

Violência contra a mulher e relação com depressão: um estudo em uma unidade de atenção primária à saúde no município de Cascavel

Violence against women and the relationship with depression: a study in a primary health care unit in the city of Cascavel

La violencia contra la mujer y la relación con la depresión: un estudio en una unidad de atención primaria de salud de la ciudad de Cascavel

Recebido: 01/03/2023 | Revisado: 20/03/2023 | Aceitado: 22/03/2023 | Publicado: 27/03/2023

Juliana Emi Shimabukuro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8503-911X>
Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: juliana.shimabukuro@outlook.com

Luciana Osorio Cavalli

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3876-2388>
Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: losoriocavalli@yahoo.com

Adriano Possobon

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9720-2482>
Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: possobon@msn.com

Sara Naomi Shimabukuro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5655-0584>
Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: sara.shimabukuro@outlook.com

Guilherme Augusto Minato

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6254-8592>
Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: guiaminato@hotmail.com

Jaime Ventura da Silva Junior

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-1469-7982>
Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: jaime95jr@hotmail.com

Luana Piva Netto

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-5453-2270>
Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: lpnetto@outlook.com

Resumo

A violência contra mulheres provoca divergentes repercussões na saúde física e mental e na qualidade de vida das vítimas e gera desafios progressivos aos profissionais de saúde. Estima-se que um dos sintomas psicológicos mais frequentes, é aquele referente a distúrbios depressivos. Diante do exposto, o presente estudo objetivou quantificar e relacionar violência doméstica e níveis de depressão entre as usuárias da Rede de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde da cidade de Cascavel – Pr. Foram entrevistadas 108 mulheres, a partir de aplicação dos questionários Abuse Assessment Screen (AAS) traduzida e adaptada, e Inventário de Depressão de Beck (BDI). Para realizar comparativo estatístico entre as variáveis descritas, foram utilizados os testes de Qui Quadrado, de Fisher e correção de Haldane. Das participantes da pesquisa, 61 (56,5%) afirmaram já ter sofrido algum tipo de violência física ou psicológica do parceiro ou de alguém importante. Dentre as vítimas, 32 (52,5%) apresentaram sintomas de depressão ($p=0,06$). Os resultados reforçam a importância da realização de maiores estudos acerca do tema, contando com maior rastreamento entre a população, além de uma qualificação direcionada das equipes multidisciplinares dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Violência doméstica; Violência contra mulher; Transtorno depressivo; Saúde mental; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Violence against women causes different repercussions on the victims' physical and mental health and quality of life, and creates progressive challenges for health professionals. It is estimated that one of the most frequent psychological symptoms is related to depressive disorders. Given the above, the present study aimed to quantify and relate domestic

violence and levels of depression among users of the Primary Care Network of the Unified Health System in the city of Cascavel - Pr. 108 women were interviewed, using the Abuse Assessment Screen (AAS), translated and adapted, and the Beck Depression Inventory (BDI). To carry out a statistical comparison between the described variables, the Chi Square, Fisher and Haldane correction tests were used. Of the research participants, 61 (56.5%) stated that they had already suffered some type of physical or psychological violence from their partner or someone important. Among the victims, 32 (52.5%) had symptoms of depression ($p=0.06$). The results reinforce the importance of carrying out further studies on the subject, with greater screening among the population, in addition to targeted qualification of the multidisciplinary teams of health services.

Keywords: Domestic violence; Violence against women; Depressive disorder; Mental health; Primary Health Care.

Resumen

La violencia contra las mujeres provoca diversas repercusiones en la salud física y mental y en la calidad de vida de las víctimas, y crea desafíos progresivos para los profesionales de la salud. Se estima que uno de los síntomas psicológicos más frecuentes está relacionado con los trastornos depresivos. Teniendo en cuenta lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo cuantificar y relacionar la violencia doméstica y los niveles de depresión entre los usuarios de la Red de Atención Primaria del Sistema Único de Salud en la ciudad de Cascavel - Pr. Se entrevistó a 108 mujeres, utilizando el Abuse Assessment Screen (AAS), traducido y adaptado, y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Para realizar una comparación estadística entre las variables descritas, se utilizaron las pruebas de Chi Square, Fisher y Haldane corrección. De los participantes de la investigación, 61 (56,5%) manifestaron que ya habían sufrido algún tipo de violencia física o psicológica por parte de su pareja, o alguien importante. Entre las víctimas, 32 (52,5%) tenían síntomas de depresión ($p=0,06$). Los resultados refuerzan la importancia de realizar más estudios sobre el tema, con mayor pesquisa entre la población, además de la capacitación focalizada de los equipos multidisciplinares de los servicios de salud.

Palabras clave: Violencia doméstica; Violencia contra la mujer; Trastorno depresivo; Salud mental; Atención Primaria de Salud.

1. Introdução

Na realidade contemporânea, a violência apresenta-se como uma grande adversidade para a área da saúde, justamente pela organização de atendimento que pauta em um modelo biomédico, representado por uma lógica e sequência de causa e efeito, que nesse problema específico, demonstra pouca eficácia. Sabendo que são vários fatores envolvidos e um sistema de muitas influências, a violência é representada por um sistema complexo, tornando-se um complexo desafio na educação médica – pela necessidade de modelos de ensino que integre a saúde em âmbito biológico, social e psíquico (Amaro et al., 2008).

Com início na década de 70, a violência contra a mulher tem ganhado atenção e mobilização progressivamente (Schraiber et al., 2002). O conceito de violência doméstica infere as mais variadas formas de agressão em ambiente familiar, além daquelas realizadas contra a mulher de autoria de seu parceiro íntimo. Em algumas realidades, não é reconhecida como tipo de violência em si, mas sim, sendo considerada um fenômeno cultural (Ellsberg et al., 2000).

Considerada como uma das mais importantes causas de morbi-mortalidade no Brasil desde a década de 1970, a violência vem acarretando uma séria preocupação progressiva entre as áreas de estudo. Assim, tal temática se enquadra também em um problema de saúde pública, além de interferir nas áreas sociais e jurídicas. Sendo considerado como um sério problema de saúde pública e social, esse fenômeno mundial não tem interferência de variáveis como classe social, etnia, religião, idade e escolaridade (Adeodato et al., 2005). Sabe-se que a experimentação desse tipo de agressão pode acarretar grandes consequências à saúde física, reprodutiva e mental das vítimas (Saffioti, 1994).

A violência doméstica infere atitudes ou o ato de silenciar que possa prejudicar o bem-estar, a integridade física, psicológica ou também a liberdade e o direito de um membro familiar. Essa agressão pode ocorrer até mesmo fora de casa, por algum membro que tenha uma relação de poder com a vítima (Day et al., 2003). Entretanto, a maioria ocorre dentro do lar, principalmente em mulheres, crianças e idosos (Braz & Cardoso, 2000). Avalia-se que há pelo menos um terço de abuso em mulheres durante a vida (Heise et al., 1999).

O termo “violência contra a mulher”, foi definido e aprovado pela Conferência de Viena em 1993 como qualquer ação de violência que tem como base no gênero que ocasiona ou possa ocasionar dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico (Amaral et al., 2001). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), existe uma relação entre a violência doméstica contra a mulher e outros prejuízos à saúde das mesmas, como o abuso de álcool e drogas, disfunções gastrointestinais, inflamações pélvicas crônicas, cefaleia, ansiedade, depressão, distúrbios psíquicos e trauma direto (Rosenberg & Fenley, 1991).

Ademais, pesquisas indicam que o índice de violência contra a mulher teve um aumento com o início da pandemia do coronavírus, relacionado com o maior contato da vítima com agressor. O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos há pouco expôs um registro de 105.771 denúncias de violência contra mulher, sendo 72% em relação à violência doméstica e no contexto familiar (Oliveira et al., 2021).

A despeito das consequências psicológicas, as mulheres que são vítimas de violência doméstica apresentam uma maior tendência maior para manifestar depressão maior, distúrbio obsessivo-compulsivo, transtorno de ansiedade generalizada e transtornos alimentares. Pesquisas estimam que pode também acarretar e ser caracterizado como estresse pós-traumático, por apresentar sintomas como medo, angústia, ansiedade, culpa, humilhação, vergonha e autocensura (Drezett, 2000).

Esse tipo de violência tem sido associado à procura de serviços médicos frequentemente. Muitas mulheres buscam ajuda com sintomas que podem inferir u quadro de violência doméstica, como depressão, ansiedade, aumento do consumo de álcool e drogas, além de alterações no sistema endócrino (WHO, 2008).

Abuso físico e sexual, traumas, aumentam a vulnerabilidade a transtornos depressivos. A violência doméstica contra a mulher apresenta-se um fator de risco para variados agravos contra a saúde, dependendo do grau e duração da violência sofrida, por efeito cumulativo. Apresenta-se progressivamente como uma situação de risco, endêmica, com elevado número de vítimas e intensos impactos físicos, emocionais e sociais a todos os envolvidos. Ademais, o isolamento e falta de apoio social também são vistos como indicadores importantes. As mulheres se queixam de conturbações no relacionamento com parceiros íntimos e perdas de vínculos sociais e familiares, demonstrando uma característica feminina de dependência afetiva (Veras et al., 2006).

Dessa forma, tal problema de escala mundial, pode acarretar variadas consequências e repercussões para a saúde e qualidade de vida das mulheres. Assim, vítimas de violência doméstica são cinco vezes mais propensas a apresentarem um quadro de sintomas psicológicos em comparação àquelas que não tiveram a vivência de tal situação (Grossi, 1995). Dentre as consequências psíquicas que o quadro traz, a depressão é uma das mais predominantes. Por ser considerado um transtorno de etiologia multifatorial, muitos fatores devem ser foco responsável pelo início, desenvolvimento e remissão da depressão (Weissman & Olfson, 1995).

Devido sintomas clínicos relacionados à violência, pesquisas indicam que as mulheres utilizam ansiolíticos ou antidepressivos para aguentar o sofrimento psicológico. Sob esse prisma, é importante relacionar o índice de violências com o quadro mental das vítimas. Assim, é válido frisar que a depressão é um transtorno representado pela continuidade diária de humor deprimido. Dentre os sintomas, o sentimento de culpa e inutilidade, incapacidade de concentração, pensamentos de morte, dificuldades para dormir, mudanças de apetite, alterações psicomotoras, cansaço, queixas somáticas e perda de interesse pelas atividades (APA, 2014).

Perturbações envolvendo saúde mental são as principais causas de morbidade nas sociedades atuais. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão é causa de 6,2% da morbidade na região europeia. Dessa forma, a área psicológica faz parte do grupo de prioridades em saúde pública, sendo necessário cada vez mais respostas precoces por parte de entidades de saúde. A gestão e o tratamento desses distúrbios em cuidados da saúde primários, constitui passo fundamental para que maior número de pessoas possa ter acesso aos serviços de saúde. Ademais, uma melhor prestação de cuidados, além da diminuição de custos e tratamentos inespecíficos poderiam resultar em diminuição de custos orçamentais (Barkow et al.,

2004).

Os distúrbios relacionados a perturbações mentais, principalmente envolvendo a depressão, são frequentes entre os serviços de saúde, mesmo não sendo sempre reconhecidas ou tratados inadequadamente. Os sintomas psiquiátricos muitas vezes são camuflados por sintomas somáticos. Na atenção primária, esses sintomas apresentam-se como papel fundamental na manifestação de depressão e relacionados (Goldberg, 1995).

Sob esse prisma, é importante ressaltar os impactos globais na vida, saúde e bem-estar das mulheres submetidas a esse tipo de violência, além das consequências geradas em âmbito psicológico. Dessa maneira, o presente estudo envolve uma análise da associação de violência doméstica em mulheres na atenção primária à saúde com níveis de depressão das mesmas.

Dessa forma, o objetivo do trabalho foi analisar quais métodos contraceptivos são utilizados pelas mulheres no climatério, em uma Unidade Básica de Saúde, do Oeste do Paraná. Com intuito de responder o problema proposto, a pesquisa constituiu-se da aplicação de questionários a mulheres selecionadas, com idade entre 42 e 48 anos, pertencentes a Unidade Básica de Saúde São Cristóvão, sediada em Cascavel-PR. Com essa ferramenta tabulou-se os dados obtidos e analisou-se os principais métodos contraceptivos utilizados nessa população de mulheres.

2. Metodologia

O desenvolvimento do trabalho ocorreu por meio de análise dos resultados obtidos a partir da aplicação de questionários físicos em mulheres usuárias da atenção primária a saúde, realizado pelo pesquisador durante o período de espera para consulta das pacientes do sexo que consentirem participar da pesquisa. Foi aplicado o questionário Abuse Assessment Screen (AAS) adaptado, que foi desenvolvido pelo Nursing Research Consortium on Violence and Abuse, nos Estados Unidos em 1989. Sua equivalência semântica da versão em português foi realizada por Reichenheim et al (2000). Esse instrumento de pesquisa é específico para casos de violência e é composto por questões para a identificação da frequência e severidade do evento. Ademais, aplicou-se o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), considerado como medida de auto-avaliação de depressão mais amplamente utilizada em pesquisa quando clínica em escala mundial que contém 21 itens com quatro afirmativas (pontuando de 0 a 3) que investigam como a pessoa sentiu na última semana. O somatório do score é classificado de acordo com os pontos de corte: 0-13 pontos, mínimo grau de depressão; 14-19 pontos, depressão leve; 20-28, depressão moderada e 29-63 pontos, depressão grave (Silva et al., 2018).

Trata-se de um estudo com delineado transversal, realizado e aplicado no mês de julho de 2022. A amostra total analisada é de pacientes do sexo feminino que utilizam a Atenção Básica, do Sistema Único de Saúde que consentiram a participação na pesquisa. Foi realizada uma abordagem presencial pelo pesquisador durante o período de espera de consulta das mesmas. O tempo médio para a realização do questionário é de 10 minutos. O tamanho da amostra foi de 108 pacientes. Não participaram da pesquisa grupo vulneráveis/incapazes e pacientes menores de 18 anos.

Foram incluídos na pesquisa indivíduos do sexo feminino, de 18 a 75 anos, de todas as raças, usuários da Atenção Básica, do Sistema Único de Saúde que tinham estados funcionais independentes e função cognitiva preservada para responder ao questionário utilizado nesta fase da pesquisa. Foram excluídos da pesquisa indivíduos do sexo masculino, pessoas do sexo feminino que tenham abaixo de 18 anos ou acima de 75 anos, além de grupo vulneráveis/incapazes.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário Assis Gurgacz e aprovado pelo CAAE nº 56871122.1.0000.5219.

3. Resultados e Discussão

Foram obtidos e analisados 216 questionários, preenchidos por pacientes femininas durante o tempo de espera para

realização de consultas em Unidade de Atenção Básica à Saúde, dos quais 108 questionários correspondem ao instrumento Abuse Assessment Screen (AAS) e 108 questionários referentes ao Inventário de Depressão de Beck. A Tabela 1 descreve as respostas das participantes no questionário Abuse Assessment Screen, detalhando de forma quantitativa a presença ou não de episódios anteriores, a forma de violência, a quantidade de abusos, a presença ou não de violência de cunho sexual no último ano e avaliação de existência de medo por parte da vítima.

Tabela 1 - Descrição das respostas das participantes no instrumento *Abuse Assessment Screen* (n=108).

Pergunta	n	%
Você já foi maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo seu parceiro ou alguém importante para você?		
<i>Sim</i>	61	56,5%
<i>Não</i>	47	43,5%
Neste último ano (12 meses) alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?		
<i>Sim</i>	4	3,7%
<i>Não</i>	103	95,4%
<i>Em branco</i>	1	0,9%
Em caso afirmativo, quem?		
<i>Marido</i>	2	1,9%
<i>Ex-marido</i>	1	0,9%
<i>Não informado</i>	1	0,9%
Quantidade de vezes		
<i>1</i>	1	0,9%
<i>2</i>	1	0,9%
<i>Não informado</i>	2	1,9%
Escala do episódio		
<i>Ameaças de maus-tratos, agressão, inclusive com uma arma</i>	1	0,9%
<i>Tapa, empurrão; sem machucar ou causar ferimentos ou dor duradoura</i>	1	0,9%
<i>Soco, chute, machucado/hematoma, cortes e/ou dor contínua</i>	1	0,9%
<i>Uso de armas, ferimento por arma</i>	1	0,9%
Neste último ano (12 meses), alguém forçou você a realizar atividades sexuais?		
<i>Sim</i>	2	1,9%
<i>Não</i>	103	95,4%
<i>Em branco</i>	3	2,8%
Em caso afirmativo, quem?		
<i>Marido</i>	2	1,9%
Você tem medo do seu parceiro ou de alguém listado acima?		
<i>Sim</i>	8	7,4%
<i>Não</i>	92	85,2%
<i>Em branco</i>	8	7,4%

Fonte: Autores (2022).

Conforme demonstrado pela Tabela 1, 61 (56,5%) mulheres alegam que já foram vítimas de maltrato emocional ou físico por parceiros ou por pessoas importantes. Das 108 entrevistadas, 95,4% afirmam que nesse último ano (12 meses), não houve episódios de agressão física e, dentre aquelas que responderam sim à pergunta (3,7%), 50% afirma ter sido vítima do marido, seguido de ex-marido (25%) e não informado (25%). Ainda sobre estas vítimas de agressão física, 50% não informou a quantidade de vezes. 25% menciona ter ocorrido um episódio e 25% menciona 2 episódios. Quando questionado sobre a escala do episódio ocorrido, 4 (3,7%) entrevistadas responderam à pergunta, sendo que destas, uma assinalou ameaças de

maus-tratos, agressão, inclusive com uma arma; uma marcou tapa, empurrão; sem machucar ou causar ferimentos ou dor duradoura; uma assinalou soco, chute, machucado/hematoma e uma assinalou uso de armas, ferimento por arma.

A respeito da pergunta sobre a prática de atividades sexuais forçada neste último ano (12 meses), 95,4% das entrevistadas informou que não, 2,8% deixou o questionamento em branco e 1,9% respondeu que sim. Das que responderam afirmativamente à pergunta anterior, 100% afirma que o autor foi o marido. Em relação ao sentimento de medo do parceiro ou de alguém listado nas perguntas anteriores, 85,2% informou que não, 7,4% que sim e 7,4% deixaram a pergunta em branco.

A Tabela 2 demonstra a descrição das respostas das participantes no Inventário de Depressão de Beck.

Tabela 2 - Descrição das respostas das participantes no Inventário de Depressão de Beck (n=108).

Pontuação	n	%
0 a 13 pontos	60	55,6%
14 a 19 pontos	24	22,2%
20 a 28 pontos	15	13,9%
28 a 63 pontos	9	8,3%

Fonte: Autores (2022).

De acordo com a Tabela 2, das 108 entrevistadas, 60 (55,6%) obtiveram um score de 0 a 11 pontos, demonstrando um mínimo grau de depressão; 24 (22,2%), de 12 a 19 pontos, que representa depressão leve; 15 (13,9%), de 20 a 35 pontos demonstrando depressão moderada e 9 (8,3%) de 36 a 63 pontos, classificado como depressão grave.

A Tabela 3 apresenta dados referentes à relação entre os dois questionários da entrevista.

Tabela 3 - Análise Inferencial das respostas das participantes no instrumento AAS e sintomas depressivos de acordo com Inventário de Depressão de Beck (n=108).

Pergunta	Sintomas de Depressão (14 a 63 pontos)	Mínimo Grau de Depressão (0 a 13 pontos)	Razão de Chances (IC 95%)	Valor de p
Você já foi maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo seu parceiro ou alguém importante para você?				
<i>Sim</i>	32 (52,5%)	29 (47,5%)	2,14 (0,97 – 4,69)	0,06 ¹
<i>Não</i>	16 (34%)	31 (66%)	1	
Neste último ano (12 meses) alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?				
<i>Sim</i>	1 (25%)	3 (75%)	0,40 (0,04 – 3,95)	0,63 ²
<i>Não</i>	47 (45,6%)	56 (54,4%)	1	
Neste último ano (12 meses), alguém forçou você a realizar atividades sexuais?				
<i>Sim</i>	2 (100%)	0 (0%)	6,43 (0,30 – 137,24)	0,20 ^{2,3}
<i>Não</i>	45 (43,7%)	58 (56,3%)	1	
Você tem medo do seu parceiro ou de alguém listado acima?				
<i>Sim</i>	6 (75%)	2 (25%)	4,26 (0,82 – 22,27)	0,13 ²
<i>Não</i>	38 (41,3%)	54 (58,7%)	1	

1 Teste de Qui Quadrado. 2 Teste de Fisher. 3 Correção de Haldane. Fonte: Autores (2022).

A relação da análise inferencial das respostas das participantes no instrumento Abuse Assessment Screen e presença de sintomas depressivos de acordo com Inventário de Depressão de Beck pode ser visualizada na Tabela 3. Com relação à

pergunta se a paciente já foi maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo parceiro ou alguém importante, entre àquelas que responderam sim, 32 (52,5%) entrevistadas demonstram ter sintomas de depressão, enquanto 29 (47,5%) demonstram ter mínimo grau de depressão. Em relação àquelas que responderam em negativa a pergunta, 16 (34%) apresentam sintomas de depressão e 31 (66%) denotam mínimo grau de depressão. Assim, a razão de chances de uma paciente com sintomas de depressão responder afirmativamente à pergunta foi de 2,14 com um intervalo de confiança variando de 0,97 até 4,69 vezes na comparação com uma paciente sem depressão ($p=0,06$).

A respeito do questionamento se no último ano (12 meses) alguém havia batido, esbofeteado, chutado ou machucado fisicamente as entrevistadas, entre àquelas que responderam positivamente à pergunta, 1 (25%) demonstrou sintomas de depressão enquanto 3 (75%) apresentaram mínimo grau. Já as que responderam não, 47 (45,6%) manifestam sintomas de depressão e 56 (54,4%), sintomas mínimos. Dessa forma, a razão de chances de uma paciente com sintomas de depressão responder que sim à pergunta foi de 0,40 (0,04 – 3,95) na comparação com uma paciente sem sintomas de depressão ($p=0,63$).

Sobre a prática de atividades sexuais forçadas no último ano, 2 (100%) responderam sim e, destas todas demonstravam sintomas de depressão. Entre as entrevistadas que responderam não, 45 (43,7%) demonstraram sintomas de depressão enquanto 58 (56,3%), mínimo grau. A razão de chances de uma paciente com depressão responder que sim ao questionamento foi de 6,43 (0,30 – 137,24) na comparação com uma paciente sem sintomas de depressão ($p=0,20$).

Referente ao sentimento de medo do parceiro ou de alguém listado nos questionamentos, dentre as participantes que responderam que sim (8), 6 (75%) demonstram sintomas de depressão e 2 (25%) apresentam mínimo grau. Entre as mulheres que negaram a afirmativa, 38 (41,3%) tinham sintomas de depressão e 54 (58,7%) com mínimo grau. Dessa forma, a razão de chances de uma paciente com depressão responder que sim à pergunta foi de 4,26 (0,82 – 22,27) em relação com uma paciente sem sintomas ($p=0,13$).

4. Conclusão

A violência contra mulher, definida como qualquer ato de violência baseado no gênero que acarrete ou possa acarretar algum prejuízo ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher, é um tema atual que vem sendo discutido e investigado em divergentes áreas do conhecimento, cuja prevalência é alta e considerado como um problema de saúde pública e de violação de direitos humanos.

Este estudo teve a proposta de verificar se há alguma correlação entre violência contra mulher e níveis de ansiedade. Os resultados obtidos demonstram um elevado número de mulheres que responderam em afirmativo o questionamento a respeito de ter sofrido algum tipo de violência física ou emocional de parceiros ou pessoas importantes (56,5%). Além disso, foi constatado o elevado o número de mulheres que se enquadram em sintomas de depressão (44,4%), desde grau leve até grave. Entretanto, apesar dos resultados apresentarem relação entre violência emocional e/ou física e índice de depressão (52,5%), não foi possível afirmar que a associação apresenta uma relevância estatística, pois o valor de $p=0,06$ ($p>0,05$), além do intervalo de confiança da razão de chances ter o valor de 1 contido (0,97-4,69).

Observa-se então, a importância do preparo adequado dos profissionais de saúde das equipes de atenção primária para que, além da possibilidade da realização do diagnóstico precoce das situações, também possam direcionar a abordagem e possibilitar um acolhimento adequado, para que seja proporcionado uma assistência atenta, humanizada e resolutiva.

Dessa forma, percebe-se a necessidade de estudos futuros com maior amostragem entre esse público e realização de uma pesquisa comparativa entre Unidades de Atenção Primária, realização de perfis epidemiológicos para verificação da presença ou não de padrões, comparativos a despeito de modificações sobre o quadro antes, durante e depois da pandemia da covid-19. Ademais, sugere-se a realização de pesquisas com a finalidade de não só identificar e quantificar tais problemas de

saúde pública, mas também para identificar e viabilizar a aplicação de programas voltados para a assistência da mulher e a identificação de violência física ou emocional, com a participação de abordagem multidisciplinar, respeitando as particularidades de cada uma.

Referências

- Amaral, C., Letelier, C., Góis, I., & Aquino, S. (2001). *Dores Visíveis: violência em delegacias da mulher no Nordeste*. Fortaleza, Brasil: Edições EDOR/NEGIF/UFC.
- American Psychiatry Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)*. Artmed.
- Amaro, M. C. P., Andrade, S. M., & Garanhani, M. L. A. (2008). Atuação do Serviço de Saúde na Violência sob o Olhar de Lideranças Comunitárias de Londrina (PR). *Saúde e Sociedade*, 19 (2), 302-309. 10.1590/S0104-12902010000200007
- Adeodato, V. G., Carvalho, R. R., Siqueira, V. R., & Souza, F. G. M. (2005). Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Revista Saúde Pública*, 39 (1), 108-113. <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2005.v39n1/108-113/pt>
- Barkow, K., Heun, R., Ustün, T. B., Berger, M., Bermejo, I., Gaebel, W., Härter, M., Schenider, F., Rolf-Dieter, S., & Wolfgang, M. (2004). Identification of somatic and anxiety symptoms which contribute to the detection of depression in primary health care. *European Psychiatry*, 19 (5), 250-7. 10.1016/j.eurpsy.2004.04.015
- Braz, M., & Cardoso, M. H. C. A. Em contato com a violência: os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8 (1), 91-97. 10.1590/S0104-1169200000100013
- Day, V. P., Telles, L. E. B., Zoratto, P. H., Azambuja, M. R. F., Machado, D. A., Silveira, M. B., Debiaggi, M., Reis, M. G., Cardoso, R. G., & Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25 (suplemento 1), 9-21. 10.1590/S0101-81082003000400003
- Drezett J. *Aspectos biopsicossociais da violência sexual*. (2000). Novo Leon, México: Anais da Reunião Internacional Violência: Ética, Justiça e Saúde para a Mulher.
- Ellsberg, M., Peña, R., Herrera, A., Liljestrand, J., & Winkvist, A. (2000). Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. *Social Science & Medicine*, 51 (11), 1595 – 1610. 0.1016/s0277-9536(00)00056-3
- Goldberg, D. (1995). Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiologic Reviews*, 17 (1), 182-190. 10.1093/oxfordjournals.epirev.a036174
- Grossi, P. K. (1995). Violência contra mulher: Mitos e fatos. *Revista Educação*, 18 (29), 93-99.
- Heise, L., Ellsberg, M., & Gotemoeller, M. (1999). *Ending violence against women*. Baltimore, EUA: Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs.
- Oliveira, M. C. C., Ramos, A. L. B. M., Azevedo, N. de O., Alves, I. F. D., Pecorelli, D. G., Mendonça, G. J. M. G., Tissiani, A. A., & Deininger, L. de S. C. (2021). Análise da violência doméstica contra a mulher em tempos de pandemia da COVID-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13 (11), 2178-2091. 10.25248/reas.e9050.2021
- Reichenheim, M. E., Moraes, C. L., & Hasselmann, M. H. (2000). Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Revista de Saúde Pública*, 34 (6), 610-616. doi:10.1590/S0034-89102000000600008
- Rosenberg, M., & Fenley, M. A. (1991). *Violence in America: a public health approach*. Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.
- Saffioti, H. (1994). Violência de gênero no Brasil atual. *Revista Estudos Feministas*, (94), 443-461. 10.1590/%25x
- Schraiber, L. B., Oliveira, A. F., Junior, I. F., & Pinho, A. A. (2002). Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista Saúde Pública*, 36 (4), 470-7. 10.1590/S0034-89102002000400013
- Silva, M. A., Wendt, G. W., & Argimon, I. I. L. (2018). Inventário de Depressão de Beck II: Análises pela Teoria do Traço Latente. *Avaliação Psicológica*, 17 (3), 339-350. 10.15689/2018.1703.14651.07
- Veras, A. B., Rassi, A., Valença, A. M., & Nardi, A. E. (2006). Prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em uma amostra ambulatorial brasileira de mulheres na menopausa. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28 (2), 130-4. 10.1590/S0101-81082006000200005
- Weissman, M., & Olfson, M. (1995). Depression in Women: Implications for Health Care Research. *Science*, 2696 (5225), 799-801. 10.1126/science.7638596
- World Health Organization. (s.d.). *The world health report. Primary health care – now more than ever*. Geneva, Suíça: World Health Organization.