



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM



**VIOLÊNCIA EXPERIENCIADA POR MULHERES INTERNADAS EM UNIDADE
DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

Laura Lucena Fuchs

Porto Alegre

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Laura Lucena Fuchs

**VIOLÊNCIA EXPERIENCIADA POR MULHERES INTERNADAS EM UNIDADE
DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de Curso para a
obtenção de título de Bacharel em
Enfermagem, pela Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Orientadora: Prof^a Dr^a Agnes Olschowsky

Porto Alegre

2018

*Dedico este trabalho aos meus pais, Inez e Jorge,
pelo incentivo durante TODA minha graduação
e por me apoiarem nos momentos mais difíceis.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, por todos os anos de apoio e amor incondicional, vocês acreditaram em mim em todos os momentos, até mesmo quando EU não fui capaz de acreditar. Mãe, obrigada por dizer “caso queira voltar, a porta estará sempre aberta para ti”. Pai, obrigada por todas as discussões acaloradas sobre coisas que eu não quero acreditar e sei que tu tentas acreditar pois diz que “a fé é cega”. Obrigada por todas as vezes que chego ou saio de casa e vocês vem pedir para eu e meus irmãos darmos beijos em vocês, mostrando que estavam com saudades. Este trabalho e esta conquista também é vossa, amo muito vocês.

Aos meus irmãos, Arthur e Sophia, que por, mesmo estando todos muito ocupados e cansados, conseguíamos um tempo para fazer a noite do filme em família e nos fins de semana almoçarmos todos juntos e reclamar dos assuntos do nosso pai. Vocês me ensinaram a “aprender” a gostar de estudar (mas, não muito) e tentar me dedicar e esforçar mais.

Ao meu companheiro Sandro, por me mostrar que mesmo estressado e irritado com coisas externas do dia-a-dia, me ama e se preocupa comigo, fazendo comida e me deixando dormir até mais tarde após uma noite de trabalho, me cuidando para que eu descanse e fique bem, e me apoiando em todas as decisões que eu tomo, mesmo que nem sempre ‘aprove’.

Aos meus gatos, Luah e Simba, por me acordarem de manhã para eu ir para o estágio (na verdade, para receberem comida) e por me esquentar durante as noites que passei acordada lendo e escrevendo.

Ao meu avô, que nos permitiu cuidar dele, e que nos seus últimos seis meses tive mais contato e proximidade do que nos meus 30 anos de existência. À minha tia por ficar preocupada que eu ia me manter acordada durante a madrugada lendo e escrevendo.

À minha família e meus amigos de longa data, por entenderem que muitas vezes eu não poderia estar tão presente quanto gostaria devido ao fim de semestre e não ter tempo nem para mim. Em especial à minha amiga Aline que nos conhecemos na infância e fomos nos reencontrar como colegas, sempre me ajudando e explicando matérias que para mim eram impossíveis.

À minha amiga Murf por me chamar para trabalhos quando eu precisava (e ainda chama) e por me apoiar sempre, dizendo como os estudos são importantes.

Aos amigos que pude fazer durante a graduação, Rodrigo, Ju Mauro, Ju Barros, Alê, enfim, entre tantos, por muitas vezes, me darem apoio e não deixarem eu desistir quando as coisas estavam complicadas. Que possamos estar presentes mesmo após a graduação.

À Professora Carmen Lúcia Duro, por, além de uma mãezona, ser um exemplo de pessoa e profissional, obrigada por todo carinho e por compartilhar comigo tanto conhecimento.

À minha orientadora, Professora Doutora Agnes Olschowsky. Agradeço muito por ter aceitado ser minha orientadora e toda a tua disponibilidade e atenção. Minha escolha não poderia ter sido melhor. Obrigada por todos ensinamentos, carinho, tempo e compreensão pelo momento que eu estava passando. Sempre me lembrarei de ti. És um exemplo de professora, pesquisadora e pessoa.

À toda equipe de pesquisa do projeto maior, sem vocês não seria possível a realização desse trabalho. À Mari que me ajudou em muitos momentos de bloqueio mental na minha escrita, achando que não conseguiria mais escrever e me mostrando uma luz.

À todas professoras da Escola de Enfermagem, por compartilharem seus conhecimentos.

A todos os profissionais da unidade de internação 4ºSul do HCPA, especialmente a enfermeira Marli Machado, por diariamente me incentivar a ser uma enfermeira assistencial e gerencial, mostrando que é possível ser uma enfermeira completa.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação.

Muito da profissional que me tornei (e ainda irei me tornar) é resultado do que aprendi com todos vocês.

"É possível encontrar a felicidade mesmo nas horas mais sombrias,
se lembrar de acender a luz."
(Alvo Dumbledore)

RESUMO

FUCHS, Laura Lucena. **VIOLÊNCIA EXPERIENCIADA POR MULHERES INTERNADAS EM UNIDADE DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**. 2018. 57f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Objetivo: Identificar os tipos de violência sofridas por mulheres internadas em uma unidade de saúde mental feminina de um hospital materno infantil do município de Porto Alegre/RS.

Metodologia: estudo quantitativo transversal, do tipo exploratório e descritivo, realizado a partir da técnica de análise de prontuários. O estudo foi realizado em uma unidade de saúde mental do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) localizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), pelo motivo da mesma ser referência no combate à violência contra mulheres e crianças, com vínculo do Centro de Referência no Atendimento Infanto-juvenil (CRAI) que atende média de 160 casos por mês vindos de Porto Alegre e interior do estado do RS. A população do estudo constituiu-se por 310 prontuários das pacientes internadas durante o período de agosto de 2015 a julho de 2017. A amostra do estudo foi constituída por 141 prontuários de mulheres vítimas de violência internadas na unidade de saúde mental do HMIPV. A coleta de dados foi realizada a partir de instrumento pré-codificado. As informações coletadas foram organizadas em banco de dados e analisadas pelo *software* SPSS versão 24.

Resultados: a análise dos resultados permitiu verificar que as mulheres com história de violência, eram, na maioria, mulheres adultas (73,05%), de cor branca (59,57%), baixa escolaridade (48,93%), sem remuneração salarial (59,57%). No que se refere a internação, a maioria das mulheres (45,39%) internaram por motivo de tentativa, ideação ou risco de se suicidar, (30,49%) internaram por agudização do quadro psiquiátrico. Os serviços que mais realizaram encaminhamentos foram os de referência em emergências de saúde mental (63,83%) de Porto Alegre. Relativo à violência, a que prevaleceu foi a física (60,72%), 51,77% das mulheres sofreram mais de um tipo de violência, 9,23% tinham suspeita de violência. 29,07% foram violentadas por mais de uma pessoa e 29,78% sofreram violência em mais de um momento da vida, por fim o estudo evidenciou que predominou como agressor principal o companheiro (42,55%) e, que a infância (54,61%) foi a fase da vida em que mais experienciaram atos violentos. **Considerações:** A violência pode ocorrer em muitos momentos da vida, podendo ser realizada por diversos agressores, porém em sua maioria são pessoas conhecidas destas mulheres, ocasionando sofrimentos psíquicos e impacto nas suas vidas. É responsabilidade dos profissionais da saúde serem sensíveis na escuta do cuidado às mulheres para identificar e, assim, possibilitar o enfrentamento de atos violentos.

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher; Violência Doméstica; Violência de Gênero; Saúde Mental; Enfermagem.

ABSTRACT

FUCHS, Laura Lucena. **VIOLENCE EXPERIENCED BY WOMEN ADMITTED TO A MENTAL HEALTH UNIT IN THE MUNICIPALITY OF PORTO ALEGRE.** 2018.

58f. Monography (Bachelor in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Objective: Identify the types of violence suffered by women hospitalized in a female mental health unit at a maternal and child hospital in the municipality of Porto Alegre. **Methodology:** cross-sectional quantitative, exploratory and descriptive study, using analyses of the patient's medical records. The study was carried in a mental health unit of the Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), located in Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS). Since this hospital is a reference for in combating violence against women and children, with link of the Reference Center in the Child and Youth Care (CRAI) which serves an average of 160 cases per month coming from Porto Alegre RS interior of the state. The study population consisted of 310 medical records of patients admitted during the period August 2015 to July 2017. The study sample consisted of 141 medical records of women victims of violence admitted to the mental health unit of HMIPV. Data collection was performed using a pre-coded instrument. The data collected was organized in a database and analyzed on the SPSS software, version 24. **Results:** the results' analysis showed that women with a history of violence were mostly adult women (73.05%), white (59.57%), low level of schooling (48.93%), without salary remuneration (59.57%). With regard to hospitalization, the majority of women (45.39%) hospitalized for attempted, idealized or at risk suicide, (30.49%) hospitalized due to worsening of the psychiatric situation. The services that had more medical referrals were the reference in mental health emergencies (63.83%) of Porto Alegre. Relative to violence, physical violence prevailed (60.72%), 51.77% of women suffered more than one type of violence, 9.23% were suspected of violence. 29.07% were raped by more than one person and 29.78% suffered violence in more than one moment of life. Finally, the study showed that the companion predominated as the main aggressor (42.55%) and that childhood (54.61%) was the phase of life in which they most experienced violent acts.

Final considerations: Violence can occur at many moments in life and can be carried out by several aggressors, but most are known to these women, causing psychic suffering and impact on their lives. It is the responsibility of health professionals to be sensitive in listening to care for women to identify and thus enable them to cope with violent acts.

Keywords: Violence Against Women; Domestic Violence; Gender-Based Violence; Mental Health; Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo Geral:	12
2.2 Objetivos Específicos:	12
3. VIOLÊNCIA EM MULHERES	13
4. VIOLÊNCIA E SAÚDE MENTAL:	18
5. MÉTODO:	24
5.1 Tipo de Estudo:	24
5.2 Campo do Estudo:	25
5.3 Amostra do Estudo:	26
5.4 Coleta dos Dados:	26
5.5 Instrumento de Coleta de Dados:	27
5.6 Procedimento para Análise de Dados:	30
5.7 Aspectos Éticos:	30
6. RESULTADOS:	32
7. DISCUSSÃO:	40
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS:	44
REFERÊNCIAS:	46
ANEXOS:	51
ANEXO A: INSTRUMENTO DA PESQUISA:	51
ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP:	53
ANEXO C: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP: PELA INSTITUIÇÃO	57
ANEXO D: CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DA PESQUISA	61
APÊNDICES:	62
APENDICE A: TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS	62

1 INTRODUÇÃO

Em um primeiro momento meu interesse foi pesquisar sobre violência psicológica sofrida por mulheres, o que isto acarretaria e quais as estratégias que elas utilizariam para lidar com este fato em suas vidas. Porém, entendendo que esta temática é complexa e, que na atualidade a violência contra a mulher tem se mostrado como um problema frequente na vida em sociedade, optei por realizar um estudo sobre violência sofrida por mulheres internadas em uma unidade de saúde mental.

Yves Michaud (1989) traz a origem da palavra violência, violência vem do latim *violentia*, que significa caráter violento ou bravio. O termo *violare* significa tratar com violência, profanar, transgredir. Violência é, pois, o ato de brutalidade, constrangimento, abuso, proibição, desrespeito, discriminação, imposição, invasão, ofensa, agressão física, psíquica, moral ou patrimonial contra alguém, caracterizando relações que se baseiam na ofensa e na intimidação pelo medo e pelo terror.

A Organização Mundial de Saúde define a violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou sob ameaça, contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade e que resulte, ou tenha grande possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento e/ou privação (OMS, 2012). E reconhece mundialmente a violência feminina como um problema de saúde pública, pois pode provocar lesões imediatas, infecções e transtorno mental e, que geralmente esse ato ocorre em âmbito privado, tendo como principal agressor o parceiro íntimo. Ou seja, a mulher que vive essa situação tem suas relações íntimas acompanhada de agressões físicas, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores (WHO, 2002).

Assim, sofrer uma violência tem repercussões negativas na vida das mulheres, produzindo sentimentos de desvalia, de medo, de revolta, de tristeza, de desânimo entre outros que influenciam seu viver tanto no aspecto físico quanto no psicológico.

Problemas de saúde mental, sofrimento emocional e comportamento suicida são comuns entre as mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo, apresentando sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, aliados à depressão e ansiedade. Destacamos que estes transtornos mentais comuns representam alto custo social e econômico, pois as mulheres podem buscar isolamento, sendo causa importante de dias perdidos de trabalho, perda de salários e falta de participação em atividades

regulares, limitando sua capacidade de cuidados consigo e com seus filhos. A violência por parceiro íntimo, vivida por cerca de 50% das mulheres no Brasil, mostrou-se associada aos transtornos mentais comuns (LUDERMIR et al, 2008).

Além disso, a prevalência dos transtornos mentais comuns aumenta com a gravidade da violência, sendo 30,6% para as mulheres que foram vítimas apenas da violência física e 62,9% para aquelas que sofreram todas as formas de violência (MENDONÇA; LUDERMIR, 2017).

A partir disso, consideramos que a violência sofrida por mulheres é um tema complexo e que deve ser considerado em estudos no campo da saúde mental e enfermagem, dando visibilidade para essa temática, propiciando reflexões, conhecimento e ações de cuidado em saúde mental.

Desse modo, identificar os tipos de violência experienciada por mulheres internadas em uma unidade de saúde mental feminina poderá contribuir para o reconhecimento de dimensões que podem afetar a vida dessas mulheres e, subsidiar uma assistência pautada em ações que considerem o contexto psicossocial dessa população e em consonância com as suas necessidades de saúde. Esperamos também que este estudo possa suscitar reflexões da gestão pública, de profissionais de saúde e contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico acerca do tema e para o enfrentamento da violência contra a mulher e promoção da qualidade de vida.

Este estudo está vinculado à pesquisa “Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em uma unidade de internação em saúde mental feminina em hospital materno infantil do município de Porto Alegre”, aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) sob o nº 33479 e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, sob o parecer nº 2.465.372.

Frente ao exposto, esta pesquisa procura responder sobre quais os tipos de violência estas mulheres experienciaram.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Caracterizar a violência sofrida por mulheres internadas em uma unidade de saúde mental feminina de um hospital materno infantil do município de Porto Alegre.

2.2 Objetivos específicos:

- Identificar o número de mulheres com relato de violências registrada nos prontuários;
- Identificar as características sociodemográficas e clínicas das mulheres que sofreram violência.
- Caracterizar tipos de violência a que as mulheres foram submetidas;

3. VIOLÊNCIA EM MULHERES

Historicamente, a violência contra as companheiras não era vista como um problema social, mas ao contrário, como um fato da vida. Algumas pessoas foram socializadas dentro de um contexto cultural de aceitação da violência contra as mulheres dentro de relacionamentos. Desde o período romano até o início do século XX, as mulheres foram consideradas propriedade dos homens. No início do período romano, as mulheres eram compradas como noivas, e o seu status, assim como de seus filhos, eram muito próximos à condição de escravos. Surras violentas, e mesmo a morte, aconteciam, se as mulheres agiam contrariamente aos desejos de seus maridos ou ao código social da época (TOWNSEND, 2002).

A violência é uma questão social e, portanto, não é objeto próprio de nenhum setor específico. Ela se torna um tema mais ligado à saúde por estar associada à qualidade de vida; pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares e também, pela concepção ampliada do conceito de saúde (MINAYO, 2006). Enquanto fenômeno ampliado, a saúde não é algo estático, mas se modifica conforme o tempo e os modos de vida em sociedade. Desta maneira, a saúde deve ser vista como questão plural, questão integral que articula e “conversa” com os contextos psicossociais e familiares das pessoas (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005).

Nesse contexto, em 1994 convergindo com os princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil assinou o documento da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também conhecida como Convenção de Belém do Pará. Este documento define que violência contra a mulher é qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause danos ou sofrimento físico, sexual ou psicológico ou até mesmo morte à mulher, tanto no privado como no público, além de explicar as formas que essa violência pode assumir e os lugares onde pode se manifestar.

Foi com base nesta Convenção que a definição de violência contra a mulher constante na Lei Maria da Penha de 2006 foi escrita (LACERDA, 2014). Conforme a Lei 11.340/2006, “configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (BRASIL, 2006, p.1).

Com relação às situações de violência que ocorrem na sociedade de um modo geral, segundo o Centro Estadual de Vigilância em Saúde RS (CEVS) e o Sistema de Informações

sobre Agravos de Notificação (SINAN) há subnotificação. Entretanto, mesmo havendo a subnotificação, observamos o crescimento da frequência de notificações de violência. A notificação permite que seja realizada uma análise da situação real que a população vulnerável está passando, sendo possível planejar políticas públicas específicas e intervenções para modificar este quadro, estudando estratégias para enfrentamento dessas violências.

Tabela 1: Notificações no SINAN RS - Violência - todas as tipologias.
Série histórica 2010-2017.

Ano da Notificação	Freqüência
2010	6601
2011	11224
2012	14647
2013	15574
2014	17201
2015	18124
2016	17966
2017	23118
Total	124455

Fonte: SINAN/CEVS/CEVS. Acesso em 19/10/2018

Analisando a tabela 1 do CEVS percebemos que no ano de 2017 o número de notificações de casos de violência (23.118) teve um aumento de 3,5 vezes quando comparado com o ano de 2010 (6.601).

As tabelas 2 e 3 a seguir, nos permitem observar os tipos de violência e os agressores que foram notificados do ano de 2010 a 2016. Bem como, denota que mesmo havendo subnotificações ocorreu um aumento da procura por ajuda.

Tabela 2: Notificações no SINAN RS - Violência por tipologia. Série histórica 2010-2016.

Tipo de Violência	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Lesão auto provoc	698	1912	2520	2452	2731	3300	3924	17537
Viol Física	3868	6705	8305	8501	9379	9680	9682	56120
Viol Psico/moral	1703	3400	5244	5322	5881	6002	5969	33521
Viol Tortura	121	345	597	454	413	377	383	2690
Viol Sexual	1120	1534	1863	1941	1931	1943	1927	12259
Traf de Seres Hum	4	13	7	10	5	10	10	59
Viol Finan/Econo	115	178	312	347	322	348	338	1960
Viol Negli/Aband	977	1712	2163	2817	3153	3846	3130	17798
Trab Infantil	23	55	53	61	54	58	53	357
Viol Interv Legal	20	47	41	66	53	25	39	291
Outra Violência	439	1317	1954	1745	1839	2171	2378	11843

Fonte: SINAN/CEVS/CEVS. Acesso em 19/04/2017

Tabela 3: Notificações no SINAN RS - Violência por tipo de agressor. Série histórica 2010-2016

Agressor	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Pai	600	1130	1377	1656	1655	1959	1750	10127
Mãe	810	1445	1846	2287	2418	2814	2540	14160
Padrasto	262	389	423	441	494	423	394	2826
Madrasta	31	40	58	38	57	52	48	324
Cônjuge	673	1416	2489	2469	2652	2443	2459	14601
Ex-Cônjuge	148	336	773	809	1053	1057	1022	5198
Namorado(a)	87	192	304	363	407	432	411	2196
Ex-Namorado	36	76	163	218	277	367	331	1468
Filho(a)	195	415	576	686	661	747	698	3978
Irmão(a)	149	354	399	381	484	477	432	2676
Amigo/conhec	769	1422	1556	1555	1624	1703	1558	10187
Desconhecido(a)	871	1077	1291	1206	1272	1330	1377	8424
Cuidador(a)	72	130	130	176	145	162	161	976
Patrão/chefe	21	28	32	50	44	36	40	251
Pes com Rel Inst	62	105	104	121	113	181	146	832
Policial Ag.Lei	32	66	51	70	76	73	68	436
Propria Pessoa	722	1853	2480	2389	2598	3138	3796	16976
Outros Vínculos	741	1143	1322	1357	1404	1334	1286	8587

Fonte: SINAN/CEVS/CEVS. Acesso em 19/04/2017

Referente à violência em mulheres, apresentamos a Tabela 4:

Tabela 4: Notificações no SINAN RS - Violência por sexo - todas as tipologias. Série histórica 2010-2017.

Ano da Notificação	Masculino	%	Feminino	%
2010	2814	42,6	3785	57,4
2011	4311	38,4	6912	61,6
2012	4645	31,7	9999	68,3
2013	4967	31,9	10605	68,1
2014	5408	31,4	11793	68,6
2015	5842	32,2	12282	67,8
2016	5269	29,3	12694	70,7
2017	6385	27,6	16728	72,4
Total	39641	31,9	84798	68,1

Fonte: SINAN/CEVS/CEVS. Acesso em 19/10/2018

Examinando a tabela 4 percebe-se que a violência contra a mulher aumentou 4,42 vezes do período de 2010 (3.785) para 2017 (16.728), apresentando um aumento maior que a violência geral no mesmo período, que é de 3,5.

No Brasil, de acordo com dados do Mapa da Violência 2015, a expressão da violência doméstica contra a mulher, entre 1980 e 2013, apresentou um ritmo crescente, tanto em número quanto em taxas. Foi observado que um total de 106.093 mulheres morreram vítimas de homicídio neste período. A situação é preocupante tendo em vista que o número de vítimas passou de 1.353 mulheres em 1980 para 4.762 em 2013, um aumento de 252%. Isso representa que a taxa de mulheres vítimas de violência passou de 2,3 por 100 mil em 1980 para 4,8 por 100 mil em 2013 (aumento de 111,1%) (BARROS, et al, 2013).

As violências contra a mulher podem ser dos mais variáveis tipos, podendo ou não ser visualizadas/identificadas por outras pessoas e/ou profissionais de saúde. Os conceitos a seguir foram organizados pela Coordenadoria da Mulher, do Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe:

-Violência psicológica: é qualquer ação que cause dano emocional e diminuição da autoestima da mulher, neste tipo de violência é comum a mulher ser impedida de ter contato com outras pessoas, amigos, parentes, sendo impedida de trabalhar, estudar, viajar ou sair de casa. Esta violência não é visível, mas é muito extensa.

Conforme Townsend (2002), outro aspecto da violência psicológica é a negligência física e emocional, que normalmente ocorre durante a infância, mas pode se manter durante a adolescência e fase adulta. Os pais ou companheiro pode negar cuidados ou abandonar a pessoa

que tem dificuldades em realizar ações, ignorar a presença dela e repelir as tentativas de contato. Esta negligência pode causar lesões emocionais, fazendo com que esta criança apresente ansiedade, isolamento social, precário desempenho escolar e relacionamento com colegas, comportamentos autodestrutivos e delinquentes, uso de drogas.

-Violência física: é toda atitude que lese a integridade ou saúde física da mulher, o agressor usa força física para machucar a vítima de várias maneiras ou ainda fazendo uso de ferramentas. Violência esta que pode ser visualizada.

-Violência sexual: é basicamente fundamentada na desigualdade entre homens e mulheres, caracteriza-se como qualquer ato de constrangimento à mulher que a faça presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, quando a mesma acaba se prostituindo contra sua vontade, realizar o aborto sem desejar, usar anticoncepcionais involuntariamente ou quando sofre assédio sexual, mediante ameaça, intimidação ou uso da força. Violência que pode ser identificada ou naturalizada.

-Violência moral: é composta por condutas que acarrete em calúnia (afirmando de forma falsa que a pessoa praticou um crime que ela não cometeu), difamação (atribuição de fatos que manchem a reputação) ou injúria (ofender a dignidade). Este tipo de violência pode ocorrer também pela internet e não é visualizada.

-Violência patrimonial: se configura por qualquer conduta de reter, subtrair, destruir parcial ou totalmente objetos pertencentes à mulher, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens, valores e direitos ou recursos econômicos. Esta violência é material e visual.

4. VIOLÊNCIA E SAÚDE MENTAL:

O abuso e maus tratos de uma pessoa para outra cresce na sociedade. Diariamente somos inundados de informações sobre abuso à criança e idosos, violência familiar, as raças, religiões, classes econômicas, níveis de formação e mulheres espancadas entre outros, caracterizando fatores que predispõe as pessoas agredidas para além dos efeitos físicos e/ou psicológicos, o sofrimento psíquico.

A violência contra mulher é muita das vezes imperceptível por estar naturalizada pela sociedade e sempre haver uma justificativa daquele que a comete culpabilizando a vítima. Os traços da violência são iniciados de maneira sutil, ocorrida em sua maioria no ambiente doméstico, cometidos principalmente pelo marido ou companheiro. Dizer como a mulher pode se vestir, controlar os locais onde ela vai ou fazê-la se sentir mal por sair com suas amigas ou familiares sem a companhia de seu marido, podem parecer atitudes inofensivas, mas reforça a ideia de propriedade, à qual é abusiva e oportuna para gerar outros abusos de ordem moral, física e sexual (PINTO; OLIVEIRA, 2016).

A culpa é uma forma de manipular e controlar as emoções e ações da mulher. O agressor transfere a responsabilidade por suas ações para sua parceira, fazendo com que ela sinta que está o magoando de forma consciente ao deixar de fazer o que ele deseja. Dessa maneira, ela se enxerga como a culpada pelos maus-tratos que sofre. A violência moral é um dos tipos de violência mais presente no ambiente familiar, por mais que não cause marcas físicas, gera inúmeras consequências psicológicas. Essas agressões acontecem em formas de ofensas, ferindo diretamente a moral da vítima ao fazer com que ela se sinta diminuída e menosprezada ao tentar agir em desacordo com as regras determinadas. As consequências dessas situações são tão graves que se torna comum a mulher acreditar nas ofensas feitas a ela, passando a se sentir feia, desinteressante e até mesmo desprovida de valor, o que pode ocasionar uma depressão e eventualmente a morte da vítima (PINTO; OLIVEIRA, 2016).

Durante séculos, as mulheres foram consideradas propensas ao desenvolvimento de transtornos mentais devido a sua natureza considerada biologicamente determinada, sem possibilidades de intermediação ou mesmo influenciada por uma cultura que produzia as características distintas de uma personalidade feminina. Desta forma, uma vasta gama de psicopatologias foi atribuída à natureza e biologia das mulheres, atribuindo seus transtornos mentais às suas funções reprodutivas (TAFT, 2003).

Uma das primeiras teorias científicas que substituíram as explicações religiosas para a “loucura” das mulheres como mal ou possessão pelo diabo, foi a criação da histeria, derivada da palavra grega útero. Muitos médicos pensavam que a histeria era uma doença de “mulher” que se originava neste órgão. Considerado um pioneiro em seu campo, Charcot documentou e classificou os sintomas da histeria, que ele chamou de “grande neurose” (Herman, 1992, p.10, citado por TAFT, 2003, p.2).

Neste mesmo contexto, a compreensão da saúde mental das mulheres também foi fortemente influenciada pelo trabalho de Sigmund Freud. “Depois de ouvir as suas pacientes as quais relatavam sofrer estupro e abuso sexual na infância, ele escreveu sobre os traumas associados a estes eventos em "A etiologia (origem) da hysteria". No entanto, após as críticas e furor produzidos no conservador século XIX em Viena, Freud revisou sua teoria afirmando que a etiologia da histeria era devido à repressão das fantasias sexuais das jovens mulheres” (Herman, 1992, p.14, citado por TAFT, 2003, p.3).

Ainda segundo Taft (2003), tal fato teve uma influência prejudicial e duradoura sobre os diagnósticos de saúde mental das mulheres, na crença em conhecer a verdade sobre elas e na prescrição do tratamento adequado, pois, outros fatores, tais como a violência sexual e aspectos sociais que poderiam ser as causas da sintomatologia da histeria não eram considerados. Assim, esta autora argumenta que a psicanálise, teoria psicológica dominante do século XX, foi fundada na negação da realidade da vida das mulheres. O estudo mostra que nesta época, os parceiros do sexo masculino foram considerados como tendo pouca ou nenhuma relevância para o desencadeamento deste tipo de sofrimento, eles apenas tinham responsabilidade legal no cuidado da mulher. O fato era legitimado pelos primeiros códigos legais ocidentais, nos quais as mulheres eram responsabilizadas e punidas caso seus parceiros as prejudicassem fisicamente ou sexualmente.

Da evolução crescente da psicologia como ciência, derivaram as teorias sobre o masoquismo feminino e outras insuficiências mentais inatas das mulheres. Tais “insuficiências” foram consideradas por muitos profissionais de saúde mental como as causas do “abuso do parceiro íntimo”. As mulheres que foram repetidamente prejudicadas eram e ainda podem ser pensadas por alguns profissionais de saúde como tendo psicologicamente a “necessidade” de abuso (TAFT, 2003).

Em resumo, as teorias sobre os impactos da violência contra as mulheres para a saúde mental mudaram ao longo dos anos. Nos últimos séculos, as explicações passaram de uma

biologia propensa aos transtornos mentais para uma personalidade feminina inadequada. Posteriormente, as teorias evoluíram para uma maior consciência da dinâmica nos relacionamentos íntimos e familiares e, com a ascensão do movimento feminista, passaram a valorizar o papel desempenhado pelo domínio patriarcal e o comportamento dos homens agressores ou criminosos dentro de casa. Estas últimas perspectivas destacaram o papel da socialização de gênero para mulheres e homens. O fenômeno da violência deve ser entendido em um sentido mais abrangente, incluindo o impacto mais amplo de forças dentro da comunidade e da sociedade na produção das subjetividades femininas e masculinas (TAFT, 2003).

O setor da saúde tem sido lento para se envolver com a violência feminina. Em todo o mundo, os problemas de saúde mental, sofrimento emocional e comportamento suicida são comuns entre estas pessoas. Mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo no passado podem estar mais propensas a apresentar distúrbios psicológicos atuais do que as mulheres que nunca sofreram este tipo de violência. Os efeitos da violência na saúde mental podem ser imediatos e agudos, mas também ter consequências em longo prazo ou até mesmo se tornarem crônicos (MENDONÇA; LUDERMIR, 2017).

As mulheres que cresceram em ambientes violentos observando a mãe a ser agredida pelo pai, podem então, criar vulnerabilidades, tais como baixa autoestima e crenças de amor romântico que legitimam e desvalorizam a agressão na relação amorosa. Estes fatores podem contribuir para que no futuro possam se envolver e permanecer mais facilmente em relações íntimas violentas, por não terem consciência de que são vítimas e devido ao próprio processo complexo da violência conjugal (BAPTISTA, 2012).

Referente ao agressor, um estudo apresenta a análise da relação do agressor com a vítima mostrando que o marido/companheiro foi o que isoladamente mais agrediu (61,5%), seguido do ex-marido/ companheiro (15,4%). Este grupo de agressores cometeram 40% de violência física e 27,5% de violência psicológica. Os filhos também aparecerem em grande porcentagem, praticando 45,4% de violência psicológica, bem como a física e psicológica associadas em 36,4% dos casos. Irmãos efetuaram em 40% violência física e psicológica juntas. O pai realizou a violência física em 50%, seguida por 25% da violência sexual. Padrasto realizou em igual frequência violência física e psicológica. E agressores sem relação parenteral, verificou-se que os conhecidos cometeram exclusivamente violência sexual (100%) e os desconhecidos dividiram em igual porcentagem (50%) violência física e sexual (MADUREIRA et al., 2014).

Videbeck (2012) traz o estupro como um crime de violência e humilhação expresso por meios sexuais podendo a vítima também sofrer espancamento e lesões. Ocorrem contra a vontade do indivíduo por meio de força, medo da força, drogas ou intoxicantes, podendo também ser considerado estupro perante a incapacidade de fazer julgamento racional, como ter deficiência mental ou estar abaixo de certa idade. A maior parte dos estupradores tem o perfil de ser alguém conhecido, como namorado, marido, pai, padrasto, algum parente ou amigo da família. Muitas pessoas que sofreram estupro passam a sentir medo, desamparo, em choque e ficam descrentes, culpa, vergonha e humilhação também são sentimentos recorrentes. Pode ser que evitem o local ou as circunstâncias em que ocorreu a violência, desistam de atividades que antes eram prazerosas e passem por depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, disfunção sexual, insônia e problemas de memória, ou pensem em suicídio. Tem-se estimativas de que apenas um em cada quatro a dez estupros são informados, devido a vergonha e a culpa que a vítima sente, ao estigma que ainda se tem em cima desta violência e à falta de manejo que profissionais de várias áreas como saúde e segurança desempenham.

Em uma revisão de literatura sobre violência contra a mulher e saúde mental realizado a partir de 75 artigos publicados no recorte temporal de janeiro de 2006 a junho de 2012 nas bases de dados *online* SAGE Premier, ProQuest e Scopus evidenciou que a violência sofrida por mulheres foi associada a depressão em 42 estudos, a transtornos pós-traumáticos em 14 estudos, a ansiedade em 16 estudos, ao suicídio e autoextermínio em seis estudos e a problema psicológico em 19 estudos. Demonstrando uma alta correlação entre a violência sofrida por mulheres e os transtornos mentais (DILLON; HUSSAIN; LOXTON; RAHMAN, 2012).

Conforme Pedrosa, Zanello e Brasília (2016) afirmam perceber que há diferenças entre as demandas de homens e mulheres atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. Segundo os profissionais entrevistados as mulheres pedem mais ajuda e referem mais problemas de relacionamento e relatos de violência e, que entre as usuárias do CAPS II 90% apresentavam uma situação de violência recorrente.

Assim, entendemos a violência como um fenômeno complexo e múltiplo, na qual deve ser compreendido a partir de aspectos sociais, históricos, culturais e subjetivos. Entretanto, não se limita a nenhum deles (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

Desse modo, as mulheres que estão internadas em uma unidade de saúde mental podem ter sofrido diferentes tipos de violência praticadas por diferentes pessoas, sejam familiares, amigos ou conhecidos.

Townsend (2002) refere que aproximadamente 95% das vítimas de violência doméstica são mulheres, e que a cada 15 segundos uma mulher é agredida, sendo a violência doméstica uma das principais causas de lesões entre mulheres de 15 a 44 anos. De acordo com o portal Relógios da Violência, do Instituto Maria da Penha a cada 2 segundos uma mulher é vítima de violência física ou verbal no Brasil.

Cabe ressaltar que apesar do presente estudo não ter como foco a violência doméstica, é importante mencionar que no Brasil a violência doméstica apresenta altos índices. A pesquisa sobre violência doméstica e familiar realizada pelo DataSenado, estimou que mais de 13 milhões e 500 mil mulheres já sofreram algum tipo de agressão (19% da população feminina com 16 anos ou mais). Destas, 31% ainda convivem com o agressor. Das que convivem com o agressor, 14% ainda sofrem algum tipo de violência. Este resultado, expandido para a população brasileira, implica em dizer que 700 mil brasileiras continuam sendo alvo de agressões. A violência doméstica e familiar exerce grande impacto nas taxas de homicídio contra mulheres. No ranking de 84 países, ordenados segundo as taxas de homicídios femininos, o Brasil é o 7.º onde mais se matam mulheres. Está em pior posição que seus vizinhos na América do Sul (à exceção da Colômbia), que os países europeus (à exceção da Rússia), que todos os países africanos e todos os árabes (DATASENADO, 2013).

Apesar dos dados corroborarem os altos índices de violência sofrida por mulheres, uma pesquisa apontou que há uma invisibilidade do tema entre os profissionais da saúde mental, pois ainda que haja a percepção da recorrência das situações de violência, as notificações e encaminhamentos para os serviços disponíveis na rede de saúde são reduzidos. A não ser que se trate de casos graves e apontados por diversos profissionais como sendo fator de risco para a compreensão das causas dos transtornos mentais apresentados pelas mulheres (PEDROSA, ZANELLO, BRASÍLIA, 2016).

Além disso, quando percebida, a omissão acaba por tornar invisível a violência sofrida pelas usuárias dos serviços de saúde mental. Acarretando em ações que desconsideram o contexto social e familiar das usuárias, tendo como foco o diagnóstico psiquiátrico. Isso reflete a fragilidade de conhecimento teórico dos profissionais com relação a temática da violência sofrida por mulheres em serviços de saúde mental (PEDROSA, ZANELLO, BRASÍLIA, 2016).

Acreditamos que pesquisas no campo da saúde mental que permitam identificar os tipos de violência experienciada por mulheres são importantes para a construção do conhecimento na enfermagem, pois essa área tem suas ações com foco no cuidado e na integralidade, devendo

acolher/atentar para a escuta das mulheres que buscam atendimento na saúde, pois essas mulheres vítimas de violência tem seu primeiro contato nos serviços de saúde por meio da enfermagem.

5. MÉTODO:

5.1 Tipo de estudo:

Trata-se de uma investigação de abordagem quantitativa, do tipo exploratória e descritiva. Este delineamento vem a contribuir, pois permite caracterizar um perfil epidemiológico das populações, possibilitando intervenções de saúde coletiva, contextualizadas por meio do estudo de frequência e da distribuição desses eventos em função das variáveis ligadas a pessoa, lugar e ao tempo (NETO et al, 2013).

A pesquisa é documental mediante a aplicação da técnica de coleta de dados em prontuários. Trata-se de uma pesquisa com fonte de coleta de dados secundários restrito a documentos (MARCONI; LAKATOS, 2010). Esse tipo de investigação pode ser realizado no momento ou depois do fato ou fenômeno ocorrer.

Logo, o delineamento descritivo vai ao encontro dos objetivos propostos nesse estudo. Segundo Silva, 2010, na pesquisa quantitativa há uma análise dos dados em que a matemática é a linguagem utilizada para a interpretação dos resultados colhidos para fazer a correlação da realidade empírica com a teoria que embasa o estudo.

Nos estudos organizacionais, a pesquisa quantitativa permite a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes em um universo, por meio de uma amostra que o represente estatisticamente. Ela usa, como instrumento para coleta de dados, questionários estruturados, elaborados com questões fechadas, testes e checklists, apoiados por um questionário convencional (impresso) ou eletrônico.

A utilização da coleta de dados em prontuários encarrega-se da análise sobre o conteúdo do documento que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa. A pesquisa documental apresenta como vantagens: fonte rica e estável de dados, subsistência ao longo do tempo, baixo custo, não exigência de contato com os sujeitos da pesquisa. Dentre as limitações deste tipo de pesquisa encontram-se a não representatividade e na qualidade ou falta de registro de informações nos prontuários (GIL, 2008).

5.2 Campo do estudo:

O estudo foi realizado na unidade de saúde mental do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), localizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

O HMIPV é uma instituição de caráter público que desde 1960 atende aproximadamente uma demanda de 70% na área materno-infantil, transformando o que antes era um hospital geral em hospital materno infantil. Desde o ano de 2000 é vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. O HMIPV compõe a rede municipal de saúde e possui serviços de referência municipais e estaduais, atendendo pacientes de Porto Alegre e do interior do estado do Rio Grande do Sul, sendo interligado à rede básica de saúde. A instituição atende usuários do setor público de saúde, assim como a saúde materna e infantil (PMPA - HMIPV).

Porto Alegre conta com um serviço pioneiro que serve de modelo a outros municípios e estados brasileiros no combate à pedofilia e na assistência integral a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Vinculado ao Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), administrado pela Secretaria Municipal de Saúde, o Centro de Referência no Atendimento Infanto-juvenil (CRAI) funciona há 15 anos e atende, em média, 160 casos por mês. A equipe é formada por assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, pediatras, ginecologistas, advogados e policiais civis, reunindo diversas linhas de atenção em um mesmo atendimento. O centro fornece acompanhamento integral, desde o registro da ocorrência policial, preparação para a perícia médica, notificação ao conselho tutelar e avaliação clínica até o encaminhamento para tratamento terapêutico na rede de saúde do município de origem da vítima (PMPA/ SMS/ HMIPV).

Segundo dados do site, o HMIPV está localizado na avenida Independência, 661, na confluência com a rua Garibaldi, em Porto Alegre. Ele é constituído por três blocos, que abrigam a assistência hospitalar (Bloco A, em sua maior parte), os serviços de apoio estruturais, manutenção e oficinas (Bloco B) e os serviços ambulatoriais e administrativos (Bloco C), além de um prédio anexado ao hospital, com acesso pela rua Garibaldi, onde funciona o Serviço de Atendimento Especializado (SAE Hepatites).

No bloco A, que tem seu acesso pela Rua Garibaldi, encontra-se no 5º andar a Unidade de Internação Psiquiátrica, ela é composta por 24 leitos, dos quais cinco são destinados ao tratamento de gestantes usuárias de crack – no qual o hospital é referência.

5.3 População e amostra do estudo:

A população do estudo foi constituída por pacientes internadas na unidade de saúde mental do HMIPV. Constituiu-se por todos os prontuários das pacientes internadas durante o período de agosto de 2015 a julho de 2017.

Foram realizadas 314 internações no período, porém, quatro destas foram excluídas pelo fato dos prontuários não terem sido localizados no SAME, totalizando 310 prontuários.

Para este estudo foram considerados os prontuários das mulheres internadas na unidade de saúde mental da instituição que tenham sofrido algum tipo de violência durante a vida, ou que alguém (familiar, amigo) tenha suspeita de violência diferente da relatada. Assim a amostra do estudo constituiu-se de 141 prontuários com registro de violência.

Critérios de inclusão: prontuários completos presentes no serviço, identificados corretamente, ou seja, os prontuários em que o número de registro e o nome do paciente correspondiam à mesma pessoa.

Critérios de exclusão: prontuários não encontrados no serviço, sem identificação.

5.4 Coleta dos dados:

A coleta de dados desse projeto realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre via Plataforma Brasil.

A coleta foi realizada por uma equipe composta por quatro graduandas de enfermagem, três pós-graduandas e duas professoras.

Primeiramente, realizamos um levantamento de todas as pacientes internadas no local do estudo, no período de agosto de 2015 a julho de 2017, em um livro onde são registradas todas as internações ocorridas. Este levantamento nos possibilitou identificar o nome das pacientes, o número de seus prontuários, a idade, diagnóstico, procedência, data de internação, data de alta e o destino pós-alta. No segundo momento, para avaliar, corrigir possíveis erros e fazer os ajustes necessários no instrumento, desenvolvemos um estudo-piloto com três prontuários antes do início da pesquisa e realizamos reuniões para treinamento da equipe de pesquisa para esclarecer dúvidas sobre o instrumento e padronizar a coleta dos dados. O teste piloto permitiu algumas readequações de termos no instrumento para o padrão utilizado pela instituição, a retirada e acréscimo de informações de acordo com os registros encontrados. Após esta etapa, consultamos os prontuários das pacientes diretamente no Serviço de Arquivo Médico (SAME), conforme amostra, com auxílio de um instrumento pré-codificado (ANEXO A). Como trata-se

de uma pesquisa documental onde a busca é realizada em documentos com dados secundários, a mesma pode ser feita no ato do registro ou posteriormente (MARCONI; LAKATOS, 2010). Consideramos os dados referentes à cada internação, podendo a mesma paciente aparecer mais de uma vez na coleta por ter sido internada mais de uma vez no período.

Neste subprojeto os dados serão provenientes do banco de dados do projeto original, sendo consideradas os prontuários das pacientes com registro de violência.

5.5 Instrumento de coleta de dados:

O instrumento (Anexo A) foi elaborado por todas as coletoras e composto por um formulário estruturado contendo variáveis que visavam identificar aspectos sociais, demográficos, condições de saúde, bem como se fazia uso de alguma substância psicoativa, se sofreu violência em alguma fase da vida, informações sobre a internação, rede de serviços de referência e contra referência, histórico policial e legal. Estas variáveis foram criadas de uma forma que facilite a realização da análise.

Para avaliação dos desfechos foram utilizadas as variáveis listadas a seguir:

1- Idade (refere-se à idade da paciente no dia da internação).

2- Cor (refere-se a cor da pele autodeclarada da paciente)

Estratificada em: branca, preta, parda, amarela e indígena.

3- Estado conjugal:

Estratificada em: com companheiro (a) e sem companheiro (a).

4- Estado civil: (refere-se ao estado civil da paciente)

Estratificado em: solteira, casada, divorciada e viúva.

5- Procedência: (refere-se ao lugar de onde provém)

Estratificado em: Porto Alegre ou outro. Quando Porto Alegre estratificado a partir dos bairros constituintes da cidade. Quando outro estratificado em cidades de procedência.

6- Situação de rua: (refere-se a paciente encontrar-se em situação de rua)

Estratificado em: sim ou não.

7- Escolaridade: (refere-se ao nível de escolaridade da paciente)

Estratificado em: fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto, superior completo e sem escolaridade.

8- Ocupação: (refere-se ao trabalho/ocupação da paciente)

Estratificado em: Aposentada/afastada/beneficiária, desempregada, estudante, serviços gerais, empregada doméstica, secretária, trabalhadora do comércio, indústria, do lar, trabalhadora de saúde, trabalhadora da educação, trabalhadora do sexo, autônoma e sem ocupação.

9- Com quem mora: (refere-se a com quem a paciente reside)

Estratificado em: pai, mãe, filhos, companheiro (a), padrasto/madrasta, outros familiares, instituição, amigos ou sozinho.

10- Motivo da internação: (refere-se a causa da internação)

Estratificado em: suicídio (risco, ideação ou tentativa), autoagressão, heteroagressão (homicídio), agudização do quadro psiquiátrico, risco ao conceito e condições clínicas.

11- Data internação e data da alta: (refere-se a data em que a paciente foi internada na unidade e a data de alta)

Essas variáveis são úteis para conhecer o tempo de internação.

12- Primeira internação:

Estratificada em sim ou não.

13- Número de internações: (refere-se ao número de internações prévias).

14- Encaminhamento: (refere-se ao serviço que fez o encaminhamento da paciente para internação)

Estratificado em: Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), Pronto Atendimento IAPI, Ambulatório HMIPV e outros (transferência de outros hospitais e outros andares do hospital).

15- Diagnóstico:(refere-se a hipótese diagnóstica da internação)

Estratificado em: transtorno por uso de substâncias, transtorno afetivo bipolar/humor bipolar, transtorno depressivo, transtornos alimentares, esquizofrenia (esquizoafetivo), transtornos de personalidade, transtornos de ansiedade, retardo mental/transtorno global do desenvolvimento/autismo e outros (transtorno orgânico não especificado, transtornos somatoformes e dissociativos).

16- Problema crônico de saúde:

Estratificado em sim ou não.

17- Quais doenças crônicas: (refere-se à quando a paciente tiver doenças crônicas)

Estratificado em: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), obesidade, HIV, doenças respiratórias, hepatites, hipotireoidismo e outras (epilepsia, Insuficiência Cardíaca Congênita (ICC), entre outras).

18- Crença: (refere-se a crença/religião da paciente)

Estratificado em sim ou não.

19- Qual crença: (refere-se a qual crença/religião quando a paciente tiver)

Estratificado em: católica, evangélica, espírita, umbanda e outras.

20- Número de gestações: (refere-se ao número de gestações anteriores).

21- Número dos filhos: (refere-se ao número de filhos que a paciente tinha no momento da internação).

22- Aborto: (refere-se ao número de abortos da paciente).

23- Sofreu violência:

Estratificado em sim ou não.

24- Tipo de violência: (caso a paciente tenha sofrido violência qual o tipo)

Estratificado em: física, sexual, verbal, psicológica e outras.

25- Suspeita de violência:

Estratificado em sim ou não.

26- Tipo de violência suspeita: (caso a paciente tenha suspeita de ter sofrido violência, qual o tipo)

Estratificado em: física, sexual, verbal, psicológica e outras.

27- Agressor: (caso paciente tenha sido vítima ou suspeita de violência, quem foi o agressor)

Estratificado em: pai, mãe, companheiro (a) (marido/esposa, namorado (a), ex-companheiro (a)), outros familiares e outros (colegas, amigos, vizinhos, conhecidos, professores e desconhecidos).

28- Quando ocorreu a violência:

Estratificado em: infância, adolescência, adulta e idosa.

29- Alta para: (refere-se ao segmento da paciente após a internação)

Estratificado em: ambulatório (especialista, psicoterapia/psicoeducação e Pré-Natal de Alto Risco (PNAR)), CAPS (Hospital dia), atenção básica, comunidade terapêutica e outros.

30- Histórico policial/legal: (refere-se a registros policiais/legais contra a paciente)

Estratificado em sim ou não.

31- Número de medicamentos psiquiátricos: (refere-se ao número de medicamentos psiquiátricos prescritos para paciente na alta.)

32- Medicamentos: (refere-se aos medicamentos prescritos na alta)

Estratificado em: antipsicóticos, antidepressivos, estabilizadores de humor, ansiolíticos, anticonvulsivantes, antiparksonianos, não psiquiátricos e outros medicamentos psiquiátricos.

33- Gestante com problemas pelo uso de drogas: (refere-se ao fato da internação da gestante ser pelo uso de drogas)

Estratificado em sim ou não.

34- Quais drogas: (refere-se a quais os tipos de drogas utilizadas por gestantes com problemas pelo uso de drogas)

Estratificado em: maconha, cocaína, crack, heroína, álcool, tabaco e outras.

35- Destino do recém-nascido: (refere-se ao destino do recém-nascido da gestante com problemas pelo uso de droga)

Estratificado em: com a paciente, com outros familiares/amigos, tutela do estado (instituição), adoção, aguardando decisão judicial e não informado.

5.6 Procedimento para análise de dados:

Após a digitação dos dados, passarão por análise no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. A análise de dados compreenderá a observação da distribuição de frequências. A análise estatística será descritiva, utilizada para sumarizar os dados coletados – da amostra ou da população – ordenando-os e classificando-os, a fim de um melhor entendimento, conforme o tipo da variável que está em estudo (AYRES et al, 2007). Posteriormente o resultado das variáveis contínuas será apresentado por médias (desvio padrão), medianas (intervalo interquartis), valores mínimos e máximos e as variáveis dicotômicas por frequências e percentuais.

5.7 Aspectos éticos:

O projeto de origem, intitulado Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres internadas em uma Unidade de Saúde Mental do Município de Porto Alegre, foi aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) sob o nº33479 e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS (CEP – UFRGS), sob o parecer nº 2.465.372 em 11/01/2018 (ANEXO C) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) sob o parecer nº 2.614.547 em 23/04/2018 (ANEXO D).

A presente pesquisa configura-se, assim, como um subprojeto, e segue as diretrizes e normas regulamentadoras de Pesquisas com Seres Humanos nº466/2012 do Conselho Nacional

de Saúde do Ministério da Saúde que regulamenta o uso de dados secundários em pesquisas (BRASIL, 2012).

Para realização deste estudo, tratando-se de uma pesquisa com banco de dados secundários da pesquisa intitulada “Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres internadas em uma unidade de saúde mental do município de Porto Alegre”, apresentamos, o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (APÊNDICE A), pois, esta pesquisa oferece risco substancial à privacidade dos dados e, para isso, todos pesquisadores ou colaboradores assumiram compromisso com a privacidade e confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato das pacientes.

Apresentamos, também, a Carta de Autorização do Coordenador da Pesquisa (ANEXO D) que mostra a ciência e autorização do coordenador.

Os dados, armazenados durante cinco anos, sob responsabilidade dos pesquisadores em pen drive ou computador e após esse período ocorrerá a exclusão, o mesmo ocorre com documentos em papel, após o mesmo período, incinerados.

A pesquisa produzirá informações que poderão servir como subsídio para um maior conhecimento da população assistida com vistas em melhorias na assistência às mulheres que sofreram violência.

6. RESULTADOS:

Encontrou-se que no total de 310 internações realizadas no período de agosto de 2015 a julho de 2017, 45,48% correspondem às internações de mulheres que experienciaram algum tipo de violência.

Os dados sociodemográficos e clínicos de mulheres que experienciaram violência e que estavam internadas na unidade de saúde mental de estudo são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres internadas em uma unidade de saúde mental e que sofreram violência em algum momento da vida

Variáveis sociodemográficas e clínicas	n	%
Cor		
Branca	84	59,57
Preta	26	18,44
Parda	31	21,98
Idade:		
Dos 14 aos 19:	34	24,11
Dos 20 aos 29:	26	18,44
Dos 30 aos 39:	37	26,24
Dos 40 aos 49:	14	09,93
Dos 50 aos 59:	14	09,93
Dos 60 aos 69:	12	08,51
Dos 70 aos 79:	03	02,12
Dos 80 aos 89:	01	00,71
Média de idade	34,85	
Escolaridade		
Fundamental incompleto	63	44,68
Fundamental completo	14	09,93
Médio incompleto	24	17,02
Médio completo	21	14,89
Superior incompleto	06	04,25
Superior completo	04	02,84
Sem escolaridade	06	04,25
Não informado	03	02,13
Ocupação		
Aposentada/afastada/beneficiária	17	12,06
Desempregada/sem ocupação	24	17,02
Estudante	28	19,86
Serviços gerais	11	07,80
Empregada doméstica	02	01,42
Comércio	09	06,38
Indústria	01	00,71
Do lar	23	16,31
Trabalhadora da saúde	03	02,13
Trabalhadora da educação	03	02,13
Trabalhadora do sexo	01	00,71
Autônoma	10	07,09
Sem ocupação / ex	06	04,25
Não informado	03	02,13

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres internadas em uma unidade de saúde mental e que sofreram violência em algum momento da vida

	(continua)	
Variáveis sociodemográficas e clínicas	n	%
Estado conjugal		
Com companheiro(a)	64	45,39
Sem companheiro(a)	69	48,93
Não informado	08	05,67
Estado civil		
Solteira	84	59,57
Casada	37	26,24
Divorciada	17	12,06
Viúva	03	02,13
Com quem mora		
Familiares	75	53,19
Companheiro	28	19,86
Institucionalizadas	13	09,22
Sozinha	11	07,80
Não informado	14	09,93
Procedência		
Porto Alegre	125	88,65
Região Metropolitana	15	10,64
Não informado	01	00,71
Situação de rua		
Sim	10	07,09
Não	130	92,20
Não informado	01	00,71
Possui crença		
Sim	99	70,21
Não	16	11,35
Não informado	26	18,44
Qual crença*		
Católica	49	49,49
Evangélicas	28	28,28
Espíritas	9	9,09
Umbandistas	5	5,05
Outras religiões	8	8,08
Possui problema crônico de saúde		
Sim	80	56,73
Não	55	39,00
Não informado	06	04,25
Qual problema crônico de saúde**		
HAS	25	31,25
DM	14	17,05
Obesidade	03	03,75
HIV	14	17,05
Doenças respiratórias	10	12,50
Hepatites	02	02,50
Hipotireoidismo	08	10,00
Outros	42	52,50
26 mulheres apresentavam mais de um problema crônico de saúde		

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres internadas em uma unidade de saúde mental e que sofreram violência em algum momento da vida

Variáveis sociodemográficas e clínicas	(conclusão)	
	n	%
Histórico policial/legal		
Sim	22	15,60
Não	119	84,40
Consumo de drogas		
Sim	62	43,97
Não	79	56,03
Quais drogas***		
Maconha	14	24,40
Cocaína	09	14,52
Crack	14	24,40
Álcool	31	50,00
Tabagismo	35	56,45
Outro	10	16,13
Gestante		
Sim	34	24,11
Não	107	75,89
Total	141	100,00

Fonte: elaborada pela autora (2018).

*Baseado nos números de pessoas que possui crença (n=99). **Baseado no número de pessoas que apresenta problema crônico de saúde (n=80). *** Baseado no número de pessoas que consomem drogas (n=62). Considerando que a mesma paciente pode usar mais de um tipo de droga.

As mulheres que sofreram algum tipo de violência eram predominantemente da cor branca (59,57%). A média de idade foi de 34,8 anos, sendo verificado alto índice de baixa escolaridade em que 44,68% tinham ensino fundamental incompleto e 4,25% não tinham escolaridade, somando 48,93%. Referente à ocupação, 59,57% estavam sem trabalho remunerado.

Com relação a variável estado conjugal, a maioria das mulheres (48,93%) não possuía companheiro. O que corrobora com a variável estado civil, apontando que 59,57% das mulheres eram solteiras.

No que diz respeito à moradia, 53,19% moravam com familiares, 19,86% com companheiro, 7,8% sozinhas, 9,22 estavam institucionalizadas e 9,93% não foi informado.

A maioria das mulheres era moradora do município de Porto Alegre/RS (88,65%). Encontravam-se em situação de rua 07,09%.

Com relação à religião, 70,21% possuíam crenças e destas, 49,49% eram católicas.

Mais da metade das mulheres (56,73%) possuíam problema crônico de saúde e destas, 32,5% apresentavam mais de um problema crônico. 43,97% das mulheres consumiam algum tipo de drogas lícitas ou ilícitas sendo que algumas usavam mais de um tipo e 15,6% tinham registros policiais/legais.

No momento da internação estavam grávidas 24,11%.

Os dados apresentados na tabela 2 referem-se as informações da internação das mulheres internadas na unidade de saúde mental que experienciaram violência.

Tabela 2 – Dados relacionados à internação de mulheres que sofreram violência

Variáveis relacionadas a internação	n	%
Motivo da internação*		
Suicídio (risco, tentativa, ideação)	64	45,39
Autoagressão	25	17,73
Heteroagressão (homicídio)	13	09,21
Agudização de quadro psiquiátrico (surto psicótico, diagnóstico, depressão, TAB/THB, juízo crítico prejudicado, exposição moral, agitação psicomotora)	43	30,49
Risco ao conceito (dependência química, gestantes DQ)	21	14,89
Condições clínicas (ausência de autocuidado, intoxicação)	04	02,83
Outro	02	01,42
Não informado	04	02,83
Serviço de encaminhamento		
PACS	48	34,04
IAPI	42	29,79
Ambulatório	17	12,06
Outros	18	12,76
Não informado	16	11,35
Primeira internação		
Sim	50	35,46
Não	89	63,12
Não informado	02	01,42
Número de internações prévias**		
1 a 5	63	69,23
6 a 10	14	15,38
>10	08	08,79
Não informado	2+4 = 06	06,59
Tempo de internação em dias		
Até 30	79	56,03
31 – 60	38	26,95
61 – 90	13	09,22
91 – 120	05	03,55
> 120	06	04,25
Hipótese Diagnóstica***		
Transtorno por uso de substâncias	22	15,60
Transtorno Afetivo Bipolar/humor bipolar	59	41,84
Transtorno depressivo	58	41,13
Transtornos alimentares	03	02,12
Esquizofrenia (esquizoafetivo)	12	08,51
Transtornos de personalidade (histriônico, borderline,...)	30	21,27
Transtornos de ansiedade (TDHA, TOC, TEPT, Pânico, estresse agudo)	06	04,25
Retardo mental/Transtorno global do desenvolvimento/ autismo	20	14,18
Outros (Transtorno orgânico não especificado, Transtornos somatoforme e dissociativos)	10	07,09
Não informado	02	01,42

Tabela 2 – Dados relacionados à internação de mulheres que sofreram violência

Variáveis relacionadas a internação	(conclusão)	
	n	%
Tipo de medicações na alta****		
Antipsicótico	111	87,40
Antidepressivo	47	37,01
Estabilizador de humor	52	40,94
Ansiolítico	18	14,17
Anticonvulsivantes	09	07,09
Antiparksonianos	09	07,09
Não psiquiátricos	46	36,22
Outros med. Psiquiátricos	04	03,15
Encaminhamento na alta***		
Ambulatório	115	81,56
CAPS	12	08,51
Atenção Básica	14	09,93
Comunidade terapêutica	03	02,13
Outros	19	13,47
Não informado	06	04,25
Total	141	100%

Fonte: elaborada pela autora (2018).

*Alguns casos apresentando mais de um motivo para internação; **Baseado no número de pessoas que não é a primeira internação e sem informação (n=91); ***65 mulheres apresentaram mais de uma hipótese diagnóstica, 46,1%; ****Baseado no número de usuárias que receberam prescrição de medicamentos na alta, e o registro do tipo de medicamento estava presente (n=127), também foi considerado que uma mesma paciente pode ter recebido prescrição com mais de uma medicação; *****Considerando que uma mesma pessoa pode ter mais de um encaminhamento na alta.

A tabela 2 evidencia que 45,39% das mulheres que sofreram violência internaram na unidade de saúde mental por motivo de tentativa, ideação ou risco de se suicidar, 30,49% internaram por agudização do quadro psiquiátrico, como surto psicótico, diagnóstico de depressão, Transtorno de Humor Bipolar (THB), exposição moral, entre outros. Em menor número, 17,73% e 14,89% internaram respectivamente por autoagressão e risco ao conceito.

Neste estudo, o risco ao conceito (14,89%) se restringe às mulheres gestantes que eram usuárias de álcool e outras drogas.

Foi possível constatar que os serviços que mais realizaram encaminhamentos das mulheres do estudo foram os de referências em emergências de saúde mental de Porto Alegre. Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) (34,04%) e o Pronto Atendimento IAPI (IAPI) (29,79%).

A maioria das mulheres já havia internado anteriormente em unidades psiquiátricas (63,12%) e, destas, 69,23% tinham entre uma e cinco internações prévias.

Sobre o tempo de duração da atual internação, a maioria (56,03%) ficou até 30 dias na unidade de saúde mental do HMIPV. Porém, 04,25% ficaram internadas por mais de 120 dias.

Quanto aos principais diagnósticos ao final da alta predominaram o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) (41,84%) e o Transtorno Depressivo Maior (TDM) (41,13%). 46,1% apresentaram mais de uma hipótese diagnóstica. Foram, também, registradas outras comorbidades psiquiátricas em 14,18% das pacientes do estudo.

A média de medicamentos prescritos na alta foi de 2,57 por mulher e, 14 pacientes não tiveram nenhuma prescrição. Das mulheres que tiveram medicamentos prescritos na alta e o tipo de medicamento estava registrado (n=127), 87,4% receberam prescrição de antipsicótico, 40,94% de estabilizadores de humor, 37% de antidepressivos considerando que uma mesma paciente pode ter recebido prescrição com mais de uma medicação.

Após alta hospitalar, 81,56% das mulheres foram encaminhadas para os ambulatórios de acompanhamento no HMIPV, 9,93% para Atenção Básica, 8,51% para o CAPS e 2,13% para Comunidades Terapêuticas (CTs). Para essas mulheres, nesse estudo consideramos que uma mesma mulher pode ter mais de um encaminhamento. Com relação às demais mulheres, 13,47% seguiriam tratamento em consultórios particulares e 4,25% não apresentavam registro sobre qual seria o tratamento que seguiriam após a alta, pois receberam alta a pedido sem indicação médica.

A tabela 3 mostra dados referentes à violência experienciada pelas mulheres, os tipos de violência, quem foi o agressor e fase do ciclo vital dessas mulheres internadas na unidade de saúde mental.

Tabela 3 – Tipos de violência sofrida por mulheres internadas em unidade de saúde mental

Variáveis relacionadas à violência	310 pront.	100%
Sofreram violência	140	45,16
Não sofreram violência	149	48,06
Não relataram	24	07,74
Suspeita de violência	29	09,35
Sem suspeita de violência	245	79,03
Suspeita sem relato	01	00,32
Tipo de violência* em 140 prontuários		
Física	85	60,72
Verbal	40	28,57
Psicológica	44	31,43
Sexual	56	40,00
Outra	21	15,00
Tipo de violência suspeita** em 29 prontuários		
Física	16	55,17
Verbal	00	0
Psicológica	06	20,69
Sexual	14	48,27

Tabela 3 – Tipos de violência sofrida por mulheres internadas em unidade de saúde mental
(conclusão)

Variáveis relacionadas à violência	310 pront.	100%
Quem foi o agressor***		
Pai	34	24,11
Mãe	28	19,85
Companheiro (marido, namorado, ex-companheiro)	60	42,55
Padrasto/Madrasta	18	12,76
Outros familiares (primos, avós, tios, irmão, filhos/as)	34	24,11
Outros (colegas, amigos, vizinhos, conhecidos, professores...)	21	14,89
Não informado	06	04,25
Quando ocorreu a violência****		
Infância	77	54,61
Adolescência	37	26,24
Adulta	53	37,59
Idoso	01	00,71
Não informado	15	10,64
Sofreram violência	141	100%
Mulheres que sofreram mais de um tipo de violência	73	51,77
Mulheres que tiveram mais de um agressor	41	29,07
Mulheres que sofreram violência em mais de uma fase da vida	42	29,78
Total amostra violência	141	100%
Total amostra projeto maior	310	100%

Fonte: elaborada pela autora (2018).

*Baseado no número de mulheres que sofreram violência (n=140), também foi considerado que uma mesma paciente pode ter sofrido mais de um tipo de violência; **Baseado no número de mulheres que não relataram algum tipo de violência, mas que há suspeita por parte de algum familiar, amigo ou da equipe de saúde (n=29); ***Pode ter ocorrido agressão por mais de uma pessoa; ****Pode ter ocorrido agressão em mais de uma fase da vida.

A tabela 3 evidenciou que das 141 mulheres da amostra 60,72% sofreram violência física e 40% violência sexual, enquanto as violências verbal e psicológica tiveram respectivamente 28,57% e 31,43%.

Com relação a variável outra, que diz respeito aos outros tipos de violência sofrida pelas mulheres, para este estudo consideramos os registros de negligência nos cuidados durante a infância por parte da mãe e do pai. Ainda, o estudo apontou que 51,77% das mulheres sofreram mais de um tipo de violência.

Ao realizarmos este estudo observamos que nos prontuários haviam registros de suspeita por parte dos familiares de violência sofrida pelas mulheres, são violências que não foram relatadas por parte das mulheres, que as experienciaram, como por exemplo mulheres que relatam violência física por parte do pai/tio, mas não relata ter sofrido violência sexual e, mãe, outro familiar ou conhecido relatam suspeita que ela também tenha sofrido essa forma de violência. Assim, identificamos 9,23 % de mulheres com suspeita de violência.

Quanto ao agressor e a fase da vida que as mulheres sofreram violência, 29,07% foram violentadas por mais de uma pessoa e 29,78% sofreram violência em mais de um momento da

vida, como meninas que sofreram violência por parte de pai e, no casamento sofreram violência por parte do companheiro. Por fim, o estudo evidenciou que predominou como agressor principal o companheiro (42,55%)e, que na infância (54,61%) foi a fase da vida em que mais experienciaram atos violentos.

7. DISCUSSÃO:

A prevalência de cor encontrada neste estudo foi de mulheres brancas (59,57%), diferente do estudo de Ferreira et al (2016) que apareceram mais mulheres pardas (47,2%). A média de idade das mulheres internadas foi 34,8 anos, próxima do estudo Barbosa (2013), em que a idade média das mulheres vítimas de violência com necessidade de atenção em saúde mental era de 37,4 anos. Referente a faixa etária, Barbosa (2013) e Ferreira et al (2016) trouxeram as faixas etárias de 24 a 57 anos e, 18 a 58 anos respectivamente e, no estudo a faixa de idade encontrada foi 14 a 89 anos.

Em relação à escolaridade neste estudo encontramos alto índice de baixa escolaridade, sendo que 4,25% não tinham escolaridade 44,68% tinham ensino fundamental incompleto e 9,93% apresentavam ensino fundamental completo, somando 58,86%, corroborando com estudos anteriores, em que 60,3% de mulheres tem até o ensino fundamental completo (BARBOSA, 2013). Ferreira et al (2016) separaram a amostra entre alfabetizada (91,4%) e não alfabetizada não dizendo o grau de formação. Assim, os estudos nos fazem inferir que a baixa escolaridade é um fator importante no aumento de ocorrência de violência contra mulher.

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pessoas de com idade entre 10 e 65 anos compõem a parcela populacional denominada População Economicamente Ativa (PEA). Esta faixa etária deveria ser participante e contribuinte na estrutura social e econômica do país (IBGE, 2018).

No estudo, verificamos na variável ocupação, que 59,57% não tinha trabalho remunerado e, que 17,02% de mulheres exerciam trabalhos informais, sendo 9,22% trabalhava com serviço gerais, 7,09 informaram ter atividade autônoma e 0,71 eram trabalhadoras do sexo. Assim, estimamos que as oportunidades de trabalho podem também estar relacionadas ao baixo nível de escolaridade dessa população, que soma 58,86% de baixa escolaridade.

Barbosa (2013) evidenciou em seu estudo que a ocupação predominante das mulheres que procuram ajuda, devido à violência sofrida era 41% de donas de casa e 25% realizavam serviços domésticos como atividade laborativa informal, caracterizando 66% com atividade não remunerada. Ferreira et al (2016) identificaram em seu estudo que 31,5% não tinha atividade remunerada e 37,6% trabalhava em serviços domésticos e 26,9% contavam com apoio social.

Referente ao estado conjugal, a maioria das mulheres (48,93%) não possuía companheiro, apontando que 59,57% das mulheres eram solteiras. Semelhante ao estudo de Barbosa (2013), em que 48% das mulheres não tinham companheiro e 52% referiam ter companheiro (casadas

e com união estável). Refere a autora, que a violência ocorre na maioria das vezes em âmbito doméstico, sendo cometida por familiares, companheiros ou conhecidos. Enfatiza ainda, que esse percentual poderia ser mais elevado, uma vez que estas mulheres se submetem a violência sem realizar registro, por não entender o problema como uma violação dos seus direitos, naturalizando o fato. Ferreira et al (2016) evidenciam que 73% das mulheres agredidas eram solteiras e somente 26,4% casadas.

A maioria das mulheres era moradora do município de Porto Alegre/RS (88,65%) e, 6,38% residiam na região metropolitana: Gravataí, Alvorada, Guaíba e Esteio, e 3,54% oriundos de municípios mais afastados da capital como Capão da Canoa, São Francisco de Paula, Bom Retiro, Glorinha e Santa Vitória do Palmar. Encontravam-se em situação de rua 07,09%. Ferreira et al (2016) descrevem que 84,8% era moradora da capital do Ceará e 12,2% da região metropolitana.

Mais da metade das mulheres (56,73%) possuíam problema crônico de saúde e destas, 32,5% apresentavam mais de um problema crônico. Ferreira et al (2016) identificam um número muito maior (85,3%), porém, este dado é apontado como número de doenças relatadas e destas 14,7% apresentavam mais de uma doença. 43,97% das mulheres consumiam algum tipo de drogas lícitas ou ilícitas sendo que algumas usavam mais de um tipo. No estudo de Ferreira et al (2016) apresentaram os números de 33,5% tabagistas, 12,7% etilistas e 7,1% de mulheres que informaram uso de drogas ilícitas.

24,11% estavam grávidas no momento da internação. Enquanto 7,1% no estudo de Ferreira et al (2016)

A maioria das mulheres (63,12%) já havia internado antes em unidades psiquiátricas e, destas, 69,23% tinham entre uma e cinco internações prévias. O tempo médio de internação psiquiátrica preconizado pelo Ministério da Saúde é de 30 dias para uma internação de adulto (BRASIL, 1990). No presente estudo a maior parte das mulheres (55,03%) ficaram até 30 dias na unidade de saúde mental do HMIPV, porém, 26,95% ficaram entre 31 e 60 dias, 9,22% entre 61 e 90 dias, 3,55% entre 91 e 120 dias e 4,25% ficaram internadas por mais de 120 dias.

Em relação à diagnósticos, as mulheres que experienciaram violência, 41,84% receberam diagnóstico de TAB, 41,13% de TDM, 21,27% Transtornos de personalidade, 15,60% Transtorno por uso de substâncias, 8,51% Esquizofrenia, 4,25% Transtornos de ansiedade, 2,12% Transtornos alimentares e 7,09% outros transtornos não especificados e 1,42% não foi informado. 46,1% apresentavam mais de uma hipótese diagnóstica. Barbosa (2013) refere que

muitas das mulheres com histórico de violência que procuraram ajuda no Centro de Referência não receberam diagnóstico (29%) ou as fichas não apresentavam esta informação (38%), 19% apresentavam transtornos mentais comuns (depressão, ansiedade, tentativa de suicídio) e 14% transtornos mentais severos. A autora ainda relata a falta de sensibilidade e preparo do Centro de Referência para este tipo de demanda. Podemos verificar que 14,18% das mulheres que experienciaram violência apresentavam comorbidades psiquiátricas, no estudo de Ferreira et al (2016) observaram distúrbios mentais em 7,6% da amostra, o que nos faz inferir que atos violentos são fatores de risco para o aparecimento de transtornos mentais.

Nas prescrições na alta, além de a média ser de 2,57 medicamentos por mulher, 87,4% receberam prescrição de antipsicóticos, 40,94% de estabilizadores de humor, 37,01 de antidepressivos, considerando que uma mesma paciente pode ter recebido prescrição com mais de uma medicação e 9,93% de mulheres não tiveram nenhuma prescrição. Barbosa (2013) relata que 33% faziam uso de antidepressivo e benzodiazepínicos usados conjuntamente, 24% usavam antipsicóticos, 19% estabilizadores de humor e 10 % antidepressivos. Ferreira et al (2016) comenta que a maioria das mulheres do estudo (71,2%) relata fazer uso de medicamentos de forma contínua, não dizendo de quais medicações se tratavam.

Sobre os encaminhamentos pós alta hospitalar, as mulheres são referenciadas para os serviços de contra referência, sendo que 81,56% foram encaminhadas para o serviço ambulatorial de acompanhamento do HMIPV, 9,93% para Atenção Básica, 8,51% para o CAPS e 2,13% para Comunidades Terapêuticas (CTs). Barbosa (2013), narra que somente 38% mulheres foram encaminhadas para serviços da rede de atenção psicossocial. Observamos que 13,47% de mulheres preferiram seguir tratamento em consultórios particulares e 4,25% não apresentavam registro sobre qual seria o tratamento que seguiriam após a alta, pois receberam alta a pedido sem indicação médica. Enquanto Barbosa (2013) apresentou número de 24% de encaminhamento para psiquiatria particular e alta porcentagem de ‘não encaminhamento’ com 38%. Observamos que os encaminhamentos demonstram uma preocupação com a continuidade do atendimento dos problemas de saúde.

Referente ao item violência, 60,72% sofreram violência física e 40% violência sexual, enquanto as 31,43% violências psicológica e 28,57% violência verbal. Quando perguntado sobre violência psicológica, muitas mulheres não sabem descrever o que é, segundo Ristum, M., (2010) adolescentes levam em consideração o *bullying* vivenciado em escola ou em locais com pessoas da mesma idade, mas não identificam as violências de cunho psicológico que

ocorrem dentro da sua própria casa, considerando neste ambiente somente outros tipos de violência em que há contato físico, lesões, coerção sexual. Ferreira et al (2016) apontam dados semelhantes em seu estudo: violência física 60,9% e violência verbal 25,5%.

Com relação a variável 'outra', também no item violência, que diz respeito aos outros tipos de violência sofrida pelas mulheres, para este estudo consideramos os registros de negligência nos cuidados durante a infância por parte da mãe e do pai e também patrimonial realizada por pai e companheiro. Ainda, o estudo apontou que 51,77% das mulheres sofreram mais de um tipo de violência.

Quanto ao agressor e a fase da vida que as mulheres sofreram violência, 29,07% foram violentadas por mais de uma pessoa e 29,78% sofreram violência em mais de um momento da vida, como meninas que sofreram violência por parte de pai e após casar sofreram violência por parte do companheiro. Ferreira et al (2016) identifica o relacionamento da mulher com o agressor, mostrando que 86,3% sofreram violência por companheiro fixo (marido e namorado), 9,6% ex-companheiro, 2,5% por pai, patrão e outros parentes e 1,5% não informado, e aponta o fator desencadeante da agressão, como ciúmes com 20,3%, sem motivo/motivo banal 18,8%, uso de substâncias psicoativas em 17,3% dos casos.

Quanto ao estudo dos agressores detidos, a pesquisa constatou que o local onde mais se realiza a violência contra a mulher é a residência familiar, sendo esta violência qualificada como intrafamiliar. Isto mostra que a residência se mantém sendo o principal local onde a violência é praticada contra mulher 71,4%, salientando o quanto o ambiente do lar e da família é um espaço de conflitos, onde coabitam afeto e agressão, destacando a insegurança que este espaço privado traz à estas mulheres (MADUREIRA et al., 2014).

Barbosa (2013) descreve em seu estudo que quando realiza entrevistas nos hospitais psiquiátricos, casas abrigo e CAPS que são utilizados como referência pela rede, fica claro que as mulheres que internam nestes locais não são questionadas sobre violência e também não é realizado neste local nenhum tipo de notificação sobre as situações declaradas de violência, e os entrevistados (médicos psiquiatras e outros profissionais responsáveis pelo serviço) repetem mais de uma vez que a violência de gênero contra mulheres e aspectos psicossociais não são as principais demanda deles. (BARBOSA, 2013)

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A realização da pesquisa permitiu concluir que as mulheres que experienciaram violência, em sua maioria era branca, com predomínio de adultas jovens (14-39 anos), de baixa escolaridade, sem trabalho remunerado, prevalecendo solteiras e sem companheiro. Preponderou internações por tentativa/ideação ou risco de suicídio, ou por agudização do quadro psiquiátrico, foram encaminhadas para internação no HMIPV pelos serviços de referência em emergência em saúde mental do município de Porto Alegre. Prevalência de mulheres que já haviam internado anteriormente em unidades psiquiátricas, de uma a cinco internações prévias, permanecendo internadas até 30 dias na unidade de saúde mental do HMIPV. Nas prescrições na alta, a média de 2,57 medicamentos por mulher, predominando prescrição de antipsicóticos e as mulheres foram são referenciadas para o serviço ambulatorial de acompanhamento do HMIPV. Esta pesquisa trouxe que a violência sofrida em maior parte ocorre por companheiro, seguida por pai e familiar em igual porcentagem, com predominância da violência física seguida pela sexual, mais da metade da amostra do estudo sofreu mais de um tipo de violência e com maior ocorrência na infância, mas se perpetuou em outros momentos da vida.

Diante da complexidade sobre a violência contra as mulheres, ressalta-se que os profissionais que atuam na atenção a essa população, necessitam ampliar seu olhar sobre o problema, voltando-se para além do tratamento dos traumas físicos e psicológicos e da denúncia dos agressores. É imprescindível a elaboração e implantação de ações de enfrentamento articuladas interdisciplinarmente. Dessa forma, esclarecer essas mulheres, que violência não deve ser naturalizada, resgatando que qualquer ato que vá contra sua integridade, seja física ou mental, é crime e deve ser coibido e reprimido de forma que não mais ocorra.

Além de denunciar e tratar, é possível atuar na mudança do comportamento violento dos agressores e na promoção da igualdade de gênero, principalmente, no que se refere à independência financeira e emocional. Elucidando isso, o projeto (PLS 9/2016), da Comissão de Direitos Humanos (CDH) passou no Plenário da Casa, ele altera a Lei Maria da Penha e amplia as medidas protetivas da mulher previstas no artigo 23. “Cuidar de um agressor é proteger diversas futuras vítimas, não só a vítima em si, mas todos à sua volta, a sociedade como um todo”. O encaminhamento a esse tipo de programa, já recomendado por organizações internacionais e pelo Ministério Público do Brasil, está previsto no artigo 45 da Lei Maria da

Penha, mas apenas para presos. A alteração feita pelo projeto aplica-se mesmo na fase de inquérito policial, que é anterior ao processo na Justiça, e facilita a prevenção de novas agressões (SENADO FEDERAL, 2016).

Concluimos que, a violência pode ocorrer em muitos momentos da vida, podendo ser realizada por diversos agressores, porém em sua maioria são pessoas conhecidas destas mulheres. Estas violências são diversas e levam a sofrimentos psíquicos, causando impacto nas suas vidas. É responsabilidade dos profissionais da saúde estar atentos e informados sobre o cuidado e enfrentamento de atos violentos.

REFERÊNCIAS:

1. AYRES, M., et al. Bioestat 5.0 aplicações estatísticas nas áreas das ciências biológicas e médicas. Belém: IDSM, 2007.
2. BAPTISTA, Ana Catarina Costa Chaves. **Estudo de caso de uma mulher sujeita a violência conjugal psicológica, com crenças de amor romântico e uma história de violência interparental**. 2012. 53 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Clínica, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Portugal / Lisboa, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2258/1/12678.pdf> . Acesso em: 22 nov. 2018.
3. BARBOSA, Laís Barreto. Mulheres em Situação de Violência e Atenção em Saúde Mental: Um Estudo no Município de Natal (RN). 2013. 157 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/17532>. Acesso em: 12 nov. 2018.
4. BARROS E.N., SILVA M.A., FALBO G.H. NETO, LUCENA S.G., PONZO L., PIMENTEL A.P.. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. **Cienc Saúde Coletiva**. 2016;21(2):591-8. doi: 10.1590/1413- 81232015212.10672015.
5. CEVS. Centro Estadual de Vigilância em Saúde RS. Violência > Situação Epidemiológica/ Dados. Disponível em: <http://www.cevs.rs.gov.br/situacao-epidemiologica-dados-594174ff5b24f>. Acesso em 14 jul. 2018.
6. COORDENADORIA DA MULHER: Definição de Violência Contra a Mulher. Disponível em: <http://www.tjse.jus.br/portaldamulher/>. Acesso em 09 jun. 2018.
7. DATASENADO. Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher. Secretaria de Transparência. DataSenado. Março de 2013. Disponível em: http://www.senado.gov.br/senado/datasenado/pdf/datasenado/DataSenado-Pesquisa-Violencia_Domestica_contra_a_Mulher_2013.pdf. Acesso em: 14 nov. 2018.

8. DILLON, G. et al. Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature. **International Journal Of Family Medicine**, v. 2013, p.1-15, 2013. Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/313909>. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/ijfm/2013/313909/>. Acesso em: 14 nov. 2018.
9. FERREIRA, Rebeca Monteiro et al. Características de saúde de mulheres em situação de violência doméstica abrigadas em uma unidade de proteção estadual. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 12, p.3937-3946, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152112.09092015>. Disponível em: . Acesso em: 25 nov. 2018.
10. FIELD, A. Descobrimo a estatística usando SPSS. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.688.
11. GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008.
12. GUIMARÃES, J.; MEDEIROS, S.M.de. Considerações sobre vida e trabalho de mulheres internadas em uma unidade psiquiátrica. **Rev. Esc. Enferm. Usp**, v.37, n.2, p.51-58, jun.2003. Bimestral. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reecusp/upload/pdf/200.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.
13. GUIMARÃES, M.C.; PEDROZA, R.L.S. Violência Contra A Mulher: Problematizando Definições Teóricas, Filosóficas E Jurídicas. **Psicologia & Sociedade**, v.27, n.2, p.256-266, ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p256>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n2/1807-0310-psoc-27-02-00256.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2018.
14. HMIPV. Hospital Materno Infantil Presidente Vargas. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/hmipv/default.php>. Acesso em 15 nov. 2017.
15. HMIPV/SMS/PMPA. Hospital Materno Infantil Presidente Vargas. Referência no atendimento a abuso sexual. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/hmipv/default.php?reg=82&p_secao=16

16. LACERDA, I.A. sob orientação Adriana Vidal. O Conceito de Violência contra a mulher no Direito Brasileiro. Relatório (Graduação) - Curso de Direito, Departamento de Direito, Pucj, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: http://www.puc-rio.br/pibic/relatorio_resumo2014/relatorios_pdf/ccs/DIR/DIR-Isadora%20Almeida%20Lacerda.pdf. Acesso em: 21 jul. 2018.
17. LUCENA, K.D.T., Vianna R.P.T., Nascimento J.A., Campos H.F.C., Oliveira E.C.T. Association between domestic violence and women's quality of life. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2017; 25: e 2901. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100348&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 nov. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1535.2901>.
18. LUDERMIR A.B., SCHRAIBER L.B., D'OLIVEIRA A.F.P.L., FRANÇA-JUNIOR I., JANSEN H.A. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Soc Sci Med*. 2008; 66(4): 1008-18. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.10.021>
18. MADUREIRA, Alexandra Bittencourt et al. Profile of men who commit violence against women who are arrested in delicto flagrante: contributions to confronting the phenomenon. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 4, p.600-606, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140085>. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0600.pdf. Acesso em: 20 nov. 2018.
19. MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. Fundamentos de metodologia científica. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010. 297p.
20. MENDONÇA, M.F.S; LUDERMIR, A.B. Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. *Revista Saúde Pública*. 2017;51:32. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5396502/>. Acesso em 12 nov. 2017.
21. MICHAUD, Yves. A violência. São Paulo: Ática, 1989.
22. MINAYO, M.C.S. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 1 p. (Coleção Temas em Saúde). ISBN: 85-7541-094-6.

23. NETO, A.S.L. et al. Epidemiologia descritiva: características e possibilidades de uso. In: ROUQUAYROL, M.Z., GURGEL M. (Org.). Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.
24. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. Brasília (DF): OMS/OPAS; 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf. Acesso em: 16 out. 2017.
25. PEDROSA, M.; ZANELLO, V. (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [s.l.], v. 32, p.1-8, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e32ne214>. Disponível em: <http://www.scielo.br/ptp/v32nspe/1806-3446-ptp-32-spe-e32ne214.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2018.
26. PINTO, D.R.O.; OLIVEIRA, W.F.de. Estereótipos e Violência Contra Mulher: A Necessidade de Empoderamento para Alcançar a Igualdade de Gênero. **A Revista Athenas: Direito, Política e Filosofia**, Fdcl - Faculdade de Direito de Conselheiro Lafaiete, v.1, p.81-110, 2016. Anual. Disponível em: http://www.fdcl.com.br/revista/site/download/fdcl_athenas_ano5_vol1_2016_artigo5.pdf. Acesso em: 19 nov. 2018.
27. IMP - Instituto Maria da Penha. Relógios da Violência. Disponível em: <https://www.relogiosdaviolencia.com.br/>. Acesso em: 19 nov. 2018.
28. RISTUM, M. Bullying escolar. In: ASSIS, SG., CONSTANTINO, P., and AVANCI, JQ., orgs. Impactos da violência na escola: um diálogo com professores [online]. Rio de Janeiro: Ministério da Educação/ Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 95-119. ISBN 978-85-7541-330-2. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/szv5t/pdf/assis-9788575413302-06.pdf>.
29. SENADO FEDERAL. Tratar o agressor, solução inovadora. **em Discussão!**, Brasília, n.27, p.30-31, maio 2016. Trim. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/emdiscussao/edicoes/saneamento-basico/violencia-contr-a-mulher/tratar-o-agressor-solucao-inovadora>. Acesso em: 20 nov. 2018.

30. SILVA, G.C.R.F. O Método Científico na Psicologia: Abordagem Qualitativa e Quantitativa; 2010. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0539.pdf>.
31. TAFT, A. (2003). Promoting Women's Mental Health: The challenges of intimate/ domestic violence against women. *Australian Domestic & Family Violence*, Cap.8, p.1-24. Disponível em: http://pandora.nla.gov.au/pan/34659/20031010-0000/Issues_Paper_8.pdf
32. TERENCE, A.C.F.; FILHO, E.E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais, Fortaleza, CE, 2006. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006_TR540368_8017.pdf. Acesso em: 22 nov. 2017.
33. TOWNSEND, M.C.. Problemas Relacionados aos Maus-tratos ou Negligência. In: TOWNSEND, M.C.. *Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. Cap. 37. p. 680-698.
34. VIDEBECK, S.L.. Abuso e Violência. In: VIDEBECK, S.L.. *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 11. p. 195-218.
35. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Violence: a public health priority: WHO Consultation on Violence and Health. Geneva; 2002. (Document WHO/EHA/ SPI.POA.2). Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf . Acesso em: 16 out. 2017.

ANEXOS:

ANEXO A:

INSTRUMENTO DA PESQUISA:

1 - PRONTUÁRIO:

2 - DATA DE NASCIMENTO:

3 - IDADE: anos

4 - COR DA PELE: (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena
(6) Outra. Qual?

5 - ESTADO CONJUGAL: (1) Com companheiro (a) (2) Sem companheiro (a)

6 - ESTADO CIVIL: (1) Solteira (2) Casada (3) Divorciada (4) Viúva (5) Divorciada

7 - PROCEDÊNCIA: (1) Porto Alegre. Qual bairro? (2) Outra. Qual?

8 - SITUAÇÃO DE RUA: (1) Sim (2) Não

9 - ESCOLARIDADE: (1) Fundamental Incompleto (2) Fundamental Completo (3)
Médio Incompleto (4) Médio completo (5) Superior Incompleto (6) Superior
completo (7) Sem escolaridade

10 - OCUPAÇÃO:

11 - MORA COM QUEM:

12 - MOTIVO DA INTERNAÇÃO:

13 - DATA DA INTERNAÇÃO:

14 - TIPO INTERNAÇÃO: (1) Voluntária (2) Involuntária (3) Compulsória

15 - PRIMEIRA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA: (1) Sim (2) Não.

16 - SE NÃO, NÚMERO DE INTERNAÇÕES PRÉVIAS:

17 - SE NÃO, ONDE FOI INTERNADA:

19 - SERVIÇO DE ENCAMINHAMENTO:

20 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

21 - PROBLEMA CRÔNICO DE SAÚDE: (1) Sim (2) Não

22 - SE SIM: (1) HAS (2) DM (3) Obesidade (4) HIV (5) Outro. Qual?

23 - USUÁRIO DE DROGAS: (1) Sim (2) Não

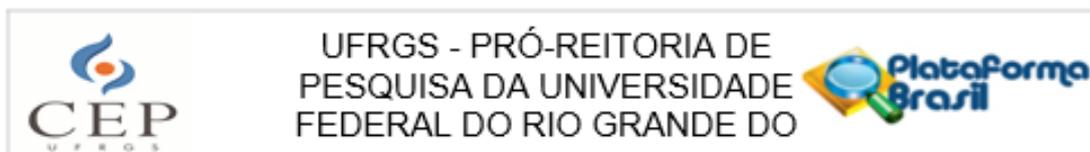
24 - SE SIM: (1) Maconha (2) Cocaína (3) Crack (4) Heroína (5) Álcool (6) Tabagismo

25 - CRENÇA: (1) Sim (2) Não

26 - SE SIM: (1) Católica (2) Evangélica (3) Espírita (4) Umbanda (5) Outra. Qual

- 27 - GESTANTE: (1) Sim (2) Não
- 28 - NÚMERO DE GESTAÇÕES:
- 29 - NÚMERO DE FILHOS:
- 30 - IDADE DOS FILHOS:
- 31 - NÚMERO DE ABORTOS:
- 32 - RISCOS APRESENTADOS: (1) Tentativa de suicídio (2) Ideação suicida
(3) Exposição moral (4) Agressividade
- 33 - SOFREU VIOLÊNCIA: (1) Sim (2) Não
- 34 - SE SIM, QUAL TIPO: (1) Física (2) Verbal (3) Psicológica (4) Sexual
- 35 - SUSPEITA VIOLÊNCIA: (1) Sim (2) Não
- 36 - SE SIM, QUAL TIPO: (1) Física (2) Verbal (3) Psicológica (4) Sexual
- 37 - AGRESSOR:
- 38 - QUANDO OCORREU A VIOLÊNCIA: (1) Infância (2) Adolescência (3) Adulta
(4) Idoso (5) Não informado
- 39 - DATA DA ALTA:
- 40 - ALTA PARA:
- 41 - HISTÓRICO POLICIAL/ LEGAL:
- 42 - MEDICAMENTOS:
- 43 - EXAME ESTADO MENTAL:
- 44 - GESTANTE COM PROBLEMAS PELO USO DE DROGAS: (1) Sim (2) Não
- 45 - SE SIM, QUAIS DROGAS: (1) Maconha (2) Cocaína (3) Crack (4) Heroína
(5) Álcool (6) Tabagismo
- 46 - SE GESTANTE COM PROBLEMAS PELO USO DE DROGAS E COM FILHOS,
QUAL CONDIÇÃO DOS FILHOS ANTERIORES:
- 47 - SE GESTANTE COM PROBLEMAS PELO USO DE DROGAS E COM FILHOS,
QUAL DESTINO DO RECÉM NASCIDO:

ANEXO B:



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE MULHERES INTERNADAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Pesquisador: CHRISTINE WETZEL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78897417.0.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.465.372

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa ligado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS, da mestranda Fabiane Machado Pavani, orientado pela professora Christine Wetzel e que também tem na equipe de pesquisa a professora Agnes Olschowsky.

É um estudo quantitativo, exploratório descritivo, com o objetivo geral de identificar as características sociodemográficas e clínicas de pacientes em uma unidade internação em saúde mental feminina do município de Porto Alegre.

As autoras embasam o estudo na Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada na década de 1980, por meio da desinstitucionalização dos cuidados em saúde mental, alterando um modelo pautado na assistência médico centrada em hospitais específicos (manicômios), para o que atualmente é realizado, ou seja, um modelo psicossocial e em rede, em que os hospitais gerais vêm se configurando como pontos de atenção na prestação de assistência em momentos específicos do ciclo da doença, como por exemplo, nas crises.

Justificam o estudo no aumento progressivo de leitos voltados à atenção da saúde mental em hospitais gerais, o que gera a necessidade de aprimoramento das equipes profissionais que atuam

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.465.372

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Identificar as características sociodemográficas e clínicas de pacientes em uma unidade de internação em saúde mental feminina do município de Porto Alegre.

Objetivos específicos

- a) Identificar a prevalência de diagnósticos de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5);
- b) Identificar principais motivos de admissão para a internação.
- c) Caracterizar aspectos relacionados à internação: tempo médio de duração, medicamentos prescritos.
- d) Conhecer o sistema de referência e contra referência das pacientes.
- e) Identificar as características sociodemográficas e clínicas das pacientes nos anos de 2015, 2016 e 2017.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão adequados.

Assim descritos no projeto:

Esta pesquisa oferece risco substancial a privacidade dos dados e, para isso, todos pesquisadores ou colaboradores terão compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato dos pacientes. A pesquisa produzirá informações que poderão servir como subsídio para um maior conhecimento da população assistida com vistas a melhorias na assistência.

E assim descritos no Formulário da Plataforma Brasil:

Riscos: O estudo prevê riscos da privacidade dos dados dos prontuários e todos pesquisadores terão compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato dos pacientes, por tratar-se de uma coleta a partir de dados secundários, registrados no prontuário.

Benefícios: A pesquisa produzirá informações que poderão servir como subsídio para um maior conhecimento da população assistida com vistas a melhorias na assistência.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farróupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.465.372

Não tem TCLE, mas sim TCUD.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo será realizado na unidade de saúde mental do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), localizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

O estudo se dará de modo observacional, transversal de dados de indivíduos, mediante a aplicação da técnica de coleta de dados em prontuários. A utilização da coleta de dados em prontuários se encarrega da análise sobre o conteúdo do documento que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa. A pesquisa documental apresenta como vantagens: fonte rica e estável de dados, subsistência ao longo do tempo, baixo custo, não exigência de contato com os sujeitos da pesquisa. Dentre as limitações deste tipo de pesquisa encontram-se a não representatividade e na qualidade ou falta de registro de informações nos prontuários (GIL, 2008).

A amostra dessa pesquisa se constituirá retrospectivamente dos prontuários de todas as pacientes internadas durante o período de agosto de 2015 a julho de 2017 da unidade de saúde mental do HMIPV.

Os dados serão coletados, em primeiro momento com base no livro de registros de todas as internações ocorridas no período, disponibilizado na unidade de internação psiquiátrica do HMIPV, possibilitando assim a busca do cadastro dos prontuários. No segundo momento, mediante o auxílio de um questionário pré-codificado, serão coletados os dados dos os prontuários das pacientes internadas na unidade de saúde mental do HMIPV conforme amostra, diretamente no Serviço de Arquivo Médico (SAME). Serão considerados os dados referentes à última internação.

Os dados serão digitados e analisados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. A análise de dados compreenderá a observação da distribuição de frequências. Em segundo momento, será realizada estatística descritiva, etapa inicial da análise, utilizada para sumarizar os dados coletados – da amostra ou da população – ordenando-os e classificando-os, a fim de um melhor entendimento, conforme o tipo da variável que está em estudo (AYRES et al, 2007). Posteriormente o resultado das variáveis contínuas serão apresentadas por médias (desvio padrão), medianas (intervalo interquartis), valores mínimos e máximos e as variáveis dicotômicas por frequências e percentuais.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.465.372

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão todos presentes e adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

(1) Questão metodológica: no projeto não há o nome dos autores, quais suas funções e qual a finalidade do mesmo; não tem folha de rosto nem sumário. Somente está inserido no sistema o currículo da pesquisadora Fabiane. **PENDÊNCIA ATENDIDA**, foram incluídas as informações solicitadas.

(2) Sempre há riscos em pesquisas, mesmo não havendo contato direto com as Usuárias. Neste caso, há risco substancial à privacidade dos dados das Participantes, que devem ser garantidos. **PENDÊNCIA ATENDIDA**.

(3) O hospital onde será realizado o estudo não é um hospital geral. **PENDÊNCIA ATENDIDA**, o título e objetivo geral foram adequados.

(4) Qual o critério para definir este período de internação? O que significa amostra censitária? O fato do prontuário não estar disponível não significa critério de exclusão. **PENDÊNCIA ATENDIDA**, as autoras esclareceram o critério escolhido para definir o período de internação e suprimiram o critério de exclusão.

(5) É apresentado como um benefício poder fazer "associações entre o perfil das Pacientes com diagnósticos e condição de saúde". Justifique. **PENDÊNCIA ATENDIDA**, texto modificado.

Em condições de aprovação, já que todas as pendências foram esclarecidas e atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

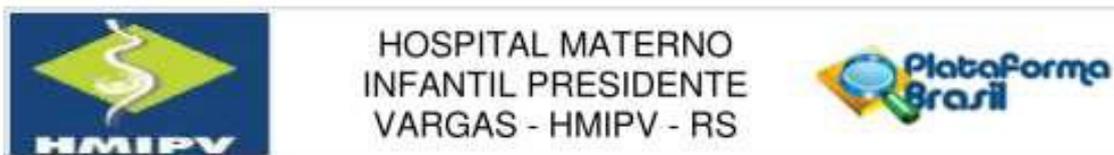
APROVADO

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_994281.pdf	18/12/2017 09:21:39		Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

ANEXO C:



HOSPITAL MATERNO
INFANTIL PRESIDENTE
VARGAS - HMIPV - RS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE MULHERES INTERNADAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Pesquisador: CHRISTINE WETZEL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78697417.0.3001.5329

Instituição Proponente: Hospital Materno Infantil Presidente Vargas - HMIPV - RS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.614.547

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como proposta para obtenção do título de mestrado. Trata-se de estudo quantitativo, exploratório descritivo, com o objetivo geral de identificar as características sociodemográficas e clínicas de pacientes em uma unidade internação em saúde mental feminina do município de Porto Alegre.

A revisão teórica descreve a Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada na década de 1960, por meio da desinstitucionalização dos cuidados em saúde mental, alterando um modelo pautado na assistência médico centrada em hospitais específicos (manicômios), para o que atualmente é realizado, ou seja, um modelo psicossocial e em rede, em que os hospitais gerais vêm se configurando como pontos de atenção na prestação de assistência em momentos específicos do ciclo da doença, como por exemplo, nas crises. A partir disso, constroem a questão da pesquisa sobre o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em uma unidade de internação em saúde mental feminina do município de Porto Alegre.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

- Identificar as características sociodemográficas e clínicas de pacientes em uma unidade de internação em saúde mental feminina do município de Porto Alegre.

Endereço: Av. Independência 661- Bl. C 7º andar

Bairro: Independência

CEP: 90.035-076

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-3377

E-mail: hmipv.cep@hmipv.prfpoa.com.br



Continuação do Parecer: 2.614.547

Objetivos específicos:

- Identificar a prevalência de diagnósticos de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5).
- Identificar principais motivos de admissão para a internação.
- Caracterizar aspectos relacionados à internação; tempo médio de duração, medicamentos prescritos.
- Conhecer o sistema de referência e contra referência das pacientes.
- Identificar as características sociodemográficas e clínicas das pacientes nos anos de 2015, 2016 e 2017.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores esta pesquisa oferece risco substancial na privacidade dos dados e, para isso, todos pesquisadores ou colaboradores terão compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato dos pacientes.

Quanto aos benefícios, a pesquisa produzirá informações que poderão servir como subsídio para um maior conhecimento da população assistida com vistas a melhorias na assistência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo será realizado na unidade de saúde mental do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), localizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. É uma pesquisa observacional, transversal de dados de indivíduos, mediante a aplicação da técnica de coleta de dados em prontuários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram incluídos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as alterações solicitadas pelo CEP foram realizadas. Projeto encontra-se ética e metodologicamente de acordo com a legislação em vigor.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Informamos que toda e qualquer alteração do projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP HMIPV.
2. O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento do projeto, bem como relatório final quando do término do mesmo.
3. Para o ingresso nas dependências do hospital o pesquisador responsável deverá solicitar ao CEP

Endereço: Av. Independência 661- Bl. C 7º andar

Bairro: Independência

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

CEP: 90.035-076

Telefone: (51)3289-3377

E-mail: hmipv.cep@hmipv.pretpoa.com.br



HOSPITAL MATERNO
INFANTIL PRESIDENTE
VARGAS - HMIPV - RS



Continuação do Parecer: 2.614.547

HMIPV a confecção de crachá para toda a equipe de pesquisa.

4. Para o início da pesquisa, o investigador deverá apresentar à chefia do serviço onde será realizada a pesquisa o Parecer Consubstanciado de aprovação do protocolo pelo CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1062757.pdf	22/03/2018 19:51:27		Aceito
Outros	TERMO_CIENCIA_CHEFE_ARQUIVOMEDICO.pdf	22/03/2018 19:50:47	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	COMPROMISSO_ENTREGARELATORIO.pdf	22/03/2018 19:49:43	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	TERMO_UTILIZACAO_DADOSPRONTUARIOS.pdf	22/03/2018 19:47:25	CHRISTINE WETZEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JUSTIFICATIVA_DE_DISPENSA_TCLE.pdf	22/03/2018 19:44:22	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	agneslattes.pdf	28/11/2017 16:46:10	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	CurriculoLattes.pdf	28/11/2017 16:45:02	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	CARTARESPOSTADILIGENCIA.pdf	28/11/2017 16:42:45	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPerfilHIMPVmodificado.pdf	28/11/2017 16:39:48	CHRISTINE WETZEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcud.pdf	03/10/2017 11:17:01	CHRISTINE WETZEL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Independência 661- Bl. C 7º andar

Bairro: Independência

CEP: 90.035-076

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-3377

E-mail: hmipv.cep@hmipv.prefpoa.com.br



HOSPITAL MATERNO
INFANTIL PRESIDENTE
VARGAS - HMIPV - RS



Continuação do Parecer: 2.614.547

PORTO ALEGRE, 23 de Abril de 2018.

Assinado por:
Maria da Graça Alexandre
(Coordenador)

Endereço: Av. Independência 661- Bl. C 7º andar

Bairro: Independência

CEP: 90.035-076

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-3377

E-mail: hmipv.cep@hmipv.prfpoa.com.br

ANEXO D:

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DA PESQUISA

Declaro para os devidos fins que **Laura Lucena Fuchs**, Acadêmica do curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem do Rio Grande do Sul, está autorizada a utilizar parte dos dados coletados na pesquisa: “Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres internadas em uma unidade de saúde mental do município de Porto Alegre” para elaborar seu Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Violência em mulheres internadas em unidade de saúde mental do município de Porto Alegre”. Ressalto que este trabalho faz parte dos produtos oriundos da pesquisa, e que a aluna está ciente do compromisso de publicação de resultados em parceria com o coordenador do projeto.



Christine Wetzel
Coordenadora da Pesquisa

Porto Alegre, 17 de agosto de 2018

APÊNDICES:

APÊNDICE A

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Título do projeto: Violência em mulheres internadas em unidade de saúde mental do município de Porto Alegre

Pesquisadora: Laura Lucena Fuchs

A pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- 1- Preservar as informações dos informantes cujos dados serão coletados;
- 2- Que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- 3- Que as informações serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar os sujeitos da pesquisa;
- 4- Que serão respeitadas todas as normas da resolução 466/2012 e suas complementares na execução deste projeto



Laura Lucena Fuchs

Pesquisadora

Porto Alegre, 17 de agosto de 2018.