âmbitos sobre o tema.

Os resultados desta pesquisa, ao descrever o perfil das mulheres vítimas de violência doméstica, podem colaborar com o desenvolvimento da região à medida que alerta a comunidade sobre essa violência silenciosa, incentiva a criação de redes de apoio e ações preventivas para diminuição do número de vítimas. Ademais, esta pesquisa poderá contribuir com a criação de informações sobre o perfil da mulher vítima de violência doméstica, uma vez que não existem dados publicados sobre esse tema no município de Serrinha/BA.

Considerando que a violência doméstica representa um problema de saúde pública e a importância dos estudos epidemiológicos para busca de ações cabíveis a fim de reduzir as ocorrências de violência doméstica, este estudo tem como finalidade descrever o perfil das mulheres em situação de violência doméstica com destaque para diferenciais segundo raça/cor, atendidas no Centro de Referência da Mulher-Dandara, situado na cidade de Serrinha – Bahia, no período de 2010 a 2014.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de casuística que utilizou dados das fichas de registro de mulheres vítimas da violência doméstica atendidas no período de 2010 a 2015 no Centro de Referência da Mulher-Dandara (CRMD), Serrinha-Bahia.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2014 a Junho de 2015. Dos 390 registros de mulheres vítimas de violência doméstica atendidas no período do estudo,

364 atenderam aos critérios de elegibilidade, ter idade igual ou maior que 18 anos e ter os registros de ocorrência do CRMD completamente preenchidos. As que atenderam estes critérios tiveram seus dados analisados. Foram excluídas as fichas das mulheres com idade inferior a 18 anos e que estavam com dados incompletos. Das fichas foram extraídos os dados sociodemográficos e características da violência sofrida. Todas as variáveis foram também analisadas de acordo com a raça/cor, sendo considerados dois grupos: mulheres que se auto referiram negras (preta, parda e morena) e brancas.

Na análise dos dados foram incluídas as seguintes variáveis: Ano de registro do caso (2010-2014), Idade (18-19 anos, 20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos, 50 > anos), Moradia (Própria, Alugada, Cedida, Outro), Deficiência (Sim, Não), Tipo de deficiência, Trabalha (Sim, Não), Remuneração (< 1 salário, 1-2 salários, >3 salários), Ocupação, Situação Conjugal (Solteira, Casada, Relação Estável, Separada Judicialmente, Viúva), Religião (Nenhuma, Católica, Evangélica, Outras), Orientação Sexual (Heterossexual, Homossexual e Bissexual), Raça (Branca, Negra, Amarela/Indígena), Filhos (Sim, Não), Quantidade de filhos (Nenhum, 1-2 filhos, 3-4 filhos, >4 filhos). Quanto à descrição da violência foram avaliados: Caracterização da Violência (Continuada, Circunstancial), Local da ocorrência (Doméstica, Rua, Trabalho), Relação com o agressor (Conhecido, Desconhecido), Agressor (Companheiro, Familiares, sem vínculo), Parentesco (Para os casos que a violência foi praticada por familiares ou sem vínculo), Tipo de violência (Física, Sexual, Psicológica, Patrimonial), Risco à Integridade Física (Leve/Moderado, Grave/Gravíssimo) e Encaminhamentos (Acompanhamento Jurídico, Acompanhamento psicológico, Acompanhamento Psiquiátrico, Outro CRM, CAPENE, CAPS, Conselho Tutelar, CRAS, Defensoria Pública, Delegacia, Medida Protetiva, Ministério Público, Setor de Saúde).

Os dados obtidos foram analisados descritivamente com o uso do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 21.0 para *Windows*. Foi feita a distribuição percentual dos dados obtidos de modo a estabelecer um perfil das mulheres que vivem em um contexto violento. Além do perfil global, realizou-se análise estratificada segundo raça/cor da pele com a finalidade de identificar possíveis diferenças segundo essa variável.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana sobre o parecer de número 856.489 e CAEE 33025014.8.0000.0053.

RESULTADOS

As mulheres negras eram mais predominantes (88,3%) quando comparada as brancas (11,7%). Observou-se, também, maior proporção de mulheres negras, quando relacionada à raça/cor com a maioria das variáveis investigadas neste estudo.

Os anos de registros mais frequentes foram 2011 (27,5%) e 2012 (30,8%). As mulheres negras foram aquelas com maior ocorrência de violência em todos os anos, chegando a 92,9% e 91,4% entre os anos de 2011 e 2012, respectivamente, do total de ocorrência registradas. Os anos de 2010 e 2013 foram aqueles com os maiores percentuais de registros entre as mulheres brancas (19,5% e 20,8%). A média de idade das mulheres no momento da notificação foi de 44 anos, variando entre 18 a 100. Quando categorizados, 33% tinham idade de 20 a 29 anos (Tabela 1). Novamente se observou maior proporção de mulheres negras em todas as faixas etárias, embora se tenha notado aumento no percentual de participação das mulheres brancas nos estratos de idade mais elevados (a partir dos 40 anos) (TABELA 2).

O maior percentual encontrado foi de mulheres que viviam em casa própria (68,3%), tanto com mulheres brancas quanto com as negras. Com relação a ter algum tipo de deficiência, apenas 2,5% possuíam algum tipo, sendo que 40,0% tinham deficiência física e 60% deficiência visual. Nenhuma mulher branca reportou ter alguma deficiência (TABELA 2).

Quanto ao nível de escolaridade, se observou que 47,5% das pesquisadas estavam no grupo de Ensino Fundamental e 40,4% no Ensino Médio. O Ensino Fundamental foi predominante entre as mulheres negras (89,0%). Em relação à situação conjugal, foram predominantes as solteiras (48,5%) seguidas de casadas (22,3%) e relação estável (22,3%) Comparativamente entre as mulheres negras, os maiores percentuais foram observados entre as solteiras (95,0%) e viúvas (100,0%). Entre as mulheres brancas, destacaram-se as separadas judicialmente (30,0%) e as casadas (21,1%). A religião mais relatada foi a católica com 73,9% com destaque tanto entre as mulheres brancas quanto as mulheres negras. A orientação sexual mais citada foi a heterossexual (99,4%). Registra-se que todas as mulheres brancas se declararam heterossexual, enquanto entre as negras houve referência a ser homossexual e bissexual. A maioria das investigadas respondeu ter filhos (90,4%), com maior frequência de 1 a 2 filhos (55,7%) com relação similar entre negras e brancas. (TABELA 2).

No que tange às questões de trabalho, 52,1% das pesquisadas trabalhavam, sendo constatado também maior percentual neste estrato entre as mulheres negras (87,4%) quando comparada as brancas (12,9%). Das participantes que eram remuneradas, 79,6% tinham renda menor que um salário mínimo, sendo predominantes entre as mulheres negras (88,5%) e brancas (11,5%). As ocupações mais frequentes foram empregadas domésticas (18,8%), lavradoras (7,1%), professoras (6,0%) e vendedoras (7,1%). As donas-de-casa representaram 22,6% do total das estudadas. Sendo que em todas as ocupações predominou a raça negra, chegando a 94,9% na ocupação dona de casa (TABELA 3).

A Tabela 4 mostra a distribuição das características da violência. Verificou-se maior número de notificações de violência continuada (77,7%) em relação à violência circunstancial. O local mais comum dos episódios foi na área doméstica (95,2%), sendo mais prevalente o agressor conhecido pela vítima (99,2%). Observou-se que as violências mais praticadas foram a psicológica (90,6%) e física (56,3%). A forma grave/gravíssima de risco à integridade física das pesquisadas (61,1%) foi a mais referida. As variáveis referentes à violência sofrida quando relacionadas à raça/cor evidenciaram que tanto as mulheres negras como as brancas apresentaram percentuais maiores nas categorias descritas acima como predominantes, com exceção das categorias não citadas como local de ocorrência no trabalho (100,0%), agressão por desconhecidos (100,0%), e por familiares (97,4%) que indicaram elevados percentuais de mulheres negras.

O encaminhamento mais frequente dos casos registrados foi para a Delegacia Geral de Polícia de Serrinha (44,6%), acompanhamento jurídico (29,3%) e acompanhamento psicológico no Centro de Referência (27,4%) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa indicaram que os percentuais mais elevados das denúncias registradas no Centro de Referência estudado ocorreram nos anos de 2011 e 2012. O Centro de Referência da Mulher (CRMD) foi implantado na cidade de Serrinha, no ano de 2010. Desta forma, com o passar dos anos, a divulgação do CRMD por meio da equipe de profissionais e das mulheres que estavam sendo atendidas em 2010 pode ter alavancado uma maior procura por atendimento, com incentivo às mulheres para denunciarem os casos de violência. No entanto, cabe registrar que o total de notificações, provavelmente, não

correspondeu a todos os casos reais ocorridos de fato, pois mesmo sendo agredidas inúmeras vezes, muitas vítimas silenciam o fato por medo dos agressores (SILVA, 2008).

A raça/cor negra apresentou predominância quando relacionada à maioria das variáveis. Isso pode ter ocorrido pelo fato da maioria das mulheres participantes do estudo ter declarado ser negra. Este dado pode estar respaldado no fato da Bahia ser o segundo estado com predominância de pessoas negras (76,3%) (BRASIL, 2010).

Corroborando com os dados do presente estudo, algumas pesquisas apontam para a ocorrência da violência doméstica em maior proporção com as mulheres negras, adultas jovens, solteiras, com maior taxa de desemprego, dificuldades de moradia, menor nível de escolaridade, católicas, dependentes financeiramente, tem filhos, sofrem violência em seu próprio lar, cometida por seus parceiros, com predominância da violência psicológica e física (ARAÚJO, 2001; FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2001; ROCHA, 2006; SCHRAIBER et al, 2008; SILVA, 2008; NAZARÉ et al, 2009; BRASIL, 2010; IBGE, 2010; ALMEIDA & PEREIRA, 2012; BRASIL, 2013; IPEA, 2013).

Tem sido reconhecido que as mulheres negras estão expostas a uma carga a mais de violência que é a discriminação racial (MESSIAS, 2008). Para Brito (2004), esta discriminação racial agrava a situação da realidade das mulheres negras, tornando-as extremamente vulneráveis a todo tipo de violência e carências. Em uma pesquisa com mulheres brancas e negras relacionando à mortalidade, constatou-se que as negras tinham risco de 1,7 vezes superior ao de brancas, destacando-se a morte por violência (SANTOS et al., 2007). Costa e colaboradores (2009), em estudo no Nordeste do Brasil sobre casos de violência por parceiro íntimo, compararam mulheres brancas e negras. Foram estudadas 183 brancas e 203 negras. Os resultados mostraram que as mulheres negras sofriam mais abusos em seu relacionamento do que as brancas. Apesar dos dados apresentados no que tange ao recorte racial, estudos que associem a violência doméstica e a raça/cor levando em consideração as variáveis sociodemográficas e econômicas são escassos e pouco explorados por pesquisas acadêmicas (SILVA, 2008; ALMEIDA & PEREIRA, 2012).

Quanto à faixa etária predominante nos registros analisados foi a de 20 a 29 anos, seguida da de 30 a 39 anos. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Galvão & Andrade (2004) com mulheres vítimas de violência doméstica em Londrina/Paraná, observando-se predomínio dessas duas faixas etárias embora em posições inversas (primeiro a de 30 a 39 anos e depois a de 20 a 29 anos). Assim, esses dados fortalecem a necessidade de desenvolver ações voltadas para essas faixas etárias a fim de reduzir os casos recorrentes com

o avançar da idade. Considerando a pesquisa de Moura e colaboradores (2009), realizada em Varjão, Brasília-Distrito Federal, as mulheres vítimas de violência doméstica apresentaram idade de 25 a 34 anos de idade. Os dados apresentados confirmam que as mulheres adultas jovens são as que mais sofrem violência doméstica, sem muita diferença das regiões e períodos de tempo. Portanto, este grupo necessita de maior atenção, pois esta faixa etária corresponde à idade reprodutiva na qual as mulheres são mais suscetíveis a ter filhos, a casar ou divorciar, podendo ter mais facilmente problemas conjugais.

Quanto à moradia, a maioria das mulheres residia em casa própria, seguida de casa alugada. Esses dados condizem com o estudo de Mota (2004) em que 57,9% das mulheres viviam em casa própria. Contudo, a pesquisa de Renisson e Welchans (2003) apresentou maior frequência de moradia em casas alugadas evidenciando que essas mulheres são mais suscetíveis a sofrer violência doméstica. Programas implantados pelo governo a fim de fornecer unidades habitacionais com menor valor de aquisição, podem ter auxiliado na redução do déficit de moradia e de casas alugadas.

A quantidade de mulheres com deficiência foi mínima (2,5%) sendo citadas apenas as deficiências visual e física. O censo do IBGE realizado em 2010 apontou que 7.616 mulheres em idade de 16 a 64 anos tinham alguma deficiência na cidade de Serrinha. Este dado é relevante uma vez que a mulher, com a adição da deficiência pode estar mais suscetível a esses ataques violentos. De acordo com dados do SINAN em 2010, dos atendimentos realizados em vítimas femininas de violência doméstica na rede de saúde do SUS, 5,9% eram deficientes (BRASIL, 2010). Esse percentual pode parecer pequeno, porém, sabendo-se que muitas mulheres silenciam os fatos por medo ou vergonha, daquelas que possuem alguma deficiência, além dos sentimentos citados acima, podem ser privadas de direitos civis como convivência, privacidade e de receber visitas de familiares ou amigos, dificultando as denúncias das agressões (DAY, et al. 2003).

Em relação ao trabalho e à remuneração, a maior parte das investigadas trabalhava e recebia menos que um salário mínimo, fatores que podem influenciar a dependência financeira. Segundo Rabello e Caldas Júnior (2007), a variável renda pode interferir fortemente na ocorrência da violência. Renisson e Welchans (2003) afirmam que é mais comum a denúncia feita por pessoas de baixa renda, evidenciando que mulheres pobres são mais suscetíveis a sofrerem violência doméstica que as de outras categoriais sociais. O trabalho remunerado pode adicionar algum poder à mulher perante o companheiro ou a família. Mas, mesmo em situação em que recebem mais que seus maridos, a subordinação

feminina ainda é observada; mesmo sustentando a casa, vivenciam constante situação de violência (ARAÚJO, 2004).

No que se refere à ocupação, a maioria das mulheres não tinha atividade remunerada, apresentando maior percentual de donas-de-casa, seguida por empregadas domésticas. Ao traçar o perfil das mulheres em situação de violência doméstica na Zona da Mata Mineira, Sampaio & Aquino (2013) constataram que 62,5% das investigadas relataram ser donas de casa, fortalecendo a hipótese de que por trabalharem em casa, elas dependem financeiramente do parceiro ou de outras pessoas – o que aumenta o grau de submissão. No estudo de Garcia e colaboradores (2008), houve predominância de empregada doméstica (30,5%). Ter uma ocupação como a de empregada doméstica pode trazer um pouco mais de independência quando comparada a uma dona-de-casa. Ainda assim, as mulheres que trabalham como domésticas podem ser dependentes financeiramente devido à baixa remuneração correspondente a essa ocupação. Cabe destacar a observação de Guerra (1998) sobre o emprego dos termos ‘doméstica’ e ‘do lar’ que são usados tanto pelas vítimas quanto pelos profissionais que registram as ocorrências. Esses termos não especificam exatamente seu significado, não deixando claro se o trabalho é fora de casa ou na sua própria residência. O uso indiscriminado desse termo pode ter ocorrido também no presente estudo.

No que tange à escolaridade, houve maior frequência de mulheres com Ensino Fundamental incluindo o ensino incompleto. Ampla é a literatura que traz o Ensino Fundamental como prevalente em mulheres vítimas de violência doméstica. Estes dados estão em comum acordo com o estudo de Veloso e colaboradores (2013) que constatou que 87,4% não concluíram o Ensino Fundamental, concordando com outros estudos (SILVA, 2003; SCHRAIBER et al., 2008; SILVA et al., 2008; MOURA et al. 2009). Esses dados podem revelar que a mulher com menor nível de escolaridade pode estar denunciando com maior frequência os atos de violência.

No que diz respeito à situação conjugal, quase metade das investigadas eram solteiras seguida de casadas e em relação estável. Estes dados são semelhantes ao estudo de Silva (2008), de Leôncio e colaboradores (2008) e de Dossi e colaboradores (2008). Os dados apresentados neste estudo revelam que a maioria das pesquisadas que sofre violência doméstica está na faixa etária considerada adulto jovem.

Dados referentes à religião apontaram que a maioria das mulheres era adepta da religião católica. Na pesquisa de Adeodatto e colaboradores (2005), o maior percentual encontrado foi de 80% da religião católica, seguido de 11% para as protestantes. Ainda no

estudo de Moura e colaboradores (2009), realizado em Brasília, Distrito Federal, 51% seguiam o Catolicismo. O censo do IBGE (2010) constatou que 64,6% da população brasileira é católica, sendo que na cidade de Serrinha, de acordo com o censo, a maioria da população é praticante desta religião. Assim, se a maioria da população do local estudado é católica, pode influenciar nos achados de predominância dessa religião entre os casos registrados.

Este estudo mostrou que a maioria das mulheres era heterossexual, sendo apenas uma ocorrência citada com homossexual e uma bissexual. Os resultados podem revelar a presença de relações de subordinação e dominação, já que a superioridade masculina designada pela sociedade ainda influencia no acontecimento da violência, conferindo ao homem tido como patriarca e mais forte fisicamente que a mulher, o poder dentro da relação. No estudo de Tjaden e Thoennes (2000), observou-se que as mulheres que tinham uma relação homossexual apresentavam percentuais de violência menores (11%) se confrontado com as que tinham relacionamento heterossexual (30%). Mesmo constatando menores percentuais de violência doméstica em relacionamentos homossexuais, esses dados apontam para a ocorrência de violência também neste tipo de relação.

A maior parte das mulheres declarou ter filhos, prevalecendo as que tinham de 1 a 2. Percebe-se também neste estudo a tendência nacional de queda da fecundidade. O estudo de Galvão & Andrade (2004) apresenta dados similares em que 54% das mulheres possuíam de um a dois filhos e a pesquisa de Tavares (2000), em que a maioria tinha de um a três filhos. Segundo alguns autores, ter filhos pode colaborar para a separação, contudo esse aspecto pode contribuir para não concordância do rompimento, podendo ocasionar em frequentes agressões fortalecendo o ciclo de violência (RANGEL & OLIVEIRA, 2010; OLIVEIRA et al., 2011).

Sobre as características da violência, os resultados evidenciaram que a violência continuada, ou seja, a cometida mais de uma vez foi a mais frequente. O estudo de Galvão (2004) sobre violência contra a mulher, realizado em um Centro de Atendimento no interior do Paraná (PR), identificou que 33% das mulheres sofreram agressões por um período de até um ano, e uma proporção de 20,4% dos casos referia que se encontravam em situação de violência há mais de 10 anos até tomarem a decisão de denunciar o agressor. Esta característica de permanência em um contexto violento é uma particularidade da violência continuada que também foi registrada no Centro de Referência da Mulher Dandara, embora sem descrição dos períodos.

Os atos violentos foram praticados, em maior proporção, no espaço doméstico. Pode-se considerar a violência doméstica como umas das mais perversas, isso porque ela

acontece no próprio lar, que é o local onde o sujeito deveria encontrar proteção, amor e união. No estudo de Veloso e colaboradores (2013), a residência das vítimas foi a mais notificada em relação ao local de ocorrência da violência, correspondendo a 74% dos episódios. A predominância da violência dentro do próprio lar, verificada no presente estudo, confirma dados encontrados na literatura (DESLANDES & GOMES, 2000; SANT'ANNA, 2003; MAGALHÃES, 2005; OLIVEIRA et al, 2011).

Os dados do estudo também revelaram predominância das agressões pelos companheiros das vítimas. Estes elementos encontrados na presente pesquisa corroboram com dados da literatura que mostram concordância sobre os ataques por parte do companheiro (TAVARES, 2000; MARQUES, 2005; AUDI et al, 2008; LEÔNCIO et al, 2008; SILVA, 2008; BRASIL; 2010; WHO, 2013). A pesquisa do DataSenado, abrangendo 27 capitais do Brasil, apresentou também os parceiros íntimos como os principais agressores nas pesquisas de todos os anos (BRASIL, 2009).

Quanto aos tipos de violência, os resultados evidenciaram que a violência mais frequente foi a psicológica, seguida da física. A violência psicológica é comumente ocasionada por companheiros e familiares de forma contínua e sem que a sociedade, e até mesmo a vítima, a perceba como violência. Similarmente, o estudo de Moura e colaboradores (2009) encontrou maior prevalência da violência psicológica (80,2%) e, em segundo lugar, a violência física 59%. Ainda o estudo de Cordeiro (2013) apontou a violência psicológica como a mais praticada (69%) seguida pela física (65,5%).

Quanto ao risco à integridade física, a prevalência foi maior nas situações consideradas como grave/gravíssima. Este risco à integridade física significa não só a situação corporal, mas também psicológica após os atos violentos. Além de consequências físicas, inclusive a mortalidade em larga escala, a violência doméstica pode gerar elevados percentuais de gravidez indesejada, abortamentos, doenças sexualmente transmissíveis, e em especial os transtornos mentais (como Depressão, estresse pós-traumático, transtornos de ansiedade, do sono e alimentares), podendo ter danos psicológicos duradouros. (CUNHA, 2008; BRASIL, 2011; MOZZAMBANI, 2011).

No acompanhamento das ocorrências, os profissionais do CRMD instruíram as mulheres sobre seus direitos e encaminharam para as instituições a depender de cada caso. Os encaminhamentos mais predominantes neste estudo foram a delegacia, o próprio CRMD para acompanhamento psicológico e jurídico. Ainda assim, muitas mulheres que foram encaminhadas para as instituições não compareceram ao local e desistiram do

acompanhamento pelo CRMD sendo que algumas retiraram a denúncia. Segundo Souza e Ros (2006), o fato de adiar ou não denunciar o agressor pode ocorrer devido a diversos fatores como dependência financeira, e emocional do companheiro, necessidade de ter alguém como “referência” induzindo a mulher à submissão, a criação dos filhos e a ausência de ajuda de amigos e parentes.

Algumas limitações encontradas nesta pesquisa se referem à ausência do registro de muitas informações das fichas de atendimento técnico armazenados no CRDM que poderiam colaborar com o estudo, por exemplo, a renda das vítimas, pois em poucos registros essas informações estavam presentes. Outra dificuldade encontrada foi o preenchimento das fichas de forma equivocada, impossibilitando o uso das variáveis da forma correta, como o caso da variável raça, em que muitas fichas foram apenas acrescentadas a raça negra ou a denominação de “morena” ao invés de assinalar a raça/cor solicitada na ficha, parda ou preta. Para minimizar esse fato, nesse estudo foi feita a junção da raça/cor preta, parda e morena.

A rotatividade da coordenação e dos profissionais responsáveis pelo CRMD inviabilizou o início prévio da coleta de dados e uma coleta mais acelerada. Esta rotatividade frequente pode ter contribuído para a evasão das mulheres do CRMD, impedindo uma maior notificação dos casos de violência doméstica por este serviço e, conseqüentemente, pode ter influenciado na baixa adesão aos atendimentos jurídicos e tratamentos psicológicos oferecidos pelo CRMD.

CONCLUSÃO

Neste estudo buscou-se descrever o perfil das mulheres em situação de violência doméstica atendidas no Centro de Referência da Mulher-Dandara em Serrinha, Bahia, analisando variáveis sociodemográficas, econômicas, características da violência dando destaque aos diferenciais segundo raça/cor da pele.

Os resultados desta pesquisa mostraram que no perfil da mulher em situação de violência doméstica, destacou-se a faixa etária de 20-29 anos de idade, solteira, negra, que trabalha, recebe menos de um salário mínimo, com ocupação de dona de casa. A maioria das pesquisadas frequenta a religião católica, é heterossexual, tem de 1 a 2 filhos. Quanto à violência, houve predominância da violência psicológica e física, sendo cometida pelos companheiros das vítimas no próprio lar.

Com o intuito de conhecer o perfil das mulheres em situação de violência doméstica residentes em Serrinha/BA os resultados encontrados nessa pesquisa se mostraram semelhantes aos dados encontrados na literatura. Desta forma, os resultados expostos apontam para a necessidade de intensificar a atenção à situação de violência doméstica vivenciada pelas mulheres dando enfoque a ações prioritárias voltadas para este segmento com vistas à prevenção desse agravo.

Entretanto, apesar de encontrar dados na literatura que descrevam o perfil de mulheres em situação de violência doméstica em algumas regiões do país, há uma lacuna extensa quando se refere à violência doméstica e esse espaço é ainda maior quando se considera o recorte racial, mesmo sabendo que as experiências de violência doméstica são vivenciadas de forma mais predominante pelas mulheres negras.

Desta forma, surge a necessidade de novas investigações acadêmicas que considerem a raça/cor das vítimas da violência doméstica como eixo analítico das pesquisas, com vistas à construção de políticas públicas que levem em conta não somente os aspectos relacionados à violência de gênero, mas também os aspectos relativos às iniquidades sociais, dentre estas a violência enfrentada pelas mulheres negras.

Para menores constrangimentos no momento da denúncia, resoluções mais aceleradas dos casos e maior atenção para o contexto da violência são ações fundamentais para a implantação da Delegacia da Mulher (DEAM) na cidade de Serrinha, auxiliando no trabalho executado pelo Centro de Referência da Mulher. Além disso, deve-se promover a capacitação de todos os profissionais envolvidos no atendimento às mulheres em situação de violência que recorrem ao CRMD e também daqueles que atendem as mesmas em hospitais ou Unidades de Saúde, assim como o provimento de técnicos que são necessários para um trabalho interdisciplinar para acolhimento integral e humanizado à mulher em contexto de violência.

Tabela 1. Distribuição (%) das mulheres em situação de violência atendidas no Centro de Referência da Mulher-Dandara, Serrinha, Bahia, segundo condições sociodemográficas e raça/cor, no período de 2011 a 2015.

VARIÁVEIS (N)	Total		Negras		Brancas	
	n	%	N	%	N	%
Ano (364)						
2010	33	9,1	25	80,6	06	19,4
2011	100	27,5	92	92,9	07	7,1

2012	112	30,8	96	91,4	09	8,6
2013	78	21,4	61	79,2	16	20,8
2014	41	11,2	36	92,3	03	7,7
Idade (363)						
18-19 anos	21	5,8	20	95,2	01	4,8
20-29 anos	120	33,0	103	88,0	14	12,0
30-39 anos	117	32,2	101	90,2	11	9,8
40-49 anos	75	20,7	59	84,3	11	15,7
50 >	30	8,3	26	86,7	04	13,3
Moradia (360)						
Alugada	95	26,4	82	90,1	09	9,9
Cedida	17	4,7	16	94,1	01	5,9
Própria	246	68,3	207	87,0	31	13,0
Outro	02	0,6	02	100,0	00	0,0
Escolaridade (356)						
Analfabeta	24	6,7	19	79,2	05	20,8
Ensino Fundamental	169	47,5	146	89,0	18	11,0
Ensino Médio	144	40,4	122	88,4	16	11,6
Ensino Superior	19	5,4	18	94,7	01	5,3
Deficiência (361)						
Sim	09	2,5	09	100,0	00	0,0
Não	352	97,5	299	87,9	41	12,1
Tipo de deficiência (05)						
Física	02	40,0	02	100,0	00	0,0
Visual	03	60,0	03	100,0	00	0,0
Situação Conjugal (363)						
Solteira	176	48,5	154	91,1	15	8,9
Casada	81	22,3	60	78,9	16	21,1
Relação Estável	81	22,3	76	95,0	04	5,0
Separada Judicialmente	20	5,5	14	70,0	06	30,0
Viúva	05	1,4	05	100,0	00	0,0
Religião (326)						
Nenhuma	38	11,7	31	88,6	04	11,4
Católica	241	73,9	214	91,1	21	8,9
Evangélica	40	12,3	34	85,0	06	15,0
Outros	07	2,1	06	85,7	01	14,3
Orientação Sexual (321)						

Heterossexual	319	99,4	272	88,6	35	11,4
Homossexual	01	0,3	01	100,0	00	0,0
Bissexual	01	0,3	01	100,0	00	0,0
Filhos (363)						
Não	35	9,6	31	91,2	03	8,8
Sim	328	90,4	278	88,0	38	12,0
Quantidade de Filhos (359)						
Nenhum	37	10,3	29	80,6	07	19,4
1-2 filhos	200	55,7	172	89,6	20	10,4
3-4 filhos	88	24,5	75	89,3	09	10,7
>4 filhos	34	9,5	31	91,2	07	8,8

*Fonte: Centro de Referência da Mulher Dandara (CRMD) da cidade de Serrinha, Bahia.

**Foram utilizados os percentuais válidos.

Tabela 2. Distribuição (%) das mulheres em situação de violência, atendidas no Centro de Referência da Mulher-Dandara, Serrinha, Bahia, segundo condições de trabalho e raça/cor, no período de 2011 a 2015.

VARIÁVEIS (N)	Total		Negras		Brancas	
	n	%	N	%	n	%
Trabalho (361)						
Sim	188	52,1	159	87,4	23	12,6
Não	173	47,9	149	89,2	18	10,8
Remuneração (181)						
< 1 salário	144	79,6	123	88,5	16	11,5
1 a 2 salários	33	18,2	27	84,4	05	15,6
3 > salários	04	2,2	04	100,0	00	0,0
Ocupação (266)						
Doméstica	50	18,8	45	91,8	04	8,2
Dona de casa	60	22,6	56	94,9	03	5,1
Lavradora	19	7,1	16	84,2	03	15,8
Professora	16	6,0	14	87,5	02	12,5
Vendedora	19	7,1	15	83,3	03	16,7
Outros	102	38,4	84	86,6	13	13,4

* Fonte: Centro de Referência da Mulher Dandara (CRMD) da cidade de Serrinha, Bahia.

**Foram utilizados os percentuais válidos.

Tabela 3. Distribuição (%) das mulheres segundo as características da violência¹ e raça/cor, de acordo com dados do Centro de Referência da Mulher Dandara em Serrinha, Bahia, 2010 a 2014.

VARIÁVEIS (N)	Total		Negras		Brancas	
	n	%	n	%	n	%
Caracterização da violência (341)						
Circunstancial	83	24,3	70	85,4	12	14,6
Continuada	258	75,7	218	88,3	29	11,7
Local da Ocorrência (352)						
Doméstica	335	95,2	286	88,5	37	11,5
Rua	15	4,3	11	78,6	03	21,4
Trabalho	02	0,5	02	100,0	00	0,0
Relação com o Agressor (358)						
Conhecido	355	99,2	301	88,0	41	12,0
Desconhecido	03	0,8	03	100,0	00	0,0
Agressor (357)						
Companheiro	297	83,2	249	87,4	36	12,6
Familiares	39	10,9	38	97,4	01	2,6
Sem vínculo	21	5,9	16	80,0	04	20,0
Tipo de violência* (693)						
Física	202	56,3	174	89,2	21	10,8
Patrimonial	136	37,8	121	91,0	12	9,0
Psicológica	326	90,6	277	88,5	36	11,5
Sexual	29	0,8	18	66,7	09	33,3
Risco à Integridade Física (339)						
Leve/Moderada	132	38,9	102	81,0	24	19,0
Grave/Gravíssima	207	61,1	187	92,6	15	7,4

*Um caso notificado pode ter mais de um tipo de violência.

**Fonte: Centro de Referência da Mulher Dandara (CRMD) da cidade de Serrinha, Bahia.

***Foram utilizados os percentuais válidos.

Tabela 4. Distribuição dos Encaminhamentos à Mulher Vítima de Violência Doméstica, atendidas no Centro de Referência da Mulher, Dandara de Serrinha, Bahia, 2010 a 2014.

ENCAMINHAMENTOS*	N	%
Acompanhamento Jurídico CRM	75	29,3
Acompanhamento Psicológico CRM	70	27,4
Acompanhamento Psiquiátrico	01	0,3
CRM Salvador	01	0,3
CAPENE	01	0,3
CAPS	01	0,3

Conselho Tutelar	01	0,3
CRAS	05	1,4
Defensoria Pública	15	5,9
Delegacia	114	44,6
Medida Protetiva	01	0,3
Ministério Público	02	0,6
Setor de Saúde	01	0,3

*Um caso notificado pode ter mais de um tipo de encaminhamento para serviços diferentes.

**Fonte: Centro de Referência da Mulher Dandara (CRMD) da cidade de Serrinha, Bahia.

***Foram utilizados os percentuais válidos.

REFERÊNCIAS

AUDI, C. A. F.; SEGALL-CORRÊA, A. M.; SANTIAGO, S. M.; ANDRADE, M. G. G.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 877-85, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000500013&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 Dez. 2014.

ADEODATO, V. G. et. al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev. Saúde Pública**, Ceará, v. 39, n. 1, p. 108-113, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/31839/33786>>. Acesso em: 12 Ago. 2014.

ARAÚJO, M.F; MARTINS, E.J.S. & SANTOS, A L. (2004) “Violência de Gênero e Violência Contra a Mulher”. EM ARAÚJO, M.F. & MATTIOLI, O (orgs.) Gênero e Violência (p.17-35). São Paulo: Arte & Ciência.

BORIN, T. B. Violência doméstica contra mulher: percepção sobre violência em mulheres agredidas. Dissertação (Mestrado em ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acidentes e violência: um problema de saúde pública. Promoção da saúde: um ritmo de vida. Brasília, n. 5, p. 12-14, jun, 2001.

BRASIL. Decreto Lei 11.340 de 7 de Agosto de 2006. Lei Maria da Penha: Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Secretaria Especial de Política para as Mulheres, 2008.

BRASIL. Decreto Lei 11.340 de 7 de Agosto de 2006. Lei Maria da Penha: Conheça a lei que protege as mulheres da violência doméstica e familiar. Brasília: Secretaria de Política para as Mulheres Presidência da República, 2012.

BRASIL. DataSenado. Pesquisa de opinião pública nacional violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, Fevereiro, 2009.

BRASIL. Lei Maria da Penha: Uma Superação Coletiva/ Coordenado por José Carlos Miranda Nery Júnior – Goiânia: **Ministério Público**: 2010. 53p.

BRASIL. SUVISA-DIVEP. Boletim Epidemiológico. A Violência Doméstica e Sexual na Bahia, 2009. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Bahia, Dezembro, 2010.

BRASIL. SUVISA-DIVEP. Boletim Epidemiológico de Causas Externas. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Bahia, Junho, 2013.

BRITO, Benilda Regina. Violência doméstica e sexual: um olhar da mulher negra. In: Violência contra a mulher e saúde; um olhar da mulher negra. Belo Horizonte: Casa de Cultura da Mulher Negra, 2004. p. 57-60.

CABRITA, Marta (2007). Tipos de Violência. Disponível em: <<http://mapadocrime.com.sapo.pt/tipos%20de%20violencia.html>>. Acesso em: 16 Ago. de 2013.

CARVALHO, José Murilo de. Cidadania no Brasil: o longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

CASIQUE, L. C.; FUREGATO, A. R. F. Violência contra as mulheres: reflexões teóricas. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, V. 14, n. 6, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000600018&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 25 Out. 2014.

CORDEIRO, L. G. Análise do perfil Sócio Demográfico das Mulheres Vítimas de Violência Doméstica e Familiar que alcançam a SEPS/MPDFT/ Liris Galhardo Cordeiro, 2013. 59 p. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/5049/1/2013_LirisGalhardoCordeiro.pdf>. Acesso em: 22 Jan. 2015.

COSTA, N; SIERRA, J. C; BERMÚDEZ, M. P; CASAL, G. B. Comparación entre mujeres blancas y negras víctimas de la violencia de pareja en el nordeste de Brasil. Revista colombiana de psicología. Bogotá-Colombia, vol. 18 n. 2, Jul-Dez 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80412409003>>. Acesso em: 01 Jul. 2013.

CRUZ, I. C. F. A Sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2004; 38(4): 448-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342004000400011&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 Set. 2013.

CUNHA, T. R. A. Violência Conjugal: rimando amor e dor. In: *Fazendo gênero 8: corpo, violência e poder*. Florianópolis, agosto de 2008.

DAY, V. P. et. al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Rev. Psiquiatri. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, V. 25, Suppl. 1, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082003000400003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 Dez. 2014.

DEEKE, Leila Platt et al. A dinâmica da Violência Doméstica: Uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde Soc**, São Paulo, v.18, n.2, p.248-258,

jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000200008&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 Ago. 2014.

DESLANDES SF, GOMES R, SILVA CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública** 2000; 16:129-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100013>. Acesso em: 20 Dez. 2014.

DOSSI, A. P.; SALIBA, O.; GARBIN, C. A. S.; GARBI, A. J. I. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n.8. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800022>. Acesso em: 14 Ago. 2014.

DUTRA, M. L; PRATES, P. L; NAKAMURA, E. ; VILLELA, W. V. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciênc. saúde coletiva* vol.18 no.5 Rio de Janeiro May. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000500014&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 Dez. 2014.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo, SP, 2001. Disponível em: <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 12 Jun. 2015.

GALVÃO, F. E.; ANDRADE, S. M. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. *Revista Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 2, p. 89-99, maio/ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/09.pdf>>. Acesso em: 10 Jan. 2015.

GARCIA, M. V.; RIBEIRO, L. A. ; JORGE, M. T.; PEREIRA, G. R.; RESENDE, A. P. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(11):2551-2563, nov, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100010>. Acesso em: 30 Nov. 2014.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S.; HOFELMANN, D, A.; Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 22(3):383-394, jul-set 2013. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a03.pdf>>. Acesso em 07 Jun. 2015.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cad Saúde Pública** 1994;10:146-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1994000500010&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 Out. 2014.

GUERRA CC. Descortinando o poder e a violência nas relações de gênero: Uberlândia-MG [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 1998. Disponível em: <<http://www.pagu.unicamp.br/pf->

[pagu/public-files/arquivo/55_corrige.guerra_claudia_costa_termo.pdf](#)>. Acesso em 10 Jan. 2015

IBGE Cidade@. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Página visitada em 17 out. 2013.

LAROCINI, M. L., FERRAZ, M. I. R., TRIGUEIRO, T. H., FEGADOLI, D. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, V. 44, n.1, p. 126-133, mar. 2010.

LEONCIO, K. L.; BALDO, P. L. JOÃO, V.M.; BIFFI, R.G. O PERFIL DE MULHERES VITIMIZADAS E DE SEUS AGRESSORES. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 jul/set; 16(3):307-12. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a02.pdf>>. Acesso em: 05 Fev. 2015.

LIMA, G. Q; WERLANG, B. S. G. Mulheres que sofrem violência doméstica: contribuições da psicanálise. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 4, p. 511-520, out./dez. 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722011000400002&script=sci_arttext>. Acesso em 10 Jan. 2015.

MAGALHÃES, M. C. P. Violência doméstica contra a mulher: o medo da denúncia. [monografia de graduação]. Ribeirão Preto (SP): Centro Universitário Barão de Mauá; 2005.

MARQUES TM. Violência conjugal: estudo sobre a permanência da mulher em relacionamentos abusivos [Dissertação de Mestrado]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2005. Disponível em: <<http://www.pgpsi.ip.ufu.br/node/281>>. Acesso em 05 Fev. 2015.

MENEGHEL S. N, HIRAKATA V. N. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. 2011;45(3):564-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300015. Acesso em: 07 Jun. 2015.

MESSIAS, A. E. A. A saúde da mulher: a violência como problema de saúde pública e a importância do recorte étnico/racial. **Revista África e Africanidades - Ano I - n. 2 – Agosto**. 2008. Disponível em: <http://www.africaeaficanidades.com.br/documentos/A_saude_da_mulher_A_violencia_com_o_problema_de_saude_publica_e_a_importancia_do_recorte_racial.pdf>. Acesso em: 05 Jun. 2013.

MILLER, M. S. **Feridas invisíveis: abuso não físico contra as mulheres**. São Paulo: Summus, 1999.

MOTA, J. C. **Violência contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo**: estudo em um serviço de atenção especializado. Rio de Janeiro, RJ, 2004. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2004. Disponível em: <<http://thesis.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/pdf/motajcm.pdf>>. Acesso em: 15 Dez. 2014.

MOURA, L. B. A.; GANDOLFI, L.; VASCONCELOS, A. M. N.; PRATESI, R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev Saúde Pública* 2009;43(6):944-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000600005>. Acesso em: 02 Mar. 2014.

MOZZAMBANI A. C. F.; RIBEIRO, R. L.; FUSO, S. F.; J. P. FIKS.; MELLO, M. F. Gravidade psicopatológica em mulheres vítimas de violência doméstica. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* vol.33 n°.1 Porto Alegre, 2011 Epub Apr 29, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082011000100008>. Acesso em: 25 Mar. 2014.

OLIVEIRA, Fátima. Saúde da População Negra: Brasil ano 2001 . Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/0081.pdf>>. Acesso em: 03 Out. 2014.

OLIVEIRA G. A; GODOY, M. M; RODRIGUES, R; GARCIA, T. L. A. Vigilância Social: Ferramenta necessária no enfrentamento da violência de gênero em Presidente Prudente. [monografia]. Presidente Prudente (SP): 2011. Faculdade de Serviço Social de Presidente Prudente; 2011.

PETRUCCELLI, J. L. A cor denominada: um estudo do suplemento da Pesquisa Mensal de Emprego de julho de 1998. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

PINHEIRO, Paulo Sérgio (org.). Crime, violência e poder. São Paulo: Brasiliense, 1983.

RABELLO, M. P; JÚNIOR, C. F. A. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 6, p. 970-978, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n6/5848.pdf>>. Acesso em: 25 Jan. 2015.

RANGEL, C. M. F. R.B. A.; OLIVEIRA O. L. Violência contra as mulheres: fatores precipitantes e perfil de vítimas e agressores. In: Anais do Fazendo Gênero 9: Diásporas, Disparidades, Deslocamentos; 2010 23 a 26 ago; Florianópolis, Santa Catarina, 2010. P. 1-1. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277848018_ARQUIVO_fazendogenero_Celina_Elzira.pdf>. Acesso em: 09 Fev. 2015.

RENNISON, C., WELCHANS, E S. “Intimate Partner Violence.” Washington, D.C.: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics. 2003. Disponível em: <www.ojp.usdoj.gov/bjs/pub/pdf/ipv.pdf>. Acesso em: 09 Fev. 2015.

ROCHA, Luiz Carlos Paixão da. **Políticas Afirmativas e Educação: a Lei 10639/03 no contexto das políticas educacionais no Brasil contemporâneo**. Dissertação (Mestrado em Educação) - Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2006.

SAMPAIO, R. O.; AQUINO, G. B. Perfil das mulheres vítimas de violência doméstica de uma cidade do interior da Zona da Mata Mineira. *REVISTA CIENTÍFICA DA FAMINAS* – V. 9, N. 3, SET.-DEZ. de 2013.

SANT'ANNA M. E. Violência doméstica. *Med Soc* 2003; 16:25-8.

SANTOS, S.M; GUIMARÃES, M. J. B; ARAÚJO, T. V. B. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 16, n. 2, p. 87-102, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200009>. Acesso em: 11 Nov. 2014.

SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA, A. F. P. L; FRANÇA I. J. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. **Rev Saúde Pública**, São Paulo. 2008;42 (Supl 1):127-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000800015&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 Jan 2014.

SECRETARIA DA SAÚDE. Mulheres em situação de violência doméstica e sexual: orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007.

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA MULHERES. Lei Maria da Penha, 2011. Disponível em: <<http://www.sepm.gov.br/subsecretaria-de-enfrentamento-a-violencia-contras-mulheres/lei-maria-da-penha>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA MULHERES. Lei Maria da Penha: Lei nº 11.340/2006, 2012 Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2012/lei-maria-da-penha-edicao-2012>. Acesso em: 15 dez. 2014.

SILVA, IRACEMA VITERBO. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S263-S272, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a08v19s2.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

SILVA, S. S; BATISTA, R. S; CHAVES, A. E. P; MEDEIROS, F. A. L. Violência doméstica contra a mulher. **Revista Eletrônica de Ciências** – v. 1, n.1, 2008.

SOUZA, P. A; ROS, M. A. Os motivos que mantêm as mulheres vítimas de violência no relacionamento violento. *Revista de Ciências Humanas*. Florianópolis, EDUFSC, n. 40, p. 509-527, Outubro de 2006. Disponível em:

<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/viewFile/17670/16234>>. Acesso em: 15 set. 2014.

TAVARES, F. A. & PEREIRA, G. C. Reflexos da dor: contextualizando a situação das mulheres em situação de violência doméstica. **Rev. Textos & Contextos Porto Alegre** v. 6 n. 2 p. 410-424. jul./dez. 2007. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/2318>>. Acesso 11 Fev. 2014.

TAVARES. D. M. C. **Violência doméstica: uma questão de saúde pública. Dissertação de mestrado**. 2000. 113f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade De Saúde Pública, Universidade São Paulo. São Paulo. 2000. Disponível em:

<<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/dinalva.pdf>>. Acesso 11 Fev. 2014.

TJADEN, P., E N. THOENNES (2000). **Extent, Nature, and Consequences of Intimate Partner Violence**. Washington, D.C.: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice and Centers for Disease Control. Disponível em: <www.ncjrs.org/pdffiles1/nij/181867.pdf>. Acesso 18 Fev. 2014.

VELOSO, M. M. X; Magalhães, C. M. C; Dell’Aglío, D. D; Cabral, I. R; Gomes, M. M. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(5):1263-1272, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000500011&script=sci_arttext>. Acesso 27 Fev. 2015.

World Health Organization. **Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: WHO; 2013.

4.2 ARTIGO 2

IMAGEM CORPORAL E SAUDE MENTAL DE MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEGUNDO RAÇA/COR DA PELE.

Luane Sales de Jesus¹, Edna Maria de Araújo²

1. Professora de Educação Física, Especialista em Atividade Física e Saúde, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil.

2. Enfermeira, Doutora em Saúde Pública e Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Autor responsável pela troca de correspondência:

Luane Sales de Jesus

Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS

Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde - NUDES

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Av. Transnordestina, s/nº, Novo Horizonte, Campus Universitário (UEFS)

CEP. 44031-460 – Feira de Santana (BA), Brasil

Tel. (75) 3161-8183

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a satisfação com a imagem corporal e a situação de saúde mental das mulheres vítimas de violência doméstica, segundo raça/cor. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo quantitativo com finalidade descritiva. Participaram do estudo 87 mulheres em situação de violência doméstica, a partir dos 20 anos de idade, que foram atendidas em um Centro de Referência da Mulher em um município da Bahia, no período de 2011 a 2015. Os dados sociodemográficos, econômicos, do trabalho, de saúde mental e comportamental foram obtidos por meio de um questionário estruturado. Para a coleta dos dados foram utilizados instrumentos validados: Escala de Silhuetas de Stunkard para analisar a imagem corporal, o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) para avaliação de Transtornos Mentais Comuns (TMC), o Inventário de Depressão de Beck para análise de Depressão e o Patient Health Questionnaire (PHQ) para avaliar o comportamento alimentar. Os dados foram analisados descritivamente e obtidas medidas de frequência com o uso do programa estatístico SPSS, versão 21.0. **RESULTADOS:** A maioria das mulheres investigadas era negra, jovem, solteira, com filhos, Ensino Médio, assumia a chefia da família, trabalhava, era autônoma, com renda mensal menor que um salário mínimo e praticava atividades de lazer. Houve predominância da violência por parceiro íntimo, no próprio lar, destacando-se a violência psicológica e física. Houve predominância de insatisfação com a imagem corporal (62,4%), com elevada prevalência de TMC (57,5%) e de Depressão observada em 37,9% do segmento pesquisado. Os diferenciais da raça/cor apontou para maior percentual de insatisfação com a imagem corporal e TMC entre as mulheres negras e de depressão e TCAP entre as mulheres brancas. Houve predominância de insatisfação com a imagem corporal na análise bivariada de todas variáveis relacionadas (idade, renda, ter filhos, situação conjugal, escolaridade). **CONCLUSÕES:** A maioria das mulheres pesquisadas se referiu à insatisfação com a imagem corporal e foi observada a presença de Transtorno Mental Comum, porém o estudo apontou para predominância de insatisfação com a imagem corporal e TMC entre as mulheres negras, sugerindo que a violência doméstica pode estar associada à baixa autoestima e problemas na saúde mental. Os resultados reforçam a necessidade de adoção de ações para a melhoria da saúde mental da mulher que se encontra em situação de violência doméstica, em especial para as negras, a fim de minimizar as consequências da violência sofrida.

PALAVRAS-CHAVE: Violência Doméstica, Imagem Corporal, Saúde Mental, Raça/cor.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Evaluate the satisfaction with body image and mental health situation of women victims of domestic violence, according to race/color. **METHODS:** This is a quantitative study with descriptive purpose. There were 87 (eighty-seven) women, victims of domestic violence from 18 (eighteen) years, who were treated at a Woman's Reference Center in a city from Bahia State in the period from 2011 to 2015. The data socio-demographic, economic, labor, mental and behavioral health were obtained through a structured questionnaire. Standardized structure instruments were used: Stunkard Silhouettes Scale to analyze the body image, the Self-Report Questionnaire (SRQ-20), for evaluation of common mental disorders (CMD), the Beck's Depression Inventory, for analysis of depression and the Patient Health Questionnaire (PHQ), to evaluate measure eating behavior. Data were analyzed descriptively, obtained frequency measurements, using the SPSS statistical software version 21.0. **RESULTS:** Most investigated women were black, young, single, with children, low high school, took the head family, worked, were autonomous, with monthly income less than a minimum salary, and practiced recreation activities. There were prevalence of intimate partner violence into their own homes, with emphasis on the psychological and physical violence. Most women were (62,4%) dissatisfied with their bodies image, (57,5%) had high prevalence of CMD, and (37,9%) observed depression in all searched women. The differential of race/color pointed to a higher percentage among black women in dissatisfaction with body image and CMD, depression and PCED among white women. The dissatisfaction with body image, predominated in all variables: (age, income, children, marital status, education). **CONCLUSIONS:** It was observed that although most women refer dissatisfaction with their bodies image and detected the presence of common mental disorders. The study pointed to the predominance of dissatisfaction with body image and CMD among black women, suggesting that domestic violence can be associated to racism and women's mental health problems. The results reinforce the need to adoption of actions, to improve the women's mental health, to minimizing the consequences of the suffered violence by the black women in society.

KEYWORDS: Domestic violence, Body image, Mental health, Race/color.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é considerada uma das formas de violações dos direitos humanos, fragilizando o direito à vida, saúde e integridade física das vítimas. As formas de violência contra a mulher atingem todas as classes sociais, idade, religião, raça, situação conjugal, escolaridade, orientação sexual e área geográfica. A violência doméstica é a forma mais frequente de violência contra a mulher (BRASIL, 2011).

Antigamente, a violência doméstica não era identificada como um crime, não implicando punição para os agressores. Ainda hoje, esta violência é a realidade de muitas mulheres brasileiras (DOSSI et al., 2008). No entanto, ao longo do tempo, os movimentos feministas avançaram na busca de uma sociedade mais igualitária e equitativa juntamente com mudanças ocorridas na sociedade, o que contribuiu para criar políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência contra a mulher. Uma das políticas públicas de vital importância foi a criação da Lei “Maria da Penha”, de nº. 11.340/2006, na qual a violência doméstica e familiar passaram a ser consideradas como crime. Dentre os tipos de violência caracterizadas pela lei estão: a violência física, a psicológica, a sexual e a patrimonial. Pode-se dizer que não existem fronteiras para a violência contra a mulher, porém ela, geralmente, é cometida pelos parceiros íntimos das vítimas em seus próprios lares (BORIN, 2007; SAMPAIO, 2013).

A violência doméstica se tornou um problema de saúde pública em vista do reconhecimento de suas consequências na vida das vítimas. Dentre os efeitos negativos resultantes dos atos violentos cometidos contra as mulheres, têm sido destacados os agravos à saúde física e mental como danos físicos, falta de reconhecimento da sua identidade, baixa autoestima, autodepreciação, presença de Transtornos Mentais Comuns, transtornos alimentares, estresse, ansiedade, desânimo, angústia, incerteza, dificuldades de autocontrole e comportamentos exagerados, dificuldades de concentração, dependência econômica e emocional, padrões de condutas violentos, Depressão, desejo suicida e insatisfação com a imagem corporal (MENEGHEL, 2003; VIANNA, 2006; BORIN, 2007; TAVARES, 2007; DUTRA, 2013).

A imagem corporal decorre de um emaranhado de fatores sociais, econômicos e culturais que podem modificar-se a todo momento, influenciando no modo como a pessoa se vê e como acha que é vista pelos outros. Há vários motivos pelos quais a percepção da imagem corporal de um indivíduo pode mudar de satisfeito para insatisfeito. Esta mudança

ocorre em maior escala em mulheres (DAMASCENO, 2006). Como já assinalado, sofrer violência doméstica pode acarretar efeitos negativos sobre a saúde mental da mulher, incluindo o modo como ela se enxerga (PEREIRA, 2009).

Estudo da OMS (2005), em diversos países, encontrou forte associação entre a violência e precárias condições de saúde, inclusive a saúde mental. A percepção de ter sofrido maus tratos, em especial no próprio lar, pode produzir o desenvolvimento de desordens mentais como Transtornos Mentais Comuns, Depressão e transtornos alimentares (PRATES, 2007; MORAIS, 2009; MORENO, 2012).

Para qualquer mulher viver em um ambiente violento pode acarretar danos físicos e psíquicos graves. Entretanto, tem-se observado que as mulheres negras estão mais vulneráveis a situações de violência do que as mulheres brancas. Alguns estudos comprovam que a ocorrência da violência doméstica acomete mais mulheres negras quando comparadas com as brancas (SAMPSON, 2007; SANTOS, 2007; COSTA, 2009; BRASIL, 2013). A mulher negra, além de se encontrar mais exposta à violência doméstica, pode ter a situação agravada pela discriminação racial, resultando em efeitos negativos na saúde mental como distúrbios da autoestima e do autoconceito, insatisfação com a imagem, declínio da autonomia e cidadania, provocando tristeza e ódio por não conseguirem ser o que gostariam (BRITO, 2004; CRUZ, 2004; TAVARES, 2007; MESSIAS, 2008; DUTRA, 2013).

Sabendo-se da existência de efeitos negativos na saúde da mulher que vive em situação de violência, sobrecarregando em especial a mulher negra, este estudo tem por objetivo avaliar a satisfação com a imagem corporal e a situação de saúde mental das mulheres vítimas de violência doméstica, atendidas em um Centro de Referência da Mulher, com destaque para os diferenciais de raça/cor.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, de abordagem quantitativa que foi realizado em um Centro de Referência da Mulher do município de Serrinha, na Bahia, com mulheres em situação de violência doméstica.

A população alvo do estudo foram mulheres vítimas de violência doméstica, com idade a partir dos 20 anos, assistidas no período de 2011 a junho de 2015 no Centro de Referência da Mulher Dandara (CRMD). Foram elegíveis para este estudo mulheres maiores de 20 anos de idade, já que não foram encontradas mulheres de 18-19, atendidas no CRMD

selecionado e que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Das elegíveis, 390 fichas foram estudadas, sendo incluídas no estudo 364 por terem sido preenchidas de forma completa. No entanto, foram localizadas apenas 87 (23,9%) mulheres que aceitaram participar da pesquisa e atendiam o critério de elegibilidade do estudo. A evasão do serviço pelas mulheres, os endereços incompletos nas fichas de ocorrência, mudança de endereço e de telefone sem notificar ao Centro de Referência da Mulher foram fatores contribuintes para o baixo percentual de participação, apresentando uma amostra por conveniência.

A coleta de dados foi feita no período de outubro de 2014 a junho de 2015. As mulheres foram contatadas por telefone, em suas casas ou no Centro de Referência no qual foram atendidas. A coleta foi realizada no local de preferência da pesquisada, sendo realizada na própria casa da mulher, em seu trabalho ou no Centro de Referência, sempre atendendo a conveniência das mesmas.

Utilizou-se um questionário padronizado, composto de seis blocos de questões: bloco I: informações sociodemográficas; bloco II: questões sobre o trabalho profissional; bloco III: classificação econômica; bloco IV: percepção da própria imagem corporal e informações sobre a saúde mental (presença de Transtornos Mentais Comuns e Depressão); bloco V: atividade física e de lazer; bloco VI: questões sobre alimentação e saúde.

As características da violência sofrida não constavam no questionário utilizado nas entrevistas. Estas informações foram extraídas dos registros existentes no Centro de Referência que continham dados sobre o ano em que ocorreu a agressão (2011-2015): Local da ocorrência (doméstica, rua, trabalho), Agressor (companheiro, familiares, sem vínculo), Tipo de violência (física, sexual, psicológica, patrimonial). Essa estratégia foi utilizada com o objetivo de não abordar diretamente os aspectos da violência vivenciada, evitando constrangimento ao trazer lembranças da violência, especialmente considerando as situações de sofrimento envolvidas e as possíveis dificuldades de avaliar esse evento em locais como a residência ou o trabalho das mesmas – locais onde comumente ocorrem os atos de violência.

Na análise dos dados, foram consideradas variáveis sociodemográficas, econômicas e de trabalho: Idade (em anos: 20-29, 30-39, 40-49, 50 ou mais), Situação conjugal (Solteira, União Estável, Casada, Divorciada, Viúva, Separada), raça (Amarela/Indígena, Branca, Negra), renda (< 1 salário, 1-2 salários, 3> salários), nível de escolaridade (Lê e escreve bem, Ensino Fundamental, Ensino Médio, Superior), quantidade de filhos (1-2 filhos, 3-4 filhos, >4 filhos), trabalho (quantos dias trabalha, carga horária, se tem carteira

assinada, ocupação), chefia da família (você mesma, seu companheiro, pai, mãe, outros) e classificação de nível econômico (A, B, C, D, E).

Para a definição de nível econômico, utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), de 2014, que inclui itens sobre a presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto.

Para analisar a imagem corporal, a saúde mental e comportamental da mulher, foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Silhuetas de Stunkard para analisar a imagem corporal, *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para avaliar Transtornos Mentais Comuns, o Inventário de Depressão de Beck II para investigar Depressão e para aferir o comportamento alimentar, foi utilizado o Patient Health Questionnaire (PHQ).

Todas as variáveis foram analisadas considerando-se a raça/cor das vítimas para comparar as experiências de sofrer violência doméstica entre as mulheres que se auto referiram negras (pretas e pardas) e brancas. As mulheres amarelas (descendentes asiáticos) e indígenas foram retiradas da análise comparativa, pois o número das mesmas foi muito reduzido.

Os dados obtidos foram analisados descritivamente com o uso do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 21.0 para *Windows*. Realizou-se uma análise descritiva, apresentando a frequência de todas as variáveis estudadas. Após as frequências, foi feita uma análise bivariada comparando-se as mulheres brancas com as mulheres negras (pretas, pardas), considerando-se todas as variáveis utilizadas. Em seguida, realizou-se uma análise cruzada dos dados sociodemográficos (idade, situação conjugal, renda, escolaridade) com a imagem corporal. Logo após, foi realizada uma análise cruzada da imagem corporal com o Transtorno Mental Comum, comportamento alimentar e Depressão.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana sobre o parecer de número 856.489 e CAEE 33025014.8.0000.0053.

RESULTADOS

Do total de 87 mulheres estudadas, predominou a raça/cor da pele negra (80,5%), seguidas pelas mulheres brancas (14,9%) e amarela/indígena (4,6%). Predominou a faixa etária entre 30 a 39 anos (29,3%), com a média de idade obtida de 38 anos. Observou-se na

faixa etária de 20 a 29 anos a predominância de mulheres negras (27,1%) em comparação às mulheres brancas (15,4%). As mulheres brancas foram mais frequentes na faixa etária de 40 a 49 anos de idade. Das mulheres estudadas, a maioria era solteira (34,1%). O percentual das mulheres negras solteiras (37,1%) foi maior do que das brancas (15,3%). Entre as divorciadas, houve predominância das mulheres brancas. Foram frequentes mulheres que tinham filhos (93,9%), com maior percentual de mulheres que tinham 1 a 2 filhos (59,7%), sendo a maior proporção entre negras, inclusive com quantidade acima de 4 filhos (TABELA 2).

Quanto ao grau de escolaridade, destacou-se o Ensino Fundamental com 42,0%, sendo predominantes as mulheres negras. No que tange à chefia da família, a maioria referiu-se assumir esta tarefa (60,5%), sendo encontrados percentuais semelhantes entre as mulheres brancas (61,5%) e negras (59,4%). Em relação à classificação econômica, 81,5% das mulheres estavam na classe E com renda mensal individual menor que um salário mínimo (73,1%) e a renda mensal familiar era de 1 a 2 salários mínimos (49,2%). Entre as mulheres, negras e brancas, houve predominância da classe E, com renda menor que um salário mínimo. Todavia, a renda mensal familiar das mulheres brancas apresentou maior percentual nos estratos acima de um salário mínimo (TABELA 2).

A maioria das mulheres trabalhava (67,9%), estava no mesmo emprego há cinco anos ou mais (60,7%), não tinha carteira assinada (75,8%), não tinha contrato de trabalho (55,0%), trabalhava cinco dias na semana (60,0%), 40 horas semanais (57,1%). As ocupações mais citadas foram autônomas (25,8%) e serviços diversos (25,8%). As mulheres negras e brancas apresentaram percentuais semelhantes nas categorias descritas acima, mas no que se refere à ocupação em serviços diversos se observou maior predominância de mulheres negras (28,7%) e nenhuma mulher branca (TABELA 3).

A prática de atividades de lazer era realizada por um grupo de mulheres (64,6%) sendo que a maioria declarou assistir à TV (76,3%), ouvir rádio (57,9%). As demais mulheres declararam não ter tempo suficiente para as atividades de lazer (46,3%). Quanto à atividade física, houve relato de caminhada (69,2%). As mulheres negras e brancas apresentaram experiências de lazer semelhantes.

No que tange à violência doméstica, a maioria das mulheres foi atendida em 2011 (29,3%). O local mais citado de ocorrência das agressões foi o doméstico (97,6%), sendo que o principal agressor foi o companheiro da vítima (97,6%). Tanto para as mulheres negras quanto brancas, houve alto percentual de violência no lar, sendo o principal agressor o companheiro. As violências mais citadas foram a psicológica (95,1%) e a física (55,1%).

No que concerne à imagem corporal, a maioria das mulheres pesquisadas está insatisfeita com a imagem do seu corpo (72,0%), dentre estas foi relatado a insatisfação com o excesso de peso (48,8%) ou com a magreza (23,2%). Entre as mulheres brancas, houve maior insatisfação com a imagem corporal (92,3%). O mesmo ocorrido entre as mulheres negras, que 68,6% indicou insatisfação com a imagem do corpo. O excesso de peso foi referido pelos dois grupos como o principal motivo de insatisfação com a imagem corporal. (TABELA 4).

No que se refere à saúde mental, foi observada elevada prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre as mulheres vítimas de violência doméstica (57,3%), mas a prevalência foi ainda maior entre as negras (60,0%). Quanto à presença de Depressão, 39,1% das mulheres apresentaram algum grau deste problema, sendo que houve predominância das mulheres brancas (46,2%) quando comparada às negras (37,1%). Quanto ao comportamento alimentar, apenas 3,4% das mulheres apresentaram transtorno da compulsão alimentar periódica e Bulimia Nervosa, sendo que duas dessas mulheres eram negras e uma branca (TABELA 4).

Dentre as mulheres insatisfeitas com a imagem corporal, foi observada predominância entre aquelas de 20 a 30 anos de idade (77,8%) com predomínio entre as mulheres negras (41,7%). Dentre aquelas com renda menor que um salário (75,4%), houve predomínio de mulheres negras (78,3%) enquanto que para o grupo com renda maior que um salário mínimo (66,7%) foi observado predomínio das mulheres brancas (33,3%). Quanto à situação conjugal, as mulheres com parceiro representaram 67,6% com predominância entre as negras (58,3%) e as sem parceiro (75,6%) com 50,0% de brancas. Dentre as mulheres que responderam ter filhos (72,7%), houve predominância de brancas e negras, (100,0%) e (93,8%) respectivamente. Referente à escolaridade, predominou as categorias lê e escreve (100,0%) e Ensino Médio (77,4%) com predominância das negras em todos os níveis de escolaridade, em especial os mais baixos (TABELA 5).

Na análise da saúde mental e a raça/cor com a imagem corporal contatou-se que 76,6% das mulheres insatisfeitas com a imagem apresentaram algum transtorno mental indicando predominância das mulheres brancas (100%). Quanto à Depressão, os resultados evidenciaram que a maioria das mulheres que estavam insatisfeitas (96,9%) apresentava algum grau de depressão, apontando percentuais próximos entre as mulheres brancas (100,0%) e negras (96,2%). Ainda entre as mulheres que tinham transtorno alimentar, todas estavam insatisfeitas com a imagem do corpo com percentuais idênticos entre negras e brancas (100,0%) (TABELA 6).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo indicaram que a maioria das mulheres tinha idade entre 30 a 39 anos. Pesquisas realizadas com mulheres vítimas de violência doméstica apontaram resultados similares (MOTA, 2004; LEÔNCIO et al. 2008; LIMA et al., 2011). A presente pesquisa apresentou maior percentual de mulheres negras com a idade de 30 a 39 anos. A pesquisa feita pelo IPEA (2013) constatou predominância de mulheres negras com idade entre 20 a 39 anos em situação de violência doméstica, apontando essas mulheres como mais expostas a agressões.

A situação conjugal mais predominante entre as mulheres foi a solteira. Dados similares foram encontrados por Silva et al. (2008) e Leôncio et al. (2011). Ainda, o estudo de Petruccelli (2000) sugeriu que as mulheres negras se casam em menor proporção que as mulheres brancas, auxiliando na possível explicação dos resultados do presente estudo em que apresentou predominância de mulheres solteiras e negras. Dessa forma, as mulheres negras podem ter sofrido os ataques violentos após o término do relacionamento ou podem ter sido agredidas por um parceiro que não vive com as mesmas.

O presente estudo constatou maior frequência de mulheres que tinham filhos. Este resultado está de acordo com o estudo de Adeodato et al. (2005) e Silva (2006). Apesar do maior percentual de negras neste estrato, apenas uma entre as mulheres brancas declarou não ter filhos. Esses dados mostram que a maioria de mulheres negras solteiras, observada nesse estudo, tem filhos o que reafirma a falta de acesso ao casamento e maior responsabilidade com o sustento dos filhos. Esse resultado tem similaridade com as pesquisas que indicam a predominância de mulheres negras com filhos quando confrontadas com as mulheres brancas (FUNDAÇÃO SEADE, 2004; IBGE, 2006; SILVA, 2008).

No que se refere ao grau de escolaridade, a maior parte das mulheres indicou ter cursado alguma série do Ensino Fundamental. Estudos apontam para a baixa escolaridade como fator associado à violência doméstica (KLEVENS et al., 2001; MENEZES et al., 2003; GÓMEZ et al., 2006). Quando relacionado o nível de escolaridade com a raça/cor, os dados se assemelham aos da Fundação SEADE (2004) que indicou as mulheres negras com menor escolaridade em todos os níveis quando comparadas com as brancas. Assim, para a mulher com baixa escolaridade e negra pode ser mais difícil o rompimento da situação de violência

no lar por ter funções precárias e se encontrar economicamente dependente do agressor, adicionando ainda as barreiras impostas pela discriminação (ALMEIDA & PEREIRA, 2012).

No que concerne à chefia da família, houve predominância das mulheres que assumiam a chefia de sua família, em sua maioria negra. Segundo a Fundação SEADE (2001), houve o aumento da família chefiada por mulheres, e as chefiadas por negras tinham mais filhos que as chefiadas por brancas, que unidos com outras características, como baixa escolaridade e desemprego, podem explicar a predominância de mulheres negras em situação de violência doméstica.

No que se refere ao trabalho, a maior parte das mulheres estava trabalhando, não possuía vínculo empregatício e tinha carga horária de 40 horas. Algumas pesquisas constataram que a maioria das mulheres, vítimas de violência doméstica, exercia algum trabalho, porém a grande maioria não possuía vínculo empregatício, podendo exibir baixa remuneração, maior carga horária de trabalho, ocupação inferior e restrições aos seus direitos básicos (ALVES, 2005; LEÔNCIO et al. 2008; MORAIS, 2009).

A ocupação mais citada foi a de autônoma e serviços diversos com predominância das mulheres negras desempenhando estes cargos. Silva (2008), em estudo com mulheres negras vítimas de violência doméstica realizado em Salvador-BA, indicou que 40,4% das mulheres eram autônomas. O estudo de Prates (2007), realizado em um abrigo para mulheres em situação de violência em São Paulo-SP, averiguou que os serviços domésticos eram a ocupação mais prevalente, e a maioria referiu ser negra (83,9%). A falta de qualificação profissional e o baixo nível de escolaridade, especialmente das mulheres negras, propicia a inserção no mercado de trabalho com funções precárias e baixas remunerações (ALMEIDA & PEREIRA, 2012).

Quanto ao nível socioeconômico, a maioria das mulheres estava inserida na classe E, com a renda mensal individual menor que um salário mínimo e a renda familiar com maior percentual de 1 a 2 salários mínimos, dados similares ao encontrado por Moraes (2009). Ao analisar a renda familiar, constatou-se que o percentual de mulheres brancas aumentou na categoria de 1-2 salários mínimos e o de negras teve uma redução em comparação com a categoria menor que um salário. Segundo Araújo (2001), 85% das mulheres negras estão abaixo da linha de pobreza. Desta forma, presume-se que a maioria das mulheres tinha carência financeira por ter cargos menos valorizados, melhorando a situação econômica quando adicionada a renda mensal familiar, podendo levar a condição de sujeição e, conseqüentemente, de maior vulnerabilidade à violência, em especial nas mulheres negras.

A presente pesquisa apontou para o maior percentual de mulheres que praticavam alguma atividade de lazer com predominância nas práticas de assistir à televisão e ouvir rádio e como atividade física, a caminhada. O estudo de Moraes (2009) indicou que as mulheres em situação de violência praticavam atividades físicas com pouca frequência, sendo que as atividades de lazer mais realizadas foram assistir à televisão (63,2%), ouvir rádio (51,5%), corroborando com a atual pesquisa.

Os atos de violência foram praticados no âmbito doméstico pelos parceiros das vítimas com predominância da violência psicológica e física. Estudos realizados com mulheres em situação de violência obtiveram resultados semelhantes (DOSSI et al., 2008; LEÔNCIO et al, 2008; SILVA, 2008; LABROCINI, 2010; CORDEIRO, 2013; WHO, 2013). Corroborando com este estudo, a Fundação Perseu Abramo (2001) relatou maior percentual de violência doméstica em mulheres não brancas. A violência doméstica contra as mulheres negras tem sido intensificada por outras violências e exclusões originadas do racismo, se tornando um ponto decisivo para atos violentos contra este grupo de mulheres (BRITO, 2004; PEREIRA, 2013). Segundo Pereira e Almeida (2012), a vivência das mulheres negras no contexto domiciliar pode ser diferente das mulheres brancas, onde seus companheiros supervisionam sua sexualidade frequentemente, pois são vistas como hipersexualizadas, consideradas como distantes dos padrões de beleza impostos e são mais vulneráveis a sofrerem humilhações, em especial devido ao racismo e sua condição econômica.

No que se refere à imagem corporal, a maioria das mulheres apresentou insatisfação com sua imagem. Para Dourado e Noronha (2014), as mulheres que se encontram em situação de violência podem ter sua beleza violada por meio da agressão sofrida, o que pode prejudicar a autoimagem da mesma. Segundo Day (2003), viver em meio à violência pode acarretar em uma imagem corporal defasada. Alguns estudos afirmam que sofrer violência doméstica pode ter efeitos permanentes na saúde mental da mulher, podendo causar danos à autoimagem, deixando as vítimas inseguras como se veem e como acham que são vistas pelas outras pessoas, em especial por seu companheiro. (GIFFIN, 1994; DAY et. al., 2003; ADEODATTO, 2005; CASIQUE & FUREGATO, 2006; BORIN, 2007).

Para Brito (2004), a violência, juntamente com o racismo de que são alvos as mulheres negras, podem comprometer a saúde mental da mulher por dificultar uma vida feliz e saudável, pois com as ofensas do agressor, a mulher pode se sentir depreciada e com baixa autoestima (CARNEIRO, 2003). O estudo de Cruz (2004) apontou para insatisfação com a

imagem corporal em mulheres negras (92,4%). Os indivíduos que não se encaixam no padrão de beleza imposto pela sociedade, formado por uma pele de cor branca, cabelos lisos, olhos claros e corpo esbelto, são suscetíveis à desaprovação e crítica, ainda mais se apresentar características propícias para sua marginalização (COUTO, 2004; PRIORE, 2004). Tendo em vista que a imagem corporal pode se modificar de acordo com a experiência vivida (AERTS et al, 2011), pode-se supor que a junção da violência doméstica e do racismo pode levar a mudança no conceito da própria imagem que a mulher negra tem de si, tornando-as insatisfeitas.

Quanto aos Transtornos Mentais Comuns (TMC), os resultados evidenciaram que a maioria das mulheres tinha TMC. Dados semelhantes aos do estudo de Adeodatto et al. (2005) e Rabello e Caldas Junior (2007). O estudo de Moreno (2012), realizado em Recife-PE utilizando o SRQ-20 para avaliar TMC, constatou que 64,9% das mulheres que sofreram maus tratos ao longo da vida apresentaram algum Transtorno Mental Comum. Ainda, Zanello et al. (2012), em um estudo no Distrito Federal, constatou que a maioria das mulheres apresentava elevado percentual de Transtornos Mentais Comuns, 27% tinha problemas conjugais e já sofreu violência física, sexual e verbal sendo que, do total de investigados, a maioria declarou ser de cor negra. Desta forma, estar inserido em um ambiente violento e o impacto causado pelo racismo pode resultar em efeitos negativos na saúde mental da mulher negra (TAVARES, 2007; DUTRA, 2013).

Os resultados indicaram presença de Depressão em uma parte considerável das mulheres estudadas. Segundo a OMS (2005), as mulheres que já sofreram agressão por seus parceiros podem desenvolver problemas de saúde mental, angústia emocional e desejos suicidas. O estudo de Adeodatto et al. (2005) realizado no Ceará, que utilizou o inventário de Beck também usado no presente estudo, apontou para presença de Depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. A pesquisa de Morais (2009), realizado em Salvador-BA, apontou para prevalência de Depressão em vítimas de violência doméstica (75,3%), indicando predominância de mulheres negras (92,0%). O racismo sofrido, geralmente por mulheres negras, unido à violência doméstica, pode acarretar efeitos negativos nas mulheres como a Depressão (CRUZ, 2004; TAVARES, 2007; DUTRA, 2013).

Quanto ao comportamento alimentar, o percentual mínimo que apresentou transtorno alimentar também indicou presença de Bulimia Nervosa. O estudo de Alves e Coura-Filho (2001) aponta como consequência da violência doméstica na saúde mental da

mulher, os transtornos alimentares como Bulimia, Anorexia e compulsão para comer. Ainda, Walcot et al. (2003) indicou maior frequência de comportamentos alimentares de risco em negras, sendo mais comum a compulsão alimentar entre elas.

Ao relacionar imagem corporal com a idade, os resultados indicaram a faixa etária de 20 a 39 anos com maior insatisfação, no qual as negras foram predominantes. A pesquisa de Tessmer e colaboradores (2006) apontam que quanto maior a idade, menor o nível de insatisfação. Kaplan & Sadock (2003) dão potência a essa afirmação quando indicam maior distorção da imagem corporal na faixa de 15 a 30 anos em diferentes níveis. A pesquisa de Ribeiro & Veiga (2010) aponta que as pessoas mais jovens desejavam ter uma silhueta menor do que a considerada mais saudável. Ressaltando que o desejo de ter uma silhueta menor que a avaliada como saudável era quase duas vezes maior em mulheres e pessoas mais jovens. São escassos os estudos que relacionem a imagem corporal com a violência doméstica e idade. No entanto, os resultados da presente pesquisa auxiliam na hipótese de que as mulheres mais jovens estão mais expostas a ataques violentos e são mais insatisfeitas com a imagem corporal.

Quanto à situação conjugal, as mulheres que não tinham parceiro apresentaram maior percentual de insatisfação com a imagem corporal e esse resultado foi observado entre as mulheres negras e brancas. O estudo de Silva et al. (2010) indicou que 41,7% das mulheres solteiras apresentaram insatisfação corporal. Ao mesmo tempo, a pesquisa feita por Leôncio e colaboradores (2011) indicou que as mulheres solteiras estão mais expostas à violência doméstica e suas consequências. Este é um dado importante, pois apesar de não encontrarmos na literatura estudos que confirmem os dados encontrados, estas pesquisas auxiliam na hipótese de que as mulheres sem parceiro são mais vulneráveis a situações violentas e tem um conceito de sua aparência corporal diferente das mulheres com parceiros.

Das mulheres insatisfeitas com a imagem corporal, a maioria apresentou renda menor que um salário mínimo, dentre elas a maior proporção referiu ser negra. A pesquisa de Morais constatou insatisfação com a imagem corporal nas mulheres em situação de violência doméstica e alguns estudos apontam as mulheres de baixa renda com maior exposição à situação de violência doméstica (RIVERA-RIVERA et al. 2004; ROVINSKI, 2004; ADEODATO et al. 2005; CREPSCHI, 2005). As mulheres que se encontram insatisfeitas com a imagem corporal por vivenciar atos de violência, ao adicionar a baixa renda, podem apresentar maior insatisfação com a imagem corporal.

A maioria das mulheres insatisfeitas tinha filhos e referiu ser branca. Correia e colaboradores (2011) constataram que as mulheres que têm a partir do segundo filho indicam maior risco de ter obesidade (65%). Por sua vez, a obesidade nas mulheres com filho pode inferir no seu senso de autoestima, tornando-as insatisfeitas com sua imagem corporal (CARVALHO, 2005). Este resultado pode influir na hipótese de que as mulheres com filhos têm o aumento das demandas no lar, muitas têm trabalhos fora de casa e por isso podem sentir-se mais cansadas, apáticas e descuidar da sua aparência, que quando adicionado à situação de violência vivida, pode acarretar em insatisfação corporal.

Houve predominância de insatisfação entre as mulheres com baixo nível de escolaridade e que referiram ser de raça/cor negra, corroborando com o estudo de Tribess (2006) no que tange ao nível educacional. A escolaridade é um potencial influenciador para a renda, pois quanto maior o nível de escolaridade maior o acesso à educação, saúde, cultura e lazer. Assim, a percepção da imagem corporal pode ser afetada pelo nível de instrução das mulheres ou de suas famílias, já que o nível de instrução pode acarretar em piores funções no mercado de trabalho e, conseqüentemente, baixa remuneração.

A maioria das mulheres que era insatisfeita com a imagem apresentou Transtorno Mental Comum e Depressão indicando percentuais próximos entre negras e brancas. O estudo de Dourado e Noronha (2014) constatou como consequência das agressões a depreciação da autoimagem. Pesquisas evidenciam que pessoas com Transtorno Mental Comum e Depressão têm maior possibilidade de apresentar imagem corporal distorcida (MORENO & MORENO, 1995; LINS & CARAMASCHI, 2007). Um estudo, que visou verificar a percepção com a imagem corporal em mulheres com Transtornos Mentais Comuns, evidenciou que 89,2% das mulheres estudadas apresentaram insatisfação com a imagem corporal (CAVALCANTE et. al., 2012).

Ainda, todas as mulheres que indicaram transtorno compulsivo alimentar estavam insatisfeitas com a imagem corporal sem distinção entre brancas e negras, corroborando com o estudo de Alves et al. (2008) em Santa Catarina, que revelou a insatisfação com a imagem corporal como o maior fator de risco para sintomas de transtornos alimentares.

Das limitações existentes neste estudo, deve-se apontar primeiramente a escassa literatura existente sobre essa temática relacionando à imagem corporal com a violência doméstica, o que dificultou a discussão mais aprofundada dos resultados. Outras limitações

encontradas durante esta pesquisa se referem à coleta de dados nas residências, em que foram enfrentadas dificuldades de encontrar as possíveis participantes do estudo, devido a mudanças de telefones e endereços para outros bairros ou cidades. Nesta mesma atividade também existiu dificuldade com os endereços existentes nos relatórios de ocorrência, mesmo os dados sendo fornecidos pela vítima, muitos estavam incompletos, impossibilitando encontrar as residências.

Os possíveis vieses encontrados no presente estudo estão relacionados ao de seleção, nos quais os subtipos constatados neste estudo foram: o viés de autoseleção ou voluntariado, que incide geralmente em estudos com amostragem por conveniência em um serviço de referência, pois os participantes auto selecionados ou voluntários tendem a ser mais saudáveis que a população geral, apresentando limitada validade para descrever a frequência da doença ou de características da população. Houve também o viés de prevaricação, pois ao trazer questões que causem algum constrangimento pessoal, os grupos tendem a omitir ou emitir informações não verdadeiras, mesmo estando na presença somente do entrevistador, o que pode impactar o estudo (MEDRONHO, 2009).

CONCLUSÃO

As mulheres em situação de violência doméstica investigadas eram predominantemente negras, relativamente jovens, solteiras, tinham filhos, Ensino Médio, assumem a chefia da família, trabalhavam, eram autônomas, tinham renda mensal menor que um salário mínimo e praticavam atividade de lazer. A maior parte sofreu violência pelo parceiro íntimo, no próprio lar, sendo predominantes as violências psicológicas e físicas. Sobre os aspectos da saúde mental, a maioria apresentou insatisfação com a imagem corporal e Transtornos Mentais Comuns. Foi evidenciada presença de Depressão nas mulheres investigadas, independentemente da raça/cor. Ainda foi constatado que a maioria das mulheres que possuía insatisfação com a imagem corporal apresentou também Transtorno Mental Comum e Depressão. Na análise das variáveis relacionadas à raça/cor, observou-se em todos os estratos a predominância da mulher negra. Estes dados podem subsidiar a elaboração de estratégias para o atendimento à saúde mental e comportamental dessas mulheres, inserindo intervenções que possam contribuir para a transformação desse cenário.

Para o enfrentamento da violência doméstica é necessária a implementação de políticas públicas, incluindo o recorte racial, a fim de melhorar as condições de saúde das mulheres, em especial as negras. Por ser um problema multifacetado, a violência doméstica

envolve aspectos sociais, culturais, econômicos, políticos e de saúde, que quando cruzado com a questão racial se tornam um fenômeno relevante. Desta forma, é vital que as autoridades governamentais ampliem as ações para o enfrentamento da violência levando em consideração as diferenças raciais e para isso faz-se necessário um trabalho multiprofissional entre a rede de atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e da igualdade racial.

É fundamental a implementação da Delegacia da Mulher (DEAM) na cidade de Serrinha para auxiliar no trabalho executado pelo Centro de Referência da Mulher, reduzindo constrangimentos no momento da denúncia, auxiliando nas resoluções mais aceleradas dos casos e dando maior atenção às vítimas. Deve-se também, desenvolver ações de prevenção e promoção à saúde da mulher contra a violência, bem como propiciar a todos os profissionais envolvidos na rede de atenção à mulher vítima de violência doméstica, capacitações contínuas dos profissionais para resolubilidade das ocorrências, melhorando o atendimento às vítimas.

Mais pesquisas sobre o tema devem ser realizadas no município de Serrinha e em diferentes municípios tomando-se a raça/cor das vítimas como unidade de análise. As consequências das agressões para a saúde da mulher e especificamente para a saúde das mulheres negras são outros aspectos a serem investigados.

Tabela 1. Distribuição das mulheres em situação de violência, atendidas no Centro de Referência da Mulher-Dandara, Serrinha, Bahia, segundo condições sociodemográficas, econômicas e raça/cor, no período de 2011 a 2015.

VARIÁVEIS (N)	Total		Negras	Branças
	N	%	%	%
Idade (82)				
20-29 anos	21	25,6	27,1	15,4
30-39 anos	24	29,3	31,4	23,1
40-49 anos	22	26,8	22,9	46,2
50 >	15	18,3	18,6	15,3
Situação Conjugal (82)				
Solteira	28	34,1	37,1	15,3
União Estável	17	20,7	20,0	23,1
Casada	20	24,4	24,3	30,8
Divorciada	04	4,9	2,9	15,4
Viúva	02	2,4	2,9	0,0
Separada	11	13,4	12,8	15,4

Tem filhos (82)

Sim	77	93,9	92,9	100,0
Não	05	6,1	7,1	0,0

Quantidade de filhos (77)

1-2 filhos	46	59,7	60,0	61,5
3-4 filhos	26	33,8	32,3	38,5
Acima de 4 filhos	05	6,5	7,7	0,0

Escolaridade (86)

Lê e escreve bem	07	8,6	8,7	7,6
Ensino Fundamental	34	42,0	40,6	46,2
Ensino Médio	35	38,3	42,0	23,1
Ensino Superior	10	11,1	8,7	23,1

Chefia da Família (81)

Você mesma	49	60,5	59,4	61,5
Companheiro	26	32,1	34,8	23,1
Pai	03	3,7	4,3	0,0
Mãe	02	2,5	1,5	7,7
Outro	01	1,2	0,0	7,7

Classificação Econômica (81)

Classe D	15	18,5	17,4	23,1
Classe E	66	81,5	81,2	76,9

Renda mensal (78)

< 1 salário	57	73,1	75,8	61,5
1-2 salários	20	25,6	22,7	38,5
3-4 salários	01	1,3	1,5	0,0

Renda família (59)

< 1 salário	27	32,9	50,0	20,0
1-2 salários	29	35,4	44,0	70,0
3-4 salários	03	5,1	6,0	10,0

Fonte: elaborada pelas autoras.

Tabela 2. Distribuição das mulheres em situação de violência, atendidas no Centro de Referência da Mulher-Dandara, Serrinha, Bahia, segundo condições de trabalho e raça/cor da pele, no período de 2011 a 2015.

VARIÁVEIS (N)	Total		Negras	Branças
	n	%	%	%
Trabalho (81)				
Sim	55	67,9	66,7	76,9
Não	26	32,1	33,3	23,1
Tempo nesta atividade (28)				
<1 ano	06	21,4	20,8	20,0
1-4 anos	05	17,9	16,7	20,0
5 anos >	17	60,7	62,5	60,0
Carteira Assinada (33)				
Sim	08	24,2	24,1	20,0
Não	25	75,8	75,9	80,0
Tipo de contrato (18)				
Oral	03	16,7	18,7	0,0
Escrito	05	27,8	31,3	0,0
Não tem contrato	10	55,6	50,0	100,0
Quantos dias trabalha (82)				
1-4 dias na semana	05	6,1	5,7	7,7
5 dias >	77	93,9	94,3	92,3
Carga Horária (28)				
20 Horas	06	21,4	24,0	25,0
40 Horas	16	57,2	52,0	75,0
Outras	06	21,4	24,0	0,0
Ocupação (31)				
Autônoma	08	25,8	25,0	50,0
Serviços diversos	08	25,8	28,6	0,0
Assalariada c/ comissão	01	3,2	0,0	25,0
Assalariada s/ comissão	01	3,2	3,6	0,0
Empregada doméstica	03	9,7	10,7	0,0
Funcionária pública	03	9,7	10,7	0,0
Outras	07	22,6	21,4	25,0

Fonte: elaborada pelas autoras.

Tabela 3. Distribuição das mulheres em situação de violência, atendidas no Centro de Referência da Mulher-Dandara, Serrinha, Bahia, de acordo com aspectos da saúde mental, hábito comportamental e raça/cor, no período de 2011 a 2015.

VARIÁVEIS (N)	Total		Negras		Brancas	
	n	%	N	%	n	%
Imagem Corporal (82)						
Satisfeita	23	28,0	22	31,4	01	7,7
Insatisfeita	59	72,0	47	68,6	12	92,3
Insatisfação com a Imagem (59)						
Excesso de Peso	40	48,8	31	66,7	09	75,0
Magreza	19	23,2	16	33,3	03	25,0
TMC (48)						
Sim	48	57,3	42	60,0	06	53,8
Depressão (82)						
Mínimo/ausente	50	61,0	43	62,9	07	53,8
Leve	13	15,9	10	14,3	03	23,1
Moderada	10	12,2	09	12,8	01	7,7
Grave	09	11,0	07	10,0	02	15,4
Transtorno Alimentar/Bulimia (03)						
Sim	03	3,4	02	2,9	01	7,7

Fonte: elaborada pelas autoras.

Tabela 4. Relação entre as variáveis sociodemográficas e imagem corporal em mulheres vítimas de violência doméstica, segundo a raça/cor.

Variável (N)	Imagem Corporal											
	Satisfeito					Insatisfeito						
	n	%	Negras		Brancas		N	%	Negras		Brancas	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Idade (82)												
20-39 anos	10	22,2	10	45,5	00	00	35	77,8	30	64,6	05	41,7
> 40 anos	13	35,1	12	54,5	01	100,0	24	64,9	17	35,4	07	58,3
Situação Conjugal (82)												
Com Parceiro	12	32,4	11	50,0	01	100,0	25	67,6	20	41,7	06	50,0
Sem Parceiro	11	24,4	11	50,0	00	00	34	75,6	28	58,3	06	50,0
Renda (78)												
< 1 salário	14	24,6	14	70,0	00	00	43	75,4	35	78,3	08	66,7
>1 salário	07	33,3	06	30,0	01	100,0	14	66,7	10	21,7	04	33,3

Escolaridade(81)

Lê e escreve	00	0,0	00	0,0	00	00	07	100,0	06	100,0	01	8,3
Fundamental	12	35,3	11	39,3	01	100,0	22	64,7	17	60,7	05	41,7
Ensino Médio	07	22,6	07	24,1	00	0,0	24	77,4	21	75,9	03	25,0
Ensino Superior	03	33,3	03	50,0	00	0,0	06	66,7	03	50,0	03	25,0

Tem Filhos (82)

Sim	21	27,3	20	90,9	01	100,0	56	72,7	44	93,8	12	100,0
Não	02	40,0	02	9,1	00	0,0	03	60,0	03	6,3	00	0,0

Fonte: elaborada pelas autoras.

Tabela 5. Relação entre imagem corporal e prevalência de TMC, Depressão e TCAP segundo a raça/cor, em Serrinha, 2011-2015.

VARIÁVEL	TMC		Depressão		TCAP	
	N	%	N	%	N	%
Imagem Corporal						
Satisfeito	11	23,4	01	3,1	00	0,0
Negras	11	26,8	01	3,8	00	0,0
Brancas	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Insatisfeito	36	76,6	31	96,9	03	100,0
Negras	30	73,2	25	96,2	02	100,0
Brancas	06	100,0	06	100,0	01	100,0

*TMC: Transtornos mentais comuns/ TCAP: Transtorno da compulsão alimentar periódica

**Fonte: elaborada pelas autoras.

REFERÊNCIAS

ADEODATO, V. G. et. al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. Rev. Saúde Pública, Ceará, v. 39, n. 1, p. 108-113, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/31839/33786>>. Acesso em: 12 Ago. 2014.

ALMEIDA, T. M. C; PEREIRA, B. C. J. Violência doméstica e familiar contra mulheres pretas e pardas no Brasil: reflexões pela ótica dos estudos feministas Latino-Americanos. Crítica e Sociedade: revista de cultura política. v.2, n.2, Dossiê: Cultura e Política, dez.2012. ISSN: 2237-0579.

ALVES, A. M; COURA-FILHO, P. Avaliação das ações de atenção às mulheres sob violência no espaço familiar, atendidas no Centro de Apoio à Mulher (Belo Horizonte), entre 1996 e 1998. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 243-257, 2001.

ALVES, E; VASCONCELOS F. A. G; CALVO M. C. M; NEVES, J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24(3):503-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300004>. Acesso em: 01 Jul. 2015.

ALVES, C. Violência Doméstica. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra, 2005. Disponível em: <www4.fe.uc.pt/fontes/trabalhos/2004010.pdf>. Acesso em: 13 Mar. 2015.

ARAÚJO, C. Marxismo, feminismo e o enfoque de gênero. *Crítica Marxista*, nº 11. São Paulo: Boitempo, 2001. Disponível em: <http://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/03clara.pdf>. Acesso em: 28 Mar. 2015.

BORIN, T. B. Violência doméstica contra mulher: percepção sobre violência em mulheres agredidas. Dissertação (Mestrado em ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=293050&idtema=67&search=bahia|serrinha|censo-demografico-2010:-resultados-do-universo-caracteristicas-da-populacao-e-dos-domicilios-> Acesso em: Out. 2013.

BRASIL. SUVISA-DIVEP. Boletim Epidemiológico. A Violência Doméstica e Sexual na Bahia, 2009. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Bahia, Dezembro, 2010.

BRASIL. SUVISA-DIVEP. Boletim Epidemiológico de Causas Externas. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Bahia, Junho, 2013.

BRITO, Benilda Regina. Violência doméstica e sexual: um olhar da mulher negra. In: *Violência contra a mulher e saúde ; um olhar da mulher negra*. Belo Horizonte: Casa de Cultura da Mulher Negra, 2003. p. 57-60.

BORIN, T. B. Violência doméstica contra mulher: percepção sobre violência em mulheres agredidas. Dissertação (Mestrado em ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

CARNEIRO, Sueli. “Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero”. In: *Racismos Contemporâneos*, Rio de Janeiro: Takano Editores, 2003.

CASIQUE, L. C.; FUREGATO, A. R. F. Violência contra as mulheres: reflexões teóricas. *Rev. Latino – Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, V. 14, n. 6, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000600018&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 25 Out. 2014.

CAVALCANTE NETO, J. L; COSTA, A. G. S; SILVA, L. I. A; SOARES, P. P. N; SILVA, A. M. Percepção da imagem corporal em mulheres com transtornos mentais comuns: Um estudo preliminar *Motricidade*, vol. 8, n. Supl 2, 2012, pp. 999-1004

Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273023568126>>. Acesso em: 25 Jun. 2015.

COSTA, N; SIERRA, J. C; BERMÚDEZ, M. P; CASAL, G. B. Comparación entre mujeres blancas y negras víctimas de la violencia de pareja en el nordeste de Brasil. Revista colombiana de psicología. Bogotá-Colombia, vol. 18 n. 2, Jul-Dez 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80412409003>>. Acesso em: 01 Jul. 2013.

CORDEIRO, L. G. Análise do perfil Sócio Demográfico das Mulheres Vítimas de Violência Doméstica e Familiar que alcançam a SEPS/MPDFT/ Liris Galhardo Cordeiro, 2013. 59 p. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/5049/1/2013_LirisGalhardoCordeiro.pdf>. Acesso em: 22 Jan. 2015.

Couto, E. S. (2004). Corpos interditados: Notas sobre anatomias depreciadas. In M. L. Strey, & S. T. Cabedas. Corpos e subjetividades em exercício interdisciplinar (pp. 133-148). Porto Alegre: EDIPUCRS.

CREPSCHI, JAIRA LOPES B. Significações psicológicas dadas à violência sexual por mulheres atendidas em ambulatório especializado universitário – um estudo clínico qualitativo. 2005. 187 f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2005.

CRUZ, I. C. F. A Sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2004; 38(4): 448-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342004000400011&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 Set. 2013.

DAMASCENO, V.O.; VIANNA, V. R. A.; VIANNA, J. M.; LACIO, M.; LIMA, J. R. P.; NOVAES, J. S. Imagem corporal e corpo ideal. R. Bras. Ci e Mov. 2006; 14(1): 87-96.

DAY, V. P. et. al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. Rev. Psiquiatri. Rio Gd. Sul, Porto Alegre, V. 25, Suppl. 1, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082003000400003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 Dez. 2014.

DOSSI, A. P.; SALIBA, O; GARBIN, C. A. S.; GARBI, A. J. I. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 24, n.8. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800022>. Acesso em: 14 Ago. 2014.

DOURADO, S. M. NORONHA, C. V. A face marcada: as múltiplas implicações da vitimização feminina nas relações amorosas. Physis vol.24 n.2 Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000200623&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 Jul. 2014.

DUTRA, M. L; PRATES, P. L; NAKAMURA, E. ; VILLELA, W. V. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. Ciênc. saúde coletiva vol.18 no.5 Rio

de Janeiro May. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000500014&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 Dez. 2014.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo, SP, 2001. Disponível em: <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 12 Jun. 2015.

GRAEFF, F. G. Bases biológicas do transtorno de estresses pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 21(4):23-30. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25s1/a06v25s1.pdf>>. Acesso em: 01 Jul. 2015.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad Saúde Pública* 1994;10:146-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1994000500010&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 Out. 2014.

GÓMEZ-DANTÉS, H; VÁZQUEZ-MARTÍNEZ J. L; FERNÁNDEZ-CANTOÓN S. B. La Violencia en las mujeres usuárias de los servicios de salud en el IMSS y la SSA, *Salud Pública de México*. 2006; (48) 2: 279-287. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342006000800008&script=sci_arttext> Acesso: 22. Jun. 2015.

KAPLAN & SADOCK. *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinica psychiatry. Body dysmorphic disorder*. 9 ed. 2003; 653-654.

KAPPEL, D. B. (2007). Índice de desenvolvimento infantil no Brasil: Uma análise regional. *Revista Brasileira de Educação*, 12(35), 232-240. doi: 10.1590/S1413-24782007000200004

KLEVENS J. Violencia física contra la mujer en Santa Fé de Bogotá: prevalência y factores asociados. *Rev. Panam Salud Publica/ Pan Am / Public Health*. 2001; 9(2) 78-83. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892001000200004&script=sci_arttext>. Acesso em: 22. Jun. 2015.

Labronici' L. M; Ferraz, M. I. R; Trigueiro, T. H; Fegadoli, D. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. *Rev. esc. enferm. USP vol.44 n.1 São Paulo Mar. 2010*. <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000100018&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 Abr. 2015.

LEONCIO, K. L.; BALDO, P. L. JOÃO, V.M.; BIFFI, R.G. **O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores**. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2008 jul/set; 16(3):307-12. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a02.pdf>>. Acesso em: 05 Fev. 2015.

LIMA, G. Q; WERLANG, B. S. G. Mulheres que sofrem violência doméstica: contribuições da psicanálise. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 16, n. 4, p. 511-520, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722011000400002&script=sci_arttext>. Acesso em 10 Jan. 2015.

LINS, G. L., & CARAMASCHI, S. (2007). Insatisfação com a imagem corporal em mulheres com depressão. Anais do I Simpósio da Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, UNESP, Campus Bauru, Brasil. Disponível em: <<http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2007/trabalho/aceitos/CC12021519813.pdf>>. Acesso em: 13. Jan. 2015.

MARQUES T. M. Violência conjugal: estudo sobre a permanência da mulher em relacionamentos abusivos [Dissertação de Mestrado]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2005. Disponível em: <<http://www.pgpsi.ip.ufu.br/node/281>>. Acesso em 05 Fev. 2015.

MATTAR, R; SILVA, E. Y. K; CAMANO, L; ABRAHÃO, A. R; COLÁS, O. R; ANDALAF-T-NETO, J; LIPPI, U. G. A. violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.29 no.9 Rio de Janeiro, 2007.

MEDRONHO R; BLOCH KV; LUIZ RR; WERNECK GL (eds.). Epidemiologia. **Atheneu**, São Paulo, 2009, 2ª Edição.

MENEGHEL, S. N; BARBIANI, R; STEFFEN, H; WUNDER, A. P; ROZA, M. D; ROTERMUND, J; BRITO, S; KORNDORFER, C. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. Cad. Saúde Pública vol.19 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000400018>. Acesso em: 20 Ago. 2013.

MENEZES T.C; AMORIM M. M. R; SANTOS L. C; FAÚNDES, A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. Rev. Bras. Ginecol. Obstet, 2003; 25: 309-316. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032003000500002>. Acesso em: 22. Jun. 2015.

MESSIAS, A. E. A. A saúde da mulher: a violência como problema de saúde pública e a importância do recorte étnico/racial. Revista África e Africanidades - Ano I - n. 2- Agosto. 2008. Disponível em: <http://www.africaeaficanidades.com.br/documentos/A_sauze_da_mulher_A_violencia_com_o_problema_de_sauze_publica_e_a_importancia_do_recorte_racial.pdf>. Acesso em: 05 Jun 2013.

MORAIS, A. C. Depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. 27 de Fevereiro de 2009. 126 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador, 27 de Fevereiro de 2009.

MORENO, R. A., & MORENO, D. H. (1995). Transtornos do humor. In M.R.N. LOUZÃ, T.W.Y. MOTTA & H. ELKIS, (Eds.), *Psiquiatria básica* (pp. 327-384). Porto Alegre: Artes Médicas.

MORENO, E. A. C. Fatores associados ao risco de transtornos mentais comuns. 28 de dezembro de 2012. 100 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 28 de dezembro de 2012.

MOTA, J. C. Violência contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo: estudo em um serviço de atenção especializado. Rio de Janeiro, RJ, 2004. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2004. Disponível em: <<http://thesis.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/pdf/motajcm.pdf>>. Acesso em: 15 Dez. 2014.

OLIVEIRA, E. M.; JORGE, M. S. B. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. Disponível em: <Rev. RENE. Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 93-100, maio./ago.2007>. Acesso em: 01 Jul. 2015.

PRATES, P. L. Violência doméstica e de gênero: perfil sócio demográfico e psicossocial de mulheres abrigadas. 126 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, SP. 2007. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-07052008-135147/>. Acesso em: 05 Jun. 2015.

PEREIRA, B. C. J. Tramas e dramas de gênero e de cor: a violência doméstica e familiar contra mulheres negras. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília Instituto de Ciências Sociais Departamento de Sociologia. Brasília-DF. 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13490/1/2013_BrunaCristinaJaquettoPereira.pdf>. Acesso em: 25 Mai de 2015.

PETRUCCELLI, J. L. A cor denominada: um estudo do suplemento da Pesquisa Mensal de Emprego de julho de 1998. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

Priore, M. D. (2004). Corpo a corpo com as mulheres: Transformações do corpo feminino no Brasil. In N. M. L. Strey, Cabedas, S. T. Corpos e subjetividades em exercício interdisciplinar. (pp. 255-266). Porto Alegre: EDIPUCRS.

RABELLO, P. M.; CALDAS JÚNIOR, A. F. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. Rev Saúde Pública, v. 41, n. 6, p. 970-978, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000600012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 ago. 2014.

RIBEIRO, L. G.; VEIGA, G. V. Imagem corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares em bailarinos profissionais. Rev. Bras. Med. Esporte – vol. 16, nº 2 – Mar/Abr, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922010000200004&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 Jul. 2015.

SILVA, R. S; SILVA, I; SILVA, R. A; SOUZA, L; TOMASI, E. Atividade física e qualidade de vida, Pelotas, Rio Grande do Sul. Ciência & Saúde Coletiva, 15(1): 115-120, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000100017&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 ago. 2014.

RIVERA-RIVERA , L; LAZCANO-PONCE, E; SALMERÓN-CASTRO, J; SALAZAR-MARTÍNEZ, E; CASTRO, R; HERNANDEZ-AVILA, M.

Prevalence and determinants of male partner violence against Mexican women: A populationbased study. *Salud Pública de Mexico*, Mexico, v. 46, n. 2, 2004.

ROVINSKI, S. L. R. *Dano Psíquico em Mulheres Vítimas de Violência*. Rio de Janeiro: **Editora Lúmen**, 2004.

SAFFIOTI, Heleieth I.B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu*, Campinas: UNICAMP, n. 16, p.115-136. 2001. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-83332001000100007&script=sci_arttext>.

Acesso em: 12 Jan. 2015.

SAMPAIO, R. O; AQUINO, G. B. Perfil das mulheres vítimas de violência doméstica de uma cidade do interior da Zona da Mata Mineira. *REVISTA CIENTÍFICA DA FAMINAS – V. 9, N. 3, SET.-DEZ. de 2013*.

SAMPSON, R. (2007-2011). *Violência doméstica: Série de Guias sobre Policiamento Orientado aos Problemas. Série de Guias para Problemas específicos*, n.º 45. CDP AVR/SPPP. Dezembro 2011. Disponível em

<<http://www.popcenter.org/problems/pdfs/portuguese/violencia-domestica.pdf>>. Acesso em: 18 Jul. 2014.

SANTOS, S.M; GUIMARÃES, M. J. B; ARAÚJO, T. V. B. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 16, n. 2, p. 87-102, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200009.

SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violence against women: interfaces with Health care, *Interface _ Comunicação, Saúde, Educação*, v.3 , n.5, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v3n5/03.pdf>>. Acesso em: 07 Jun. 2015.

SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA, A. F. P. L; FRANÇA I. J. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. *Rev Saúde Pública, São Paulo*. 2008;42 (Supl 1):127-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000800015&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 Jan 2014.

SCHRAIBER L. B, D'OLIVEIRA A. F. P. L. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. *Athenea Digital* 2008; 14:229-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000123&pid=S0102-311X201300060001900017&lng=en>. Acesso em: 03 Mar. 2014.

SILVA, M. A. Prevalência e fatores associados a violência doméstica contra as mulheres assistidas no Centro de Atenção à Mulher – CAM/IMIP. 01 de Dezembro de 2006. 105 f. Dissertação (Mestrado) – INSTITUTO MATERNO INFANTIL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP. Recife, 01 de Dezembro de 2006.

SILVA, M. P. Representações sociais de mulheres negras sobre violência doméstica e o processo de denúncia e não-denúncia. 18 Fev. 2008. 96 f. Dissertação de mestrado. Escola de

Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2008. Disponível em:
<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10212/1/Dissertação_Enf_Marieve%20Silva.pdf>.
Acesso em: 11 Abr. 2015.

SILVA, S. S; BATISTA, R. S; CHAVES, A. E. P; MEDEIROS, F. A. L. Violência doméstica contra a mulher. Revista Eletrônica de Ciências – v. 1, n.1, 2008.

TAVARES, F. A; PEREIRA, G. C. Reflexos da dor: contextualizando a situação das mulheres em situação de violência doméstica. Rev. Textos & Contextos Porto Alegre v. 6 n. 2 p. 410-424. jul./dez. 2007. Disponível em:
<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/2318>>. Acesso 11 Fev. 2014.

TAVARES. D. M. C. Violência doméstica: uma questão de saúde pública. Dissertação de mestrado. 2000. 113f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade De Saúde Pública, Universidade São Paulo. São Paulo. 2000. Disponível em:
<<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/dinalva.pdf>>. Acesso 11 Fev. 2014.

TESSMER, C. S; SILVA, M.C; PINHO, M. N; GAZZALE, E.K; FASSA, A. G. Insatisfação corporal em freqüentadores de academia. R. Bras. Ci e Mov. 2006; 14(1): 7 – 12. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/672/677>>. Acesso em: 15 Mar. 2015.

TRIBESS, S.; VIRTUOSO JUNIOR, J. S.; PETROSKI, E. L. Estado nutricional e percepção da imagem corporal de mulheres idosas residentes no nordeste do Brasil, Jequié, Bahia. Ciência & Saúde Coletiva, Disponível em: <15 (1): 31-38-2112, 2010.
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100008>.
Acesso em: 16 Out. 2014.

TRIBESS, S. Percepção da imagem corporal e fatores relacionados à saúde em idosas. 07 de fevereiro de 2006. 112f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2006. Disponível em:
<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/102432/225684.pdf?sequence=1>>.
Acesso em: 28 Jun 2015.

VIANNA, L. A. C, BOMFIM G. F. T, CHICONE G. Autoestima de mulheres que sofreram violência. Rev Latino-Am Enfermagem 2006 setembro-outubro; 14(5). Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692006000500009&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso 08 Mar. 2014.

WALCOT DD, PRATT HD, PATEL DR. Adolescents and eating disorders: Gender, racial, ethnic, sociocultural, and socioeconomic issues. J Adolescent Res. 2003; 18(3):223-43. doi: 10.1177/0743558403018003003.

World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.

ZANELLO, V; SILVA, R. M. C. Saúde mental, gênero e violência estrutural. Rev Bioét 2012. 20 (2): 267-79. Disponível em:
<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/745/776>.
Acesso em: 25 Mai. 2015.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo mostrou que as mulheres em situação de violência doméstica são jovens, solteiras, trabalham, recebem menos de um salário mínimo, são donas de casa, católicas, heterossexuais, têm de 1 a 2 filhos e são predominantemente negras, também quando relacionada à maioria das variáveis. Sobre a violência, a maior parte das mulheres sofreu violência psicológica e física, sendo a violência cometida pelos companheiros das vítimas no próprio lar.

No que se refere à imagem corporal, houve predominância de insatisfação com a imagem corporal, em especial entre as mulheres negras. Os achados também constataram predominância de insatisfação das mulheres com a imagem corporal nas seguintes variáveis: idade menor que 39 anos, situação conjugal sem parceiro, possuem filhos, renda menor que um salário mínimo, escolaridade Ensino Médio, presença de Transtorno Mental Comum e Depressão. Diante dos achados, fica evidente a insatisfação com a imagem corporal em mulheres em situação e violência doméstica, indicando o aparecimento de doenças de ordem mental como Transtorno Mental Comum, transtorno alimentar e Depressão.

Com isso, torna-se relevante que o Centro de Referência, juntamente com as autoridades governamentais, atente para campanhas de sensibilização da população sobre as ocorrências de violência doméstica na região, fornecendo também capacitação aos profissionais envolvidos para dar enfoque à saúde mental da mulher, em especial a mulher negra, através de políticas e programas de prevenção e promoção da saúde das mesmas.

Desta forma, surge a necessidade de novas investigações acadêmicas na tentativa de incorporar a imagem corporal e o recorte racial como eixo analítico das pesquisas, auxiliando na construção de políticas públicas para amenizar a situação de violência de gênero, doméstica e racial que a mulher negra se encontra, bem como criar estratégias para redução da insatisfação com a imagem corporal das mesmas.

Para minimizar os possíveis constrangimentos no momento da denúncia é necessário acelerar a resolução dos casos e dar maior atenção às vítimas, é fundamental também a implementação da Delegacia da Mulher (DEAM) na cidade de Serrinha, a fim de auxiliar no trabalho executado pelo Centro de Referência da Mulher. Promover a capacitação profissional de todos os profissionais envolvidos, aumentar o quadro de técnicos especialistas no atendimento às mulheres, incluindo outras áreas da saúde e reestruturar o espaço físico do CRM são ações prioritárias para acolhimento integral e humanizado à mulher.

REFERÊNCIAS

- AUDI, C. A. F.; SEGALL-CORRÊA, A. M.; SANTIAGO, S. M.; ANDRADE, M. G. G.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 877-85, 2008.
- ADEODATO, V. G. et. al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev. Saúde Pública**, Ceará, v. 39, n. 1, p. 108-113, 2005.
- AERTS, D. et. al. Percepção da imagem corporal de adolescentes escolares brancas e não brancas de escolas públicas do Município de Gravataí, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 20, n. 3, p. 363-372, 2011.
- ALMEIDA, T. M. C; PEREIRA, B. C. J. Violência doméstica e familiar contra mulheres pretas e pardas no Brasil: reflexões pela ótica dos estudos feministas Latino-Americanos. *Crítica e Sociedade: revista de cultura política*. v.2, n.2, Dossiê: Cultura e Política, dez.2012. ISSN: 2237-0579.
- ANDRADE D, AGERAMI, E. L. S. A auto-estima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou de palato. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 9 n. 6, p. 37-41, 2001.
- ARAUJO, E.M.; COSTA, M.C.N.; HOGAN, V.K.; ARAUJO, T.M.; BATISTA, A. OLIVEIRA, L.O.A. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, 13(31): 383-394, 2009.
- ARAUJO, E. M.; COSTA, M. C. N.; HOGAN, V.K.; MOTA, E. L. A.; ARAUJO, T. M.; OLIVEIRA, N. F. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. **Revista de Saúde Pública**; 43(3): 405-412, 2009.
- ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. da S.; NASCIMENTO, M. A. A. do (Org.). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana, Ba: UEFS Editora, 2010, p. 139-159.
- BADZIAK, R. P. F. & MOURA, V. E. V. (2010). Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, 3(1), 69-79.
- BARDIN L. **Análise de conteúdo**. 3/ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BATISTA, L. E; ESCUDER M. M. L; PEREIRA J. C. R. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Revista de Saúde Pública**; 38(5): 630-636, 2004.
- BAUMAN Z. **Vidas desperdiçadas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2005.
- BECK, A. T., WARD, C. H., MENDELSON, M., MOCK, J. & ERBAUGH, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

BORIN, T. B. Violência doméstica contra mulher: percepção sobre violência em mulheres agredidas. Dissertação (Mestrado em ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acidentes e violência: um problema de saúde pública. Promoção da saúde: um ritmo de vida. Brasília, n. 5, p. 12-14, jun, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Atenção a mulheres em situação de violência. Promoção da saúde: um ritmo de vida. Brasília, n. 5, p. 12-14, jun, 2001.

BRASIL. Decreto Lei 11.340 de 7 de Agosto de 2006. Lei Maria da Penha: Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Secretaria Especial de Política para as Mulheres, 2008.

BRASIL. DataSenado. Pesquisa de opinião pública nacional violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, Fevereiro, 2009.

BRASIL. Lei Maria da Penha: Uma Superação Coletiva/ Coordenado por José Carlos Miranda Nery Júnior – Goiânia: **Ministério Público**: 2010. 53p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. SUVISA-DIVEP. Boletim Epidemiológico. A Violência Doméstica e Sexual na Bahia, 2009. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Bahia, Dezembro, 2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=293050&idtema=67&search=bahia|serrinha|censo-demografico-2010:-resultados-do-universo-caracteristicas-da-populacao-e-dos-domicilios-> Acesso em: Out. 2013.

BRASIL. SUVISA-DIVEP. Boletim Epidemiológico de Causas Externas. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Bahia, Junho, 2013.

BRITO, Benilda Regina. Violência doméstica e sexual: um olhar da mulher negra. In: Violência contra a mulher e saúde; um olhar da mulher negra. Belo Horizonte: Casa de Cultura da Mulher Negra, 2003. p. 57-60.

CABRITA, Marta (2007). Tipos de Violência. Acesso em: 16 Ago. de 2013. Disponível em: <http://mapadocrime.com.sapo.pt/tipos%20de%20violencia.html>.

CAETANO, A. S.; CUNHA, M. C. G.; TAVARES, F.; LOPES, M. H. B. M.; POLONI, R. L.; Influência da atividade física na qualidade de vida e auto-imagem de mulheres incontinentes. Rev Bras Med Esporte – Vol. 15, Nº 2 – Mar/Abr, 2009.

CALDWELL, K. L. (1999). *Ethnographies of identity: (re)constructing race and gender in contemporary Brazil*. Austin: University of Texas.

CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

CASIQUE, L. C.; FUREGATO, A. R. F. Violência contra as mulheres: reflexões teóricas. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, V. 14, n. 6, 2006.

CAVALCANTE NETO, J. L. COSTA, A. G. S. SILVA, L. I. A. SOARES, P.P.N. SILVA. A. M. Percepção da imagem corporal em mulheres com transtornos mentais comuns: Um estudo preliminar. *Motricidade* 2012, vol. 8, n. S2, pp. 999-1004. Fundação técnica e científica do desporto vila real, Portugal.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: _____. *Perspectivas antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

CHOR, D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, set./out. 2005.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, abr. 2008. Disponível em <www.determinantes.fiocruz.br>. Acesso em: 19 mai. 2014.

CORSI, Jorge. **La violencia em lo contexto familiar como problema social. In: _____ Maltrato e Abuso en el Ámbito Doméstico: Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia familiares**. Buenos Aires: Paidós, 2003.p. 15-40.

CRUZ, I. C. F; PINTO, A. S. Condições para a saúde e o bem-estar? Inquérito sobre as mulheres negras do Estado do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(1):340-341, jan-fev, 2002.

CRUZ, I. C. F. A Sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2004; 38(4): 448-57.

CUNHA, E. M. G. P. Raça: aspecto esquecido na iniquidade em saúde no Brasil. In: BARATA RB, Barreto, M.L.; Almeida-Filho, N.; Veras R. (org.). **Equidade e Saúde - Contribuições da Epidemiologia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1997. p: 219-234.

CUNHA, J. A. (2001) *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

CUNHA, T. R. A. Violência Conjugal: rimando amor e dor. In: *Fazendo gênero 8: corpo, violência e poder*. Florianópolis, agosto de 2008b.

CVITANOVIC, M. Z., DUPLANCIC, D., LASIC, D., STIPETIC, I., TRIPKOVIC, M., & CAPKUN, V. (2007). Depressive symptoms and sport activity among college students. *European Psychiatry*, 22, 234-235.

DAHLBERG LL, KRUG EG. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva** 2007.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies, , 1991.

DAMASCENO, V.O. et. al., Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. **Rev Bras Med Esporte** – Vol. 11, Nº 3 – Mai/Jun, 2005.

DAMASCENO, V.OO. et. al., Imagem corporal e corpo ideal. **R. Bras. Ci e Mov.** 2006; 14(1): 87-96.

DAY, V. P. et. al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Rev. Psiquiatri. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, V. 25, Suppl. 1, 2003.

DUTRA, M. L; PRATES, P. L; NAKAMURA, E. ; VILLELA, W. V. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciênc. saúde coletiva* vol.18 no.5 Rio de Janeiro May. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000500014&script=sci_arttext

IBGE Cidade@. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Página visitada em 17 out. 2012.

IBGE Cidade@. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Página visitada em 24 dez. 2013.

GALVÃO, E. F, ANDRADE, S. M. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. *Saude Soc.* 2004 maio/agosto; 13(2).

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S.; HOFELMANN, D, A.; Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 22(3):383-394, jul-set 2013.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cad Saúde Pública** 1994;10:146-55.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDBERG D, HUXLEY P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock; 1992.

GORENSTEIN, C., PANG, W. Y., ARGIMON, I. I. L., & WERLANG, B. S. G. (2011). Manual do Inventário de Depressão de Beck – BDI-II. São Paulo: Casa do Psicólogo.

GRUCZA RA, PRYBECK TR, CLONINGER CR. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Compr Psychiatry* 2007; 48(2):124-131.

FINGER, I. R; ARGIMON, I. I. L, Propriedades Psicométricas do Inventário de Depressão de Beck-II(BDI-II) em uma Amostra Universitária. *Revista de Psicologia da IMED*, Jul.-Dez., 2013, v. 5, n. 2, p. 84-91.

FUREGATO, A. R., SANTOS, J. L., & SILVA, E. C. (2008). Depression among nursing students associated to their self-esteem, health perception and interest in mental health. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 16(2), 198-204.

LIN, E.H.B., VONKORFF, M., RUSSO, J., KATON, W., SIMON, G. E., UNÜTZER, J., LUDMAN, E. (2000). Can Depression Treatment in Primary Care Reduce Disability? *Archives of Family Medicine*, 9, 1052-1058.

LINS, G. L., & CARAMASCHI, S. (2007). *Insatisfação com a imagem corporal em mulheres com depressão*. Anais do I Simpósio da Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, UNESP, Campus Bauru, Brasil.

LOBIONDO-WOOD G, HARBER J. Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice. 6ª ed. St. Louis (USA): Mosby/Elsevier;2006.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 21(5): 1595-1601, set-out, 2005.

MAGALHAES, R, BURLANDY, L, SENNA, M. C. M, Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciênc. saúde coletiva**. v.12, n.6, p. 1415-1421, 2007.

MARI, J.J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ20) in primary care in the city of São Paulo. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 148, p. 23-26, 1986.

MARTÍN-ALBO, J., NÚÑEZ, J., NAVARRO, J. & GRIJALVO, F. The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. **The Spanish Journal of Psychology**, 10(2), 458-467 (2007).

MASLOW A. **Motivacion y personalidad**. Ba: Sagitário; 1970.

MENEGHEL, S. N; BARBIANI, R; STEFFEN, H; WUNDER, A. P; ROZA, M. D; ROTERMUND, J; BRITO, S; KORNDORFER, C. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. *Cad. Saúde Pública* vol.19 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2003.

MENEGHEL S. N, HIRAKATA V. N. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2011;45(3):564-74.

MESSIAS, A. E. A. A saúde da mulher: a violência como problema de saúde pública e a importância do recorte étnico/racial. *Revista África e Africanidades* - Ano I - n. 2 – Agosto. 2008.

MILLER, Mary Susan. **Feridas invisíveis: abuso não físico contra as mulheres**. São Paulo: Summus, 1999.

MINAYO, M. C. S., 1992. *O Desafio do Conhecimento*. São Paulo: Hucitec-Abrasco.
_____. 1994. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 6 ed. Rio de Janeiro: **Vozes**, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

Ministério da Saúde (BR). Secretária de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico de causas externas*. Bahia, 2013. Disponível em:
<http://www.suvisa.ba.gov.br/informacao_saude/sinan>. Acesso em Dez. 2013.

MIRANDA, V. P. N; FILGUEIRAS, F. F.; NEVES, C. M; TEIXEIRA, P. C; FERREIRA, M. E. C. Insatisfação corporal em universitários de diferentes áreas de conhecimento. **J Bras Psiquiatr.** 61(1): 25-31. 2012.

MORENO, Emilly Anne Cardoso. Fatores associados ao risco de transtornos mentais comuns. 28 de dezembro de 2012. 100 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 28 de dezembro de 2012.

MORENO, R. A., & MORENO, D. H. (1995). Transtornos do humor. In M.R.N. Louzã, T.W.Y. Motta, & H. Elkis, (Eds.), *Psiquiatria básica* (pp. 327-384). Porto Alegre: Artes Médicas.

OLIVEIRA, Fátima. Saúde da População Negra: Brasil ano 2001 . Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/0081.pdf>>. Acesso em Out. 2012.

OLIVEIRA, M. L. P., MENEGHEL, S. N. E BERNARDES, J. S; Modos de subjetivação de mulheres negras: efeitos da discriminação racial. **Psicologia & Sociedade**; 21 (2): 266-274, 2009.

PALÁCIOS M, JARDIM S, RAMOS A, SILVA FILHO JF. Validação do Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20) numa população de trabalhadores de um banco estatal no Rio de Janeiro-Brasil. In: SILVA FILHO JF, JARDIM S., editor. *A danação do trabalho – organização do trabalho e sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Te Corá; 1998. p. 225-41.

PEREIRA, E. F. et. al., Relação entre diferentes indicadores antropométricos e a percepção da imagem corporal em idosas. **Rev. Psiq. Clín.**, Santa Maria, Rio Grande do Sul: 2009; 36(2): 54-9.

PRINCE, M., PATEL, V., SAXENA, S., MAJ, M., MASELKO, J., PHILLIPS, M.R., & RAHMAN, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(8), 859-877.

SAFFIOTI HIB. Já se Mete a Colher em Briga de Marido e Mulher. *Revista São Paulo em Perspectiva*, volume 13, n.º 4, out-nov. 1999

SAGIM, M. B; BIASOLI-ALVES, Z. M. M; DELFINO, V. VENTURINI, F. P. **A mulher como vítima de violência doméstica**. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, v.7, n.1, p.17-23, jan./abr. 2005.

SÁNCHEZ, E. & BARRÓN, A. (2003). Social psychology of mental health: the social structure and personality perspective. **The Spanish Journal of Psychology**, 6, 3-11.

SANTANA, J. S. S, NASCIMENTO, M. A. A, organizadores. *Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social*. Feira de Santana- BA: UEFS; 2010.

SANTOS, S.M; GUIMARÃES, M. J. B; ARAÚJO, T. V. B. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 16, n. 2, p. 87-102, 2007. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200009.

SANTOS, C.M; IZUMINO, W. P. Violência contra as mulheres e violência de gênero: Notas sobre estudos feministas no Brasil. *Rev. E.I.A.L Universidade de Tel Aviv*, 2005.

SILVA, R. S. et. al., Atividade física e qualidade de vida, Pelotas, Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(1): 115-120, 2010.

SILVA, Maria Nilza. **A mulher negra: o preço de uma trajetória de sucesso**. Tese de Mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1999. mimeo.

SILVA, S. S; BATISTA, R. S; CHAVES, A. E. P; MEDEIROS, F. A. L. Violência doméstica contra a mulher. **Revista Eletrônica de Ciências** – v. 1, n.1, 2008.

SOARES, B.H. *Mulheres Invisíveis: Violência Conjugal e Novas Políticas de Segurança*. Rio de Janeiro. 1999.

SPITZER LR, KROENKE K, WILLIAMS JBW. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *JAMA* 1999; 282(18):1737-1744.

STEPTOE, A.; TSUDA, A.; TANAKA, Y.; WARDLE, J. (2007). Depressive Symptoms, Socio-Economic Background, Sense of Control, and Cultural Factors in University Students from 23 Countries. **International Journal of Behavioral Medicine**, 14(2), 97-107.

STOLCKE, Verena. Sexo está para gênero assim como raça para etnicidade? *Estudos afro-asiáticos* n.º. 20, junho de 1991, p. 101-119.

STREY, Marlene. **Violência, gênero e políticas públicas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

TAVARES, F. A. & PEREIRA, G. C. Reflexos da dor: contextualizando a situação das mulheres em situação de violência doméstica. **Rev. Textos & Contextos Porto Alegre** v. 6 n. 2 p. 410-424. jul./dez. 2007.

TAVARES, D. M. C. **Violência doméstica: uma questão de saúde pública. Dissertação de mestrado.** 2000. 113f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade De Saúde Pública, Universidade São Paulo. São Paulo. 2000.

TAVARES M. C. F. Imagem corporal: conceito e desenvolvimento. São Paulo: **Manole**; 2003.

TESSMER, C. S. et. al., Insatisfação corporal em frequentadores de academia. **R. Bras. Ci e Mov.** 2006; 14(1): 7 – 12.

TONI, V.; GAVINESKI, I. C.; MIGON, P.; FINATO, S.; RECH, R. R.; HALPERN, R. **Insatisfação com a Imagem Corporal em Adolescentes de Escolas Públicas de Caxias do Sul – RS. R bras ci Saúde** 16(2):187-194, 2012.

TRIVIÑOS, Augusto. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais.** SÃO Paulo: Atlas, 1995.

VIANNA, L. A. C, BOMFIM G. F. T, CHICONE G. Autoestima de mulheres que sofreram violência. **Rev Latino-am Enfermagem** 2006 setembro-outubro; 14(5).

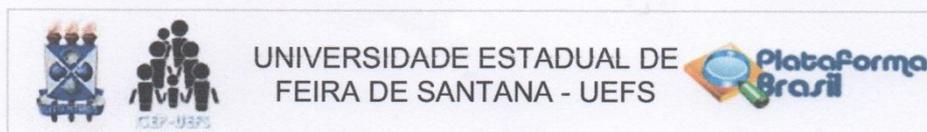
World Health Organization. **Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority.** Geneva: WHO; 1996 (document WHO/EHA/ SPI.POA.2).

World Health Organization. **Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.** Geneva: WHO; 2013.

World Health Organization. **Women and health: today's evidence tomorrow's agenda.** Geneva: WHO; 2009.

ANEXO A

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA VIDA DAS MULHERES: ANÁLISE DE SUAS CONSEQUÊNCIAS NA IMAGEM CORPORAL E NA SAÚDE MENTAL.

Pesquisador: LUANE SALES DE JESUS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33025014.8.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 856.489

Data da Relatoria: 03/11/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de pesquisa intitulado "A violência doméstica na vida das mulheres: análise de suas consequências na imagem corporal e na saúde mental", apresentado ao Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), de autoria da mestranda Luane Sales de Jesus (Pesquisadora Responsável), tendo por pesquisadoras colaboradoras a Profª Drª Edna Maria de Araújo (Orientadora) e a Profª Drª Tânia Maria de Araújo (Co-orientadora). De acordo com a pesquisadora "Muitos estudos têm sido realizados sobre a violência doméstica que afeta as mulheres e também são encontrados na literatura estudos que buscam medir a satisfação ou não das mulheres com a imagem corporal. No entanto são escassos na literatura estudos que relacionem a saúde mental e os sentimentos de satisfação/insatisfação de mulheres vítimas de violência doméstica com a imagem corporal. São mais raros ainda os estudos sobre essa temática que considerem os diferenciais por categorias de raça/cor." (Resumo do Projeto)

"Em vista disso, pergunta-se, quais as consequências da violência doméstica sobre a percepção da imagem corporal e na saúde mental das mulheres? Qual o perfil das mulheres vítimas de violência doméstica? Existe diferença no acontecimento da violência de acordo com a raça/cor?" (p. 8) Assim, "esse estudo objetiva avaliar a satisfação com a imagem corporal e a situação de saúde

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 856.489

mental das mulheres vítimas de violência doméstica atendidas no Centro de Referência da Mulher Dandara, situado na cidade Serrinha - Bahia, considerando diferenciais raciais. Este é um estudo descritivo, com dados primários, cuja amostra será não probabilística e por conveniência composta por mulheres assistidas no Centro de Referência da Mulher – Dandara que aceitarem participar do estudo mediante assinatura do TCLE. Os instrumentos de coleta de dados serão questionários estruturados compostos por dados sócio-demográficos, percepção da imagem corporal denominado Body Shape Questionnaire (BSQ), saúde mental da mulher que será avaliado por dois instrumentos: O inventário de depressão de Beck II (BDI -II) e o Self Report questionnaire (SRQ-20), para os transtornos mentais. Para análise de dados será utilizado o programa SPSS 17.0 para Windows." (Resumo do Projeto)

A pesquisadora apresenta como critérios de inclusão e exclusão das participantes, o seguinte: "Critério de Inclusão: Para a participação no estudo serão incluídos todos os casos de vítimas de violência doméstica do sexo feminino, sem limitação da faixa etária, que foram assistidas e que frequentaram o Centro desde o ano 2012 até o período da coleta de dados, no Centro de Referência da Mulher Dandara, situado na cidade de Serrinha, Bahia. Desse modo, consideram-se como sujeitos principais desta pesquisa as mulheres vítimas de violência doméstica assistidas no referido centro."

Critério de Exclusão: Serão excluídas as fichas das mulheres assistidas que, não aceitarem participar da pesquisa ou que não foram encontradas. E as mulheres que apenas foram uma vez no local, sendo consideradas como atendidas." (Informações Básicas do Projeto/Plataforma Brasil)

Apresenta Cronograma detalhado e Orçamento. As pesquisadoras, responsável e colaboradoras, têm experiência na área da pesquisa a ser desenvolvida, de acordo com o currículo lattes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

"*Estimar a satisfação com a imagem corporal e a situação de saúde mental das mulheres vítimas de violência doméstica, atendidas no Centro de Referência da Mulher Dandara, situado na cidade Serrinha – Bahia."

Objetivos Secundários:

"*Caracterizar o perfil econômico e sócio demográfico das mulheres vítimas de violência doméstica, atendidas no Centro de Referência da Mulher Dandara, situado na cidade Serrinha -

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 856.489

Bahia.

- Descrever a percepção da imagem corporal e de saúde das mulheres vítimas de violência doméstica.
- Identificar casos de depressão e de transtornos mentais comuns em mulheres vítimas de violência doméstica.
- Descrever os diferenciais da violência doméstica segundo raça/cor.
- Descrever os tipos de agressões e os instrumentos empregados na produção da violência doméstica contra as mulheres."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Os riscos desta pesquisa são mínimos e podem estar relacionados com a possibilidade do constrangimento ao trazer lembranças da violência sofrida e preocupação (medo, vergonha) sobre os resultados da pesquisa." (TCLE)

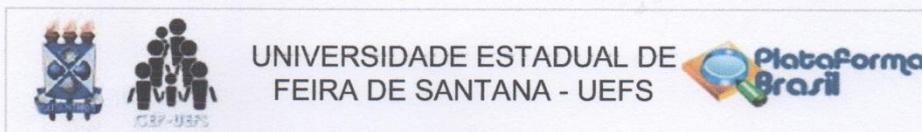
Benefícios:

"[...] este estudo contribuirá para as discussões acadêmicas sobre a relação entre a violência doméstica em mulheres e a insatisfação com a imagem corporal, bem como, saúde mental e a questão do recorte racial, podendo alertar ao poder público sobre a presença dos eventos de violência doméstica, e as consequências que esta violência e a discriminação racial podem ter na saúde mental da mulher, relacionando-as com variáveis econômicas e sócio demográficas. Os resultados deste estudo poderão contribuir para a busca de ações que possam minimizar a insatisfação com a imagem corporal e promover a saúde mental melhorando a autoestima das vítimas e incentivando, programas para redução dos episódios de violência contra a mulher e ações que possam atenuar a discriminação racial que tendem a aumentar a insatisfação dessas mulheres." (Introdução/p. 8)

"Este estudo por trazer a conhecimento a realidade dessas mulheres, poderá contribuir para o desenvolvimento de ações que possam diminuir as injustiças contra a saúde da mulher, bem como para realização de discussões educativas ajudando na melhoria da satisfação com a imagem corporal e a saúde mental das mesmas." (Informações Básicas do Projeto/Plataforma Brasil)

"Sua realização poderá contribuir para o desenvolvimento de ações que possam diminuir as

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA E-mail: cep@uefs.br
 Telefone: (75)3161-8067



Continuação do Parecer: 856.489

injustiças contra a saúde da mulher, bem como a realização de discussões educativas, ajudando na melhoria da satisfação com a imagem corporal e a saúde mental das mesmas." (TCLE)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é viável do ponto de vista ético, tem relevância social e científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Protocolo completo.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

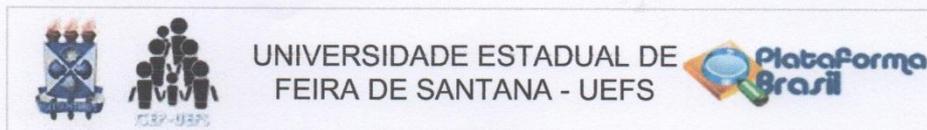
Considerações Finais`a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informa-lhe que o seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. IX.3, alínea 5a - Res. 466/12.

Relembro que conforme institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. O não cumprimento poderá implicar no impedimento de apreciação de novos projetos do pesquisador.

Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 856.489

FEIRA DE SANTANA, 03 de Novembro de 2014

Assinado por:
ANDRÉA SILENE ALVES FERREIRA MELO
(Coordenador)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA E-mail: cep@uefs.br
Telefone: (75)3161-8067

ANEXO B- CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO



CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

Título do projeto: “A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA VIDA DAS MULHERES: ANÁLISE DE SUAS CONSEQUÊNCIAS NA IMAGEM CORPORAL E NA SAÚDE MENTAL”

Orientadores: Prof^ª. Dra.Edna Maria de Araújo; Prof^ª. Dra.Tânia Maria de Araújo

Pesquisadora responsável: Luane Sales de Jesus

Conhecendo o propósito da pesquisa, seu objetivo de “estimara satisfação com a imagem corporal e a situação de saúde mental das mulheres vítimas de violência doméstica, atendidas no Centro de Referência da Mulher Dandara, situado na cidade Serrinha - Bahia” e metodologia, declaramos que autorizamos a coleta de dados no Centro de Referência da Mulher Dandara, de Serrinha; facultamos aos pesquisadores a menção do nome da instituição no relatório técnico-científico, assim como, requeremos a apresentação dos resultados na instituição.

Serrinha, 30 de Junho de 2014.

Antônio Luiz Santos de Sena

Secretário de Desenvolvimento Social
Antônio Luiz Santos de Sena
Secretário de Desenvolvimento Social
Port. 003/2013

ANEXO C- REGISTRO DE OCORRÊNCIA DO CENTRO DE REFERÊNCIA DA MULHER

FICHA DE ATENDIMENTO – TÉCNICO

CRMD- CENTRO DE REFERÊNCIA DA MULHER DANDARA

I. IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

1. NOME _____
2. APELIDO _____
3. DATA DE NASCIMENTO _____ IDADE _____
RG _____ CPF _____
NATURALIDADE _____
4. ENDEREÇO _____
Nº _____ BAIRRO _____
5. TIPO DE MORADIA () PRÓPRIA () ALUGADA () CEDIDA () OUTRO
6. É PORTADOR DE ALGUMA DEFICIÊNCIA? () NÃO () SIM
QUAL? _____
7. TRABALHA? () NÃO () SIM LOCAL _____
REMUNERAÇÃO _____ OCUPAÇÃO _____
8. GRAU DE ESCOLARIDADE _____
9. SITUAÇÃO CONJUGAL () SOLTEIRA () CASADA () RELAÇÃO ESTÁVEL
() SEPARADA JUDICIALMENTE () VIÚVA
10. RELIGIÃO _____
11. ORIENTAÇÃO SEXUAL _____
12. RAÇA/COR/ETNIA () BRANCA () PRETA () PARDA () AMARELA
() INDÍGENA () QUILOMBOLA () OUTRO _____
13. TEM FILHOS? () NÃO () SIM
14. QUANTOS? _____ SEXO _____ ESTUDAM () NÃO () SIM

II. CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA

- A) () CONTINUADA () CIRCUNSTANCIAL
 - B) () DOMÉSTICA () NO TRABALHO () NA RUA
 - C) AGRESSOR (a): () CONHECIDO () DESCONHECIDO
 - D) GRAU DE PARENTESCO COM O AGRESSOR (a)
- _____

E) TIPO DE VIOLÊNCIA () FÍSICA () SEXUAL () PSICOLÓGICA ()
PATRIMONIAL

F) AVALIAÇÃO DE RISCO À INTEGRIDADE FÍSICA: () LEVE ()
MODERADA () GRAVE
() GRAVÍSSIMA

G) PROVIDÊNCIAS: _____

DATA DO ATENDIMENTO ____/____/____

ASSINATURA _____

APENDICE A- QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO



--	--	--

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

1. DADOS DEMOGRÁFICOS, COMPORTAMENTAIS E SOCIOECONÔMICOS

Data: ___/___/___

Idade: _____

I - INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS
Como você classificaria sua cor da pele? 1() Preta 2() Parda 3() Branca 4() Amarela 5() Indígena
Situação Conjugal: 1() solteira 2() União estável 3() casada 4() divorciada 5() viúva 6() separada
Tem filhos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ filhos
Na escola, qual a última série/grau que concluiu com aprovação? 1. () Nunca foi à escola 2. () Lê e escreve o nome 3. Fundamental I: () 1ª () 2ª () 3ª () 4ª 4. Fundamental II: () 5ª () 6ª () 7ª () 8ª 5. Ensino Médio: () 1ª () 2ª () 3ª 6. Superior: () Completo () Incompleto
Quem assume a chefia de sua família? <input type="checkbox"/> você mesma <input type="checkbox"/> seu companheiro/marido <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> irmão/irmã <input type="checkbox"/> outro (especifique): _____

II - TRABALHO PROFISSIONAL	
1. Está trabalhando atualmente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
2. Há quanto tempo trabalha nesta atividade atual? _____ anos _____ meses _____ dias <div style="text-align: right;">() não se aplica</div>	
3. Você tem carteira de trabalho assinada? <div style="text-align: center;">1() Sim 2() Não</div>	4. Se você não tem carteira assinada qual o tipo de contrato do seu trabalho? <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Não tem contrato <input type="checkbox"/> não se aplica
5. Qual a sua ocupação? <input type="checkbox"/> Serviços diversos (faxina, lavagem de roupa, cozinheira) <input type="checkbox"/> Autônoma <input type="checkbox"/> Assalariada com comissão <input type="checkbox"/> Assalariada sem comissão <input type="checkbox"/> Empregada doméstica <input type="checkbox"/> Funcionária Público <input type="checkbox"/> Empregadora/Empresária <input type="checkbox"/> Trabalhadora de Cooperativa (Outro (especifique): _____)	6.. Quantos dias você trabalha por semana? _____ dia(s) 7. Qual sua carga horária semanal? _____ horas
() não se aplica	

III - CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA (ABEP)

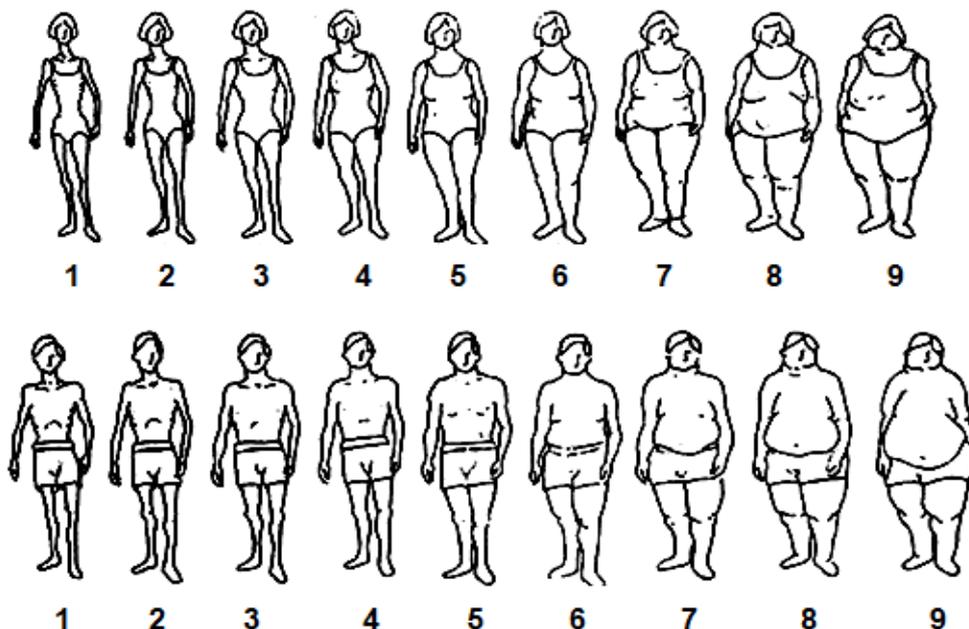
1. Por favor, marque com um "X" o número correspondente à quantas unidades de cada item abaixo relacionados você possui em sua casa.

Item	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Vídeo cassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

2. Qual a sua renda mensal? R\$ _____ E a renda mensal da sua família? R\$ _____

IV. IMAGEM CORPORAL E SAÚDE MENTAL

Escala de Silhuetas de Stunkard et al. (1983)



Qual aparência física mais se parece com você ATUALMENTE?

1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9()

Qual aparência física você GOSTARIA DE TER? 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9()

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK II (BDI-II)

1	<p>0 Não me sinto triste</p> <p>1 Eu me sinto triste</p> <p>2 Estou sempre triste e não consigo sair disto</p> <p>3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar</p>	7	<p>0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo</p> <p>1 Estou decepcionado comigo mesmo</p> <p>2 Estou enojado de mim</p> <p>3 Eu me odeio</p>
2	<p>0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro</p> <p>1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro</p> <p>2 Acho que nada tenho a esperar</p> <p>3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar</p>	8	<p>0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros</p> <p>1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros</p> <p>2 Eu me culpo sempre por minhas falhas</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece</p>
3	<p>0 Não me sinto um fracasso</p> <p>1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum</p> <p>2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos</p> <p>3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso</p>	9	<p>0 Não tenho quaisquer ideias de me matar</p> <p>1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria</p> <p>2 Gostaria de me matar</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade</p>
4	<p>0 Tenho tanto prazer em tudo como antes</p> <p>1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes</p> <p>2 Não encontro um prazer real em mais nada</p> <p>3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo</p>	10	<p>0 Não choro mais que o habitual</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava</p> <p>2 Agora, choro o tempo todo</p> <p>3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria</p>
5	<p>0 Não me sinto especialmente culpado</p> <p>1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo</p> <p>2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo</p> <p>3 Eu me sinto sempre culpado</p>	11	<p>0 Não sou mais irritado agora do que já fui</p> <p>1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo</p> <p>3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar</p>
6	<p>0 Não acho que esteja sendo punido</p> <p>1 Acho que posso ser punido</p> <p>2 Creio que vou ser punido</p> <p>3 Acho que estou sendo punido</p>	12	<p>0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas</p> <p>3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas</p>

13	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	18	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
14	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p> <p>3 Acredito que pareço feio</p>	19	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim ____ Não ____</p>
15	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>	20	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
16	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>	21	<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
17	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>		

As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos **30 DIAS**.

1 - Dorme mal?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
2 - Tem má digestão?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
3 - Tem falta de apetite?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
4 - Tem tremores nas mãos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
5 - Assusta-se com facilidade?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
6 - Você se cansa com facilidade?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
7 - Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
8 - Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
9 - Tem chorado mais do que de costume?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
10 - Tem dores de cabeça freqüentemente?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
11 - Tem tido idéia de acabar com a vida?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
12 - Tem dificuldade para tomar decisões?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
13 - Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
14 - Tem dificuldade de pensar com clareza?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
15 - Você se sente pessoa inútil em sua vida?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
16 - Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
17 - Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
18 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
19 - Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
20 - Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

V. ATIVIDADE FÍSICA E LAZER

1. Você participa de atividades regulares de lazer para se distrair ou relaxar? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
2. Você participa regularmente de algumas das atividades abaixo para relaxar ou se distrair? Atividades sócio-culturais: <input type="checkbox"/> jogos <input type="checkbox"/> cinema/teatro <input type="checkbox"/> festa <input type="checkbox"/> seresta <input type="checkbox"/> barzinho <input type="checkbox"/> praia/piscina <input type="checkbox"/> visita a amigos <input type="checkbox"/> viagens(museus/exposições/bibliotecas) <input type="checkbox"/> igreja <input type="checkbox"/> assistir TV <input type="checkbox"/> ler livro (<input type="checkbox"/> ouvir rádio Atividades Físicas: <input type="checkbox"/> ginástica <input type="checkbox"/> caminhada <input type="checkbox"/> futebol, outro esporte <input type="checkbox"/> natação/ bicicleta <input type="checkbox"/> hidroginástica <input type="checkbox"/> Yoga/dança <input type="checkbox"/> outros: _____ <input type="checkbox"/> não se aplica
O tempo que você tem para fazer o lazer é suficiente? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não se aplica
Em relação ao esforço físico das atividades de lazer para relaxar e se distrair, como classificaria suas atividades? <input type="checkbox"/> Leve (lê, ouve rádio, assiste TV) <input type="checkbox"/> Moderada (caminhada de bicicleta, aula de dança ou atividade física, pelo menos, 2 horas semanais) <input type="checkbox"/> Pesada (corre, faz ginástica, natação, jogos com bola ou atividade física, pelo menos, 4 horas semanais) <input type="checkbox"/> não se aplica

VI. ALIMENTAÇÃO E SAÚDE

Perguntas sobre alimentação	Sim	Não
Você normalmente sente que não consegue controlar o que você come?		
Você frequentemente come <u>dentro de um período de 2 horas</u> , o que a maioria das pessoas consideraria uma grande quantidade de comida?		
Isso ocorreu em média, com uma frequência de duas vezes na semana pelos últimos 3 meses?		

Nos últimos 3 meses, você frequentemente fez algum dos seguintes itens para evitar ganhar peso?	Sim	Não
Forçou vômito?		
Tomou mais do que duas vezes a dose recomendada de laxantes?		
Jejuou - não comeu absolutamente nada por pelo menos 24 horas?		
Fez exercícios físicos por mais de uma hora especificadamente para deixar de ganhar peso depois de comer exageradamente?		

SAÚDE

No último mês o quanto você se sentiu incomodado pelos seguintes problemas?	Não me incomodou	Incomodou-me um pouco	Incomodou-me muito
Preocupação com a saúde			
Seu peso ou com sua aparência			
Pouco ou nenhum desejo sexual ou prazer durante o sexo			
Dificuldades com marido, parceiro, ou namorado			
O estresse de tomar conta dos filhos, pais e outros membros da família			
Estresse no trabalho fora de casa ou na escola			
Problemas financeiros ou preocupações			
Não ter ninguém para te dar apoio quando você tem um problema			
Algo ruim que aconteceu recentemente			
Sonhado ou pensado em algo terrível que aconteceu no passado			
Você está tomando algum remédio para ansiedade, depressão ou estresse? () Não () Sim			

X. Sobre sua Saúde

1- Você se considera uma pessoa que tem saúde? Por quê?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTOS LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A senhora está sendo convidada a participar de uma pesquisa. Antes de decidir, é importante que entenda o motivo de realização do estudo e qual sua finalidade. Nós, Luane Sales de Jesus (pesquisadora responsável) e Edna Maria de Araújo (pesquisadora colaboradora) do Projeto de Pesquisa “A Violência Doméstica na Vida das Mulheres: Análise de suas Consequências na Imagem Corporal e na Saúde Mental”, pretendemos explicar com clareza este estudo. Esta pesquisa avaliará a satisfação com a imagem corporal e a situação de saúde mental das mulheres vítimas de violência doméstica, atendidas no Centro de Referência da Mulher Dandara da cidade de Serrinha. Sua realização poderá contribuir para o desenvolvimento de ações que possam diminuir as injustiças contra a saúde da mulher, bem como a realização de discussões educativas, ajudando na melhoria da satisfação com a imagem corporal e a saúde mental das mesmas. Este estudo segue os princípios éticos de pesquisas envolvendo seres humanos. Contudo, o preenchimento do questionário pode ser cansativo e lhe tomar algum tempo. Os riscos desta pesquisa são mínimos e podem estar relacionados com a possibilidade do constrangimento ao trazer lembranças da violência sofrida e preocupação (medo, vergonha) sobre os resultados da pesquisa. Sua participação é voluntária e gratuita, e você terá todo o direito de desistir e retirar seu consentimento a qualquer momento, caso não se sinta confortável e segura, sem nenhum prejuízo para a senhora. A entrevista será em local que garanta a privacidade, livre da vista e escuta de outras pessoas; seu anonimato será assegurado. Caso não se sinta confortável no local, a entrevista poderá ser agendada no local escolhido por você de acordo com a sua disponibilidade. Se não for alfabetizada, terá todo direito de escolher alguém de sua confiança para ler a pesquisa para senhora. Será garantido o sigilo de todas as informações individuais coletadas nessa pesquisa, preservando a sua identidade. Porém, se você for prejudicado de alguma maneira devido a sua participação nesta pesquisa, a pesquisadora terá a responsabilidade de acompanhá-lo nessa situação, inclusive sobre os gastos financeiros que possam lhe atingir. Os dados serão armazenados no Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES), pelo período de cinco anos e apenas serão utilizados com finalidade científica. Os resultados serão divulgados aos seus participantes e à comunidade científica, sendo que a sua identidade jamais será revelada, serão também usados em eventos científicos, além de ser apresentada a gestão do município e trabalhadores com fins científicos. Nós estaremos à sua disposição para esclarecimentos sobre a pesquisa no seguinte endereço: Universidade Estadual de Feira de Santana– UEFS, situada na AV. Transnordestina, Bairro: Novo Horizonte, BR 116, Km 03, Campus Universitário, Feira de Santana-BA, CEP: 44031-460, Prédio de Saúde Coletiva, Atrás do módulo VI, Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES), telefone: (75) 3161-8183. Caso você aceite participar da pesquisa deverá assinar duas vias deste documento, sendo que uma ficará com você e a outra com as pesquisadoras.

Serrinha – Bahia, _____ de _____ de _____

Assinatura da participante

Luane Sales de Jesus

Edna Maria de Araújo

Pesquisadora responsável (Tel. 075 3161-8183)

Pesquisadora Colaboradora (Tel. 075 3161-8183)