

## Associação entre a violência doméstica e a qualidade de vida das mulheres<sup>1</sup>

Kerle Dayana Tavares de Lucena<sup>2</sup>  
Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna<sup>3</sup>  
João Agnaldo do Nascimento<sup>4</sup>  
Hemílio Fernandes Coelho Campos<sup>4</sup>  
Elaine Cristina Tôres Oliveira<sup>5</sup>

**Objetivo:** analisar a associação entre a violência doméstica contra a mulher e qualidade de vida. **Método:** inquérito domiciliar de base populacional, do tipo transversal, realizado com mulheres acima de 18 anos, considerando um plano de amostragem estratificada por bairros. Para análise, foi verificada prevalência de violência doméstica e índice de qualidade de vida e utilizada regressão logística para determinação de associações, com nível de significância de 5%. **Resultados:** participaram desta pesquisa 424 mulheres que apresentaram prevalência de violência doméstica de 54,4% e índice de qualidade de vida de 61,59. Verificou-se, por meio de regressão logística, que a violência doméstica possui associação com a qualidade de vida das mulheres ( $p=0,017$ ). As variáveis observadas que influenciam a ocorrência de violência doméstica foram: domínio das relações sociais ( $p=0,000$ ), oferta de tratamento médico destinado às mulheres ( $p=0,019$ ) e segurança ( $p=0,006$ ). **Conclusão:** o estudo comprovou a evidência de associação entre a violência doméstica contra a mulher e qualidade de vida, situação que reafirma a importância de construir políticas públicas com enfoque na emancipação de gênero.

**Descritores:** Identidade de Gênero; Violência contra a Mulher; Qualidade de Vida.

<sup>1</sup> Artigo extraído da tese de doutorado "Violência doméstica contra a mulher e qualidade de vida", apresentada à Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.





<sup>2</sup> PhD, Professor Auxiliar, Núcleo de Ciências Humanas, Sociais e Políticas Públicas, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Professor Adjunto, Departamento de Nutrição, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Professor Adjunto, Departamento de Estatística, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

<sup>5</sup> MSc, Professor Auxiliar, Núcleo de Ciências Humanas, Sociais e Políticas Públicas, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

### Como citar este artigo

Lucena KDT, Vianna RPT, Nascimento JA, Campos HFC, Oliveira ECT. Association between domestic violence and women's quality of life. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2901. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1535.2901>. mês dia ano

URL

## Introdução

A violência doméstica, compreendida como sinônimo de violência contra a mulher, caracteriza-se como um fenômeno de múltiplas determinações em que se define qualquer ato baseado nas relações de gênero, que resulte em danos físicos e psicológicos ou sofrimento para a mulher<sup>(1)</sup>. Refere-se à hierarquia de poder, desejos de dominação e aniquilamento do outro e que pode ser utilizada algumas vezes, conscientemente, nas relações conjugais como mecanismo para subordinação da mulher ao parceiro<sup>(2)</sup>.

Esse tipo de violência contra a mulher apresenta distribuição social em todo o mundo, sendo apontada como um tipo de violência universal e praticada preeminentemente por parceiros ou pessoas muito próximas das mulheres<sup>(2)</sup>. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, em 2013, a violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo apresentou uma prevalência de 30,0%<sup>(3)</sup>.

No Brasil, de acordo com dados do Mapa da Violência 2015, a expressão da violência doméstica contra a mulher (VDCM), 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 252,0%. 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%)<sup>(4)</sup>.

Essa alta prevalência da violência contra a mulher, fenômeno reconhecido como um problema de saúde pública<sup>(5)</sup>, tem despertado o interesse da sociedade em virtude das graves consequências que podem acarretar na vida da mulher e do impacto direto sobre sua saúde, quando não chega a causar a morte decorrente das lesões e traumas físicos ou emocionais.

Sabe-se que a violência perpetrada contra as mulheres acompanha a humanidade em seu percurso histórico e apresenta diferentes conteúdos e formas nas diversas sociedades. Este tipo de violência se concretiza frequentemente no domínio privado, e o lar que em outras situações seria a referência de refúgio e proteção, nestes casos, configura-se como local privilegiado para a prática e a ocultação da violência. O risco de uma mulher sofrer algum tipo de agressão dentro da própria casa é maior que em outros grupos vulneráveis<sup>(6)</sup>.

Mesmo com elevada prevalência e risco de violência, a atenção em saúde ofertada às mulheres em situação de violência de gênero, ainda é insatisfatória<sup>(7)</sup>. Esta situação decorre da invisibilidade

do fenômeno em alguns setores, como os hospitais de urgência, que em sua maioria ainda não possuem instrumentos capazes de identificar o problema, evidenciando a predominância do modelo biologicista de assistência à saúde, cujo objeto de intervenção é o dano físico<sup>(8)</sup>.

Os dados sobre a VDCM no estado da Paraíba e no município de João Pessoa não estão organizados em um banco de dados que facilite o trabalho dos pesquisadores e oriente as autoridades a tomar decisões que possam prevenir e/ou minimizar os efeitos da violência contra a mulher. Além disso, os dados existentes na Secretaria de Segurança Pública do estado da Paraíba não coincidem com os dados existentes na Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa<sup>(9)</sup>.

Dessa forma, identificar quais fatores estão relacionados à violência contra a mulher, assim como aprofundar discussões acerca do impacto desse fenômeno, se torna imprescindível para nortear o planejamento de ações governamentais e para gerar indicadores de comparação entre as diversas comunidades, regiões e países. Para isso, são necessários estudos de investigação do evento nas comunidades com enfoque, sobretudo, sobre a sua influência na qualidade de vida (QV).

Adota-se neste estudo o conceito de QV definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) enquanto direito de cidadania, referente a soma das condições econômicas, ambientais, científico-culturais e políticas coletivamente construídas e postas a disposição dos indivíduos para que estes possam realizar suas potencialidades<sup>(10)</sup>.

Sabendo que o conceito de QV é dinâmico, amplo e subjetivo e que advém do somatório de fatores decorrentes da interação entre sociedade e ambiente, torna-se importante compreender como a violência doméstica afeta a QV das mulheres vitimizadas. Dessa forma, configura-se como problema de pesquisa o desconhecimento da associação entre a violência doméstica contra a mulher e a qualidade de vida.

Diante do exposto e observando a oportunidade de se conceber e experimentar modelos de decisão que possam dar visibilidade ao fenômeno da VDCM, auxiliando gestores no processo de tomada de decisão no âmbito da construção e implementação de novas políticas públicas eficazes no enfrentamento do problema, promovendo uma melhor qualidade de vida para as mesmas, o presente estudo teve como objetivo analisar a associação entre a violência doméstica contra a mulher e a qualidade de vida, evidenciando a influência de variáveis explicativas na ocorrência do fenômeno, considerando para isso o ajuste de um modelo de regressão logística.

## Método

Trata-se de um inquérito domiciliar de base populacional, do tipo transversal, realizado no município de João Pessoa-PB no período de agosto de 2013 a dezembro de 2015. A população foi composta por mulheres acima de 18 anos residentes no município cenário do estudo. Utilizou-se como critérios de inclusão desse estudo os domicílios da cidade de João Pessoa em que residam mulheres maiores de 18 anos. Foram considerados critérios de exclusão: domicílios com mulheres surdas-mudas; domicílios sem conformação familiar e os domicílios onde a mulher não possuía capacidade cognitiva para responder o questionário.

O plano amostral utilizado foi a amostragem estratificada por bairros da cidade de João Pessoa-PB. A população-alvo foi definida como sendo todos os domicílios da cidade, sendo a lista destes domicílios fornecida pela Prefeitura Municipal de João Pessoa considerando o ano de 2014 como referência. A seleção da amostra foi realizada segundo método de alocação ótima ao número de domicílios por bairro, considerando custo de seleção fixo para todos os elementos da população-alvo. Quadras em cada bairro foram percorridas pela equipe de pesquisadoras e foram incluídos na amostra todos os domicílios em que residiam mulheres.

Para o cálculo da amostra, considerou-se um número total de domicílios pertencentes a população-alvo (143.479), número total de bairros da grande João Pessoa (64), número de domicílios pertencentes ao bairro ( $h = 1, \dots, 64$ ), percentual de domicílios do bairro, número de domicílios da população-alvo da amostra, pertencentes ao bairro, variável de interesse (desfecho) para a mulher entrevistada no  $i$ -ésimo indivíduo selecionado no bairro (1= mulher do  $i$ -ésimo domicílio do bairro sofreu violência; 0= mulher do  $i$ -ésimo domicílio do bairro não sofreu violência), valor de referência populacional considerando tamanho da amostra<sup>(8)</sup>, admitindo-se um erro de 4,5% e um limite de confiança de 95%. Também foram consideradas eventuais perdas durante a execução do estudo (10%). Assim, o tamanho da amostra obtido foi de 403 domicílios, dos quais se entrevistou uma mulher de acordo com os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. No entanto, devido ao fato de vários pesquisadores estarem em campo, ao final da coleta foram obtidas 427 entrevistas.

A coleta de dados foi realizada por entrevistadoras que foram submetidas a um treinamento prévio e atenderam aos critérios de: ser estudantes universitárias da área da saúde e ter disponibilidade de no mínimo oito horas semanais para a coleta. As visitas foram

realizadas nos domicílios selecionados e a coleta de informação obtida após esclarecimento dos objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados, foram utilizados os instrumentos validados: *WHO VAW STUDY*<sup>(11)</sup> validado para estimar a violência de gênero contra a mulher e o *WHOQOL BREF* para avaliação da qualidade de vida<sup>(12)</sup>, além de um roteiro semiestruturado contendo informações sociodemográficas e econômicas (idade, estado civil, nível de escolaridade, raça/cor (autorreferida), presença de filhos, situação empregatícia).

O instrumento *WHOQOL-BREF* é composto por 26 questões, sendo duas sobre auto-avaliação da QV e 24 questões representando cada uma das facetas do *WHOQOL-100*. Para a composição das questões do *WHOQOL-BREF* foi selecionada a questão de cada faceta que apresentava a maior correlação com o escore médio de todas as facetas. Assim, o *WHOQOL-BREF* é composto por quatro domínios: Domínio 1 (Físico), Domínio 2 (Psicológico), Domínio 3 (Relações Sociais) e Domínio 4 (Meio Ambiente).

## Análise estatística

A análise e informações estatísticas foram obtidas com o auxílio do software estatístico R (versão 2.14.1). Realizou-se uma análise descritiva, a partir de frequências absolutas e relativas para as variáveis sociodemográficas e econômicas; VDCM e QV, além da média para as variáveis contínuas. Estimou-se a prevalência da VDCM e em seguida utilizou-se do método estatístico de regressão logística para identificar as variáveis associadas, uma vez que a variável resposta (desfecho) apresentada anteriormente é dicotômica, ou seja:

$$Y_i = \begin{cases} 1, & \text{se a } i - \text{ésima mulher entrevistada sofre violência doméstica;} \\ 0, & \text{caso contrário.} \end{cases}$$

Nesta etapa foi considerado um nível de significância de 10%. Para o ajuste do modelo final foi considerado um nível de significância de 5%.

Foi aplicado o teste geral (*Omnibus tests*) o qual evidenciou que as variáveis explicativas utilizadas no modelo podem calcular a probabilidade de ocorrência de VDCM (valor  $p < 0,0001$ ). Calculou-se em seguida o coeficiente  $R^2$  de Nagelkerke cujo valor foi 19% mostrando que, com estas variáveis explicativas, se atinge 19% da variabilidade total (escala de 0 a 100%). Esse valor sugere que pesquisas futuras incluam outras variáveis no modelo, uma vez que algumas variáveis foram excluídas pelo método *Stepwise*.

E por fim, foi utilizado o teste de Hosmer-Lemeshow (valor  $p = 0,095$ ), que neste caso, aceitou-se a hipótese

nula de que este modelo é compatível com os dados, ou seja, existe evidência suficiente para afirmar que as previsões obtidas com ele são estatisticamente iguais ao observado na realidade<sup>(13)</sup>.

### Aspectos éticos

Todas as mulheres participantes assinaram o TCLE depois de receberem explicações verbais e escritas a respeito do estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley e obteve sua aprovação sob CAAE de nº 20418813.0.0000.5183 em agosto de 2013.

### Resultados

A amostra foi constituída inicialmente por 427 mulheres, no entanto foram excluídos três questionários por não atenderem aos critérios de inclusão, perfazendo a análise de 424 mulheres que apresentaram média de idade de 35 anos. Foi observado, em relação as variáveis sociodemográficas e econômicas, que 56,0% das mulheres viviam com companheiro (36,0% casadas, 20,0% união consensual), 34,0% apresentavam o ensino fundamental completo, 48,0% das mulheres se autodenominaram brancas, 80,0% relataram possuir filhos e 70,0% referiram vínculo empregatício. Estimou-se uma prevalência global de VDCM de 54,4% e um índice de qualidade de vida (IQV) de 61,59 (escala de 0 a 100).

Na Tabela 1 é possível observar, após ajuste do modelo de regressão logística e aplicação do método *Stepwise*, que as variáveis consideradas significativas para explicar a probabilidade de ocorrência de violência doméstica foram avaliação da satisfação da QV, domínio 3 (relações sociais), necessidade de tratamento médico e sensação de segurança.

Observa-se na Tabela 1 que quanto maior a avaliação da satisfação da QV entre as mulheres, sua inserção em relações sociais e a sensação de segurança das mesmas, menor será a probabilidade de ocorrência de violência doméstica contra a mulher, sendo a avaliação da QV um fator de proteção quando considerado o desfecho. Ou seja, verificou-se que mulheres com avaliação da satisfação da QV aumentada apresentaram chance 6,0% menor de sofrer violência doméstica. Mulheres com inserção aumentada em suas relações sociais apresentaram chance 4,2% menor de sofrer violência doméstica e mulheres com sensação de segurança aumentada apresentaram chance 33,2% menor de sofrer violência doméstica.

Foi observado também que, quanto mais a mulher necessita de atendimento médico para tratamento da

saúde, maior será a probabilidade de ocorrência de violência, sendo a necessidade de tratamento um fator de risco relacionado ao desfecho. Em termos da razão de chance, verifica-se que uma mulher aumenta em 22,4% a sua chance de sofrer violência quando a avaliação da satisfação com a saúde diminui.

Após a utilização do Modelo de Regressão Logística, realizou-se a comparação entre grupos formados por mulheres que sofreram algum tipo de violência e grupo de mulheres que não sofreram algum tipo de violência, considerando os escores dos 4 domínios de qualidade de vida, bem como o IQV (função dos escores dos 4 domínios).

Para verificar a normalidade da distribuição dos dados da violência doméstica contra a mulher, aplicou-se os testes de Lilliefors e Shapiro-Wilks<sup>(13)</sup> e ao analisar o escore do índice geral de qualidade de vida (IQV) verificou-se para ambos os testes que existe evidência para afirmar que a distribuição do IQV é normal, porém a distribuição dos escores dos demais domínios não é normal, como apresentado na Tabela 2.

Dado que os testes de normalidade utilizados forneceram evidência de que a variável IQV possui distribuição normal, o próximo passo foi utilizar um teste t para comparar as médias do IQV referentes aos grupos das mulheres que sofreram violência e que não sofreram violência, respectivamente.

Em relação aos demais domínios, dado que os testes de normalidade utilizados forneceram evidência de que a distribuição dos escores destes domínios não possui distribuição normal, foi considerado o teste não paramétrico de Wilcoxon (Teste W) para avaliar se os dados de escores provenientes dos dois grupos não são homogêneos. Os resultados dos testes são apresentados na Tabela 3.

Os resultados dos testes de comparação de grupos evidenciam que, para todos os escores individuais dos domínios, bem como para o escore geral da qualidade, existe significância estatística de que há diferença entre os grupos de mulheres que sofreram e que não sofreram violência doméstica.

Ao observar o IQV foi possível verificar que a média deste escore é maior no grupo das mulheres que afirmaram não ter sofrido nenhum tipo de violência. Para os demais escores de domínios, a interpretação é análoga, porém como foi considerado um teste não-paramétrico, o que se pode afirmar é que os dois grupos são heterogêneos em relação a cada um dos escores.

Tabela 1 – Resultados do ajuste final da regressão logística considerando os escores dos 4 domínios de qualidade de vida. João Pessoa, PB, Brasil, 2015

Variáveis	Estimativas dos coeficientes	Erro padrão	p-valor	RC*	IC <sup>†</sup> 95%
Avaliação da satisfação da QV <sup>‡</sup>	-0,058	0,024	0,017	0,943	0,899-0,990
Domínio 3 (Relações sociais)	-0,041	0,009	0,000	0,960	0,943-0,977
Necessidade de tratamento médico	0,202	0,086	0,019	1,224	1,033-1,450
Sensação de segurança	-0,286	0,104	0,006	0,751	0,612-0,922
Intercepto	3,334	0,702	0,000	-	-

\*RC: Razão de Chances; †IC: Intervalo de confiança; ‡QV: Qualidade de vida.

Tabela 2 – Resultados dos testes de normalidade dos escores de qualidade de vida das mulheres que sofreram VDCM\* com as que não sofreram. João Pessoa, PB, Brasil, 2015

Variável	Lilliefors (teste KS)		Shapiro-Wilk	
	Valor da Estatística de teste	p-valor	Valor da Estatística de teste	p-valor
Escore Domínio 1 (Físico)	0,088	0,000 <sup>†</sup>	0,974	0,000 <sup>†</sup>
Escore Domínio 2 (Psicológico)	0,070	0,000 <sup>†</sup>	0,987	0,000 <sup>†</sup>
Escore Domínio 3 (Relações Sociais)	0,145	0,000 <sup>†</sup>	0,930	0,000 <sup>†</sup>
Escore Domínio 4 (Meio Ambiente)	0,087	0,000 <sup>†</sup>	0,982	0,000 <sup>†</sup>
IQV <sup>‡</sup>	0,031	0,390	0,997	0,431

\*VDCM- violência doméstica contra a mulher; †Associação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ); ‡IQV: Índice geral de qualidade de vida.

Tabela 3 - Resultados do teste de hipótese para comparação dos grupos de mulheres que sofreram VDCM\* com as que não sofreram. João Pessoa, PB, Brasil, 2015

Variável	Médias		p-valor
	Grupo 1 (mulheres que sofreram violência)	Grupo 2 (mulheres que não sofreram violência doméstica)	
Escore Domínio 1 (Físico)	65,33	70,59	0,0002 <sup>†</sup> (Teste W)
Escore Domínio 2 (Psicológico)	60,13	67,31	0,0000 <sup>†</sup> (Teste W)
Escore Domínio 3 (Relações Sociais)	64,71	75,37	0,0000 <sup>†</sup> (Teste W)
Escore Domínio 4 (Meio Ambiente)	48,23	53,90	0,0002 <sup>†</sup> (Teste W)
IQV <sup>‡</sup>	59,62	66,80	0,0000 <sup>†</sup> (teste t)

\*VDCM-Violência doméstica contra a mulher; †Associação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ); ‡IQV: Índice geral de qualidade de vida.

## Discussão

Pode-se constatar neste estudo que a violência doméstica é uma realidade de alta prevalência no cotidiano das mulheres que afeta a saúde e a qualidade de vida das mesmas. Esse resultado corrobora com os dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>(2)</sup> que evidenciaram a não existência de país ou cidade imune a violência. Em pesquisa pioneira que reuniu dados de 35 estudos em 24 países<sup>(14)</sup>, foi comprovada a alta incidência de violência de homens contra mulheres, sendo a forma mais endêmica a violência sexual e física de companheiros íntimos contra suas mulheres, o que reitera o fenômeno como um grave problema de saúde pública.

Salienta-se que as maiores taxas de identificação de VDCM podem estar relacionadas a sua maior transparência e menor aceitação, em virtude dos movimentos ativistas de enfrentamento da violência.

No entanto, apesar desse avanço, as mulheres ainda vivenciam em suas relações sociais do cotidiano, situações sociais e simbólicas veladas, que acometem a saúde psicológica, física, bem como a qualidade de vida.

Ao associar VDCM e QV constatou-se, através das evidências fornecidas pelo ajuste do modelo de regressão logística, que o domínio "relações sociais" foi estatisticamente significativo, ou seja, uma mulher que usufrui de uma rede de apoio social sofre menos violência doméstica quando comparadas aquelas que não apresentam inserção em suas relações sociais. O convívio social ligado a fatores de reciprocidade e solidariedade sustenta a base das relações sociais e sua ausência prejudica a qualidade da relação, aumentando a intolerância impressa na resolução de conflitos<sup>(15)</sup>.

Foi observado neste estudo que a busca por tratamento médico também obteve relevância estatística no que se refere à VDCM e sua influência na QV das mulheres. A VDCM possui um enfoque

diferenciado uma vez que é praticada por um agressor que possui relações íntimas com a vítima. O uso da força física e/ou constrangimento psicológico que se impõe a alguma mulher contra seus interesses, vontades e desejos, resulta em danos à saúde física e mental pela violação da dignidade humana em sua integridade<sup>(8)</sup>.

Estudo sobre qualidade de vida e presença de doenças como depressão, em mulheres que sofrem violência, revelou que a maioria das vítimas de agressão (72,0%) desenvolve um grau de depressão clínica significativa. A grande maioria das mulheres que vivenciam a violência (78,0%) também apresenta sintomas como ansiedade e insônia e aquelas que sofreram agressões (24,0%) iniciaram o uso de remédios ansiolíticos após o começo dos episódios<sup>(16)</sup>.

Um dado importante observado na mesma pesquisa é o fato de que 39,0% das mulheres que sofrem violência já cogitaram cometer suicídio, o que evidencia que a VDCM provoca efeitos como a má qualidade de vida e prejuízos para sua saúde mental<sup>(16)</sup>.

Neste estudo foi observado que a variável "segurança e a proteção" está envolvida com a VDCM e influencia a QV. Sabe-se que apesar da existência da Lei Maria da Penha, muitas mulheres não se sentem seguras e protegidas para denunciar o agressor. Essa insegurança se relaciona a dificuldade de reagir e verbalizar a violência, o temor pela própria segurança e dos filhos, a falta de controle sobre suas vidas, a esperança de que o agressor mude ou a disposição para proteger o parceiro seja por motivos econômicos ou afetivos<sup>(8)</sup>.

Estudo que analisou a trajetória de enfrentamento da violência percorrida por algumas mulheres mostrou que denunciar ou decidir romper com o silêncio diante da situação de violência apresenta aspectos facilitadores e dificultadores. Dentre os aspectos facilitadores estão incluídos atitudes pessoais, como sentimentos de exaustão e revolta e consciência do potencial risco de vida. Entre os fatores dificultadores, o medo, a culpa e a vergonha, além de entraves de cunho familiar, material e institucional<sup>(17)</sup>.

É importante destacar que os entraves de cunho institucional se referem a ineficiência do sistema em garantir a proteção da mulher diante de seu agressor, o despreparo e a burocracia do sistema jurídico e legal, o despreparo de profissionais de saúde para lidar com situações de violência e a falta de acompanhamento e de responsabilização<sup>(18)</sup>.

O saber instrumental que orienta as práticas profissionais está voltado para tratar, sobretudo, os danos físicos excluindo sentimentos e a subjetividade. Essa inadequação do saber instrumental constitui um

obstáculo para o desenvolvimento de um processo de trabalho em saúde que seja transformador da realidade.

Estudos de investigação nos serviços de saúde<sup>(18)</sup> sobre a VDCM, identificou que a expectativa da mulher ao buscar o serviço de saúde é de ser ouvida e acolhida, situação que dificilmente se efetiva. As justificativas se concentram em barreiras criadas no atendimento, seja por falta de tempo e de recurso, medo de ofender as mulheres, falta de qualificação ou mesmo frustração por não ter a resposta de muitas usuárias aos conselhos que recebem.

O fenômeno da VDCM é um dos grandes problemas de saúde pública, tendo em vista que apresentam íntima relação com a morbidade na população feminina. Estudo realizado na Colômbia verificou que a violência ocasionada por parceiro íntimo resultou em sintomas como dor crônica e eventos depressivos<sup>(19)</sup>. No Brasil, estudo realizado no Espírito Santo, verificou que mais da metade das mulheres que sofreram violência passaram a perceber seu estado de saúde, após evento traumático, como regular ou ruim, referiram sentir dor, sono inadequado e cansaço o tempo todo, se assustam com facilidade, ficam nervosas, tensas ou preocupadas e choram mais do que o costume<sup>(20)</sup>.

No tocante ao estado da Paraíba, no ano de 2013, este ocupou a oitava posição entre os estados brasileiros com maior incidência de mortes de mulheres por violência. Foi observado que 29,0% destas mortes ocorreram no domicílio<sup>(21)</sup>. Os Dados do Núcleo de Análise Criminal e Estatística (NACE) da Secretaria da Segurança e da Defesa Social (SEDS) do estado da Paraíba apontaram que nesse mesmo ano foram contabilizados 118 casos de homicídios femininos<sup>(22)</sup>. De acordo com o Centro da Mulher 8 de Março, desses 118 homicídios, 35 deles foram motivados pela violência doméstica.

Constata-se a partir das estatísticas encontradas no presente estudo que existe evidência de que a VDCM afeta direta e negativamente a qualidade de vida em diversos aspectos, pois interfere na saúde física e psicológica da mulher, na sociedade e suas relações sociais, trazendo consequências, também, para o sistema de saúde.

Considerando a complexidade da VDCM, passível de mudança significativa gradativamente ao longo das gerações, ressalta-se que qualquer mudança de comportamento envolve reflexão, questionamento em várias instâncias sociais (família, escola, trabalho, igreja, dentre outras). Essas mudanças na forma de pensar e agir podem ocasionar a formação de uma nova ordem social.

Mas ainda é preciso superar desafios que envolvem a VDCM. Entre as dificuldades para superar tais desafios



encontram-se os obstáculos para o seu diagnóstico, tais como os fatores de ordem cultural, a falta de orientação dos usuários e dos profissionais de saúde, sujeitos envolvidos que têm receio em lidar com os desdobramentos do fenômeno.

Infelizmente, apenas a igualdade de gênero não é suficiente para igualar socialmente as mulheres, mas, ela pode ser um começo para sua emancipação. Essas mulheres constituem a maior parte da demanda dos serviços públicos de saúde e é nesses locais que buscam o acolhimento e a atenção às suas necessidades em saúde.

O Estado, enquanto instância definidora das políticas públicas, deve articular as práticas profissionais em saúde a superestrutura social e a qualidade de vida. Esse enfoque requer a consideração da interdisciplinaridade e pressupõe o emprego de mecanismos e instrumentos necessários para sua consecução, entre os quais se encontram o Modelo de Tomada de Decisão.

A recorrência a tecnologias e soluções inovadoras oferece suporte ao processo de tomada de decisão em saúde pública, na planificação e desenvolvimento de políticas que buscam respostas efetivas, dirigidas à prevenção e/ou controle de danos à saúde, para o melhoramento da qualidade de vida das pessoas e das condições sociais das cidades. Essa recorrência tem-se intensificado, sobretudo depois da ampliação do conceito de saúde e da situação jurídico-política da condição de ser a saúde um direito do cidadão e um dever do Estado brasileiro.

Dentre as limitações observadas neste estudo, deve-se considerar que a temática é um desafio a ser enfrentado em virtude de fatores que podem contribuir para sua subestimação como: complexidade do tema, condição emocional das mulheres em situação de violência, habilidade do pesquisador e instrumento utilizado. No entanto, a associação da VDCM e a QV destaca-se como achado relevante e passível de utilização para cuidados na prevenção da saúde geral dessas mulheres.

## Conclusão

O estudo comprovou evidência de associação entre a violência doméstica contra a mulher e qualidade de vida, quando consideradas as seguintes variáveis explicativas: domínio das relações sociais e segurança e oferta de tratamento médico, as quais reafirmam a importância de se construir políticas públicas com enfoque na emancipação de gênero.

No que diz respeito à qualidade de vida, evidenciou-se a partir dos testes de hipóteses que o índice de qualidade de vida das mulheres que sofreram violência

doméstica foi menor (59,62) do que o índice das mulheres que relataram não sofrer violência doméstica (66,80).

No sentido de fomentar debates, despertar novos desdobramentos e possibilidades futuras, este trabalho apresenta o quanto potente pode ser o uso de novas estratégias e abordagens para discutir o problema da violência doméstica contra a mulher, associando-o a qualidade de vida.

## Referências

1. Garcia LP, Freitas LRS, Höfelmann DA. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. *Epidemiol Serv Saude*. 2013;22(3):383-94. doi: 10.5123/S1679-49742013000300003
2. Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Rev Soc Estado*. 2014;29(2):449-69. doi: 10.1590/S0102-69922014000200008
3. World Health Organization [Internet]. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013 [cited Dec 15, 2016]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf)
4. Barros EN, Silva MA, Falbo GH Neto, Lucena SG, Ponzo L, Pimentel AP. 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. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015. Homicídios de mulheres no Brasil. Brasília. [Internet]. 2015. [Acesso 15 out 2015]. Disponível em: [http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia\\_2015\\_mulheres.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf)
6. Santos AC, Santos MLM, Nascimento DDG. Violência intrafamiliar: caminhos para o enfrentamento na saúde pública. *Saúde em Redes*. 2015;1(2):21-30. doi: 10.18310/2F2446-4813.2015v1n2p21-30
7. Dias ARC, Machado C. Gênero e Violência conjugal - Uma relação cultural. *Análise Psicológica*. 2008;26(4):34-50.
8. Schraiber L, D'Oliveira AFPL, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Cienc Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1019-27. doi: 10.1590/S1413-81232009000400009
9. Lucena KDT, Silva ATMC, Moraes RM, Silva CC, Bezerra IMP. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa,

- Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(6):1111-21. doi: 10.1590/S0102-311X2012000600010
10. The WHOQOL Group. World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
11. Schraiber LB, Latorre MRDO, França Jr I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(4):658-66. doi: 10.1590/S0034-89102010000400009
12. Kluthcovsky ACGC, Kluthcovsky FA. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev Psiquiatr Rio Gd. Sul*. 2009; 31(3) suppl:1-12. doi: 10.1590/S0101-81082009000400007
13. Shapiro SS, Wilk MB. An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika*. 1965;52 (3-4):591-611. doi: 10.1093/biomet/52.3-4.591
14. Heise L. Gender-based abuse: The global epidemic. *Cad Saúde Pública*. 1994;10 Suppl 1:135-45. doi: 10.1590/S0102-311X1994000500009
15. Galheigo SM. Apontamento para se pensar ações de prevenção à violência pelo setor saúde. *Saude Soc*. 2008;17(3):181-9. doi: 10.1590/S0104-12902008000300018
16. Adeodato GV, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev Saúde Pública*. 2006;39(1):108-13. doi: 10.1590/S0034-89102005000100014
17. Leite FMC, Moura MAV, Penna LHG. Percepções das mulheres sobre a violência contra a mulher: uma revisão integrativa da literatura. *Av. Enferm*. 2013;31(2):136-43.
18. Silva AS, Lucena KDT, Deininger LSC, Coelho HFC, Vianna RPT, Anjos UU. Análise da violência doméstica na saúde das mulheres. *J Hum Growth Dev*. 2015;25(2):182-6. doi: <http://dx.doi.org/10.7322/JHGD.103009>
19. Medina NT, Erazo GEC, Dávila DCB, Humphreys JC. Contribution of intimate partner violence exposure, other traumatic events and posttraumatic stress disorder to chronic pain and depressive symptoms. *Ivest. Educ. Enferm*. 2011;29(2):174-85.
20. Leite FMC, Silva ACA, Bravim LR, Tavares FL, Primo CC, Lima EFA. Mulheres vítima de violência: percepção, queixas e comportamentos relacionados à sua saúde. *Rev enferm UFPE on line*. 2016;10(Supl. 6):4854-61. doi: 10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201618
21. Brasil. SIPS: Sistema de indicadores de percepção social. Tolerância social à violência contra as mulheres. Brasília. [Internet]. 2014. [Acesso 15 out 2015]. Disponível em: [http://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327\\_sips\\_violencia\\_mulheres.pdf](http://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327_sips_violencia_mulheres.pdf)
22. Governo da Paraíba. Secretaria de Administração. [Internet]. [Acesso 22 mar 2016]. Disponível em: <http://paraiba.pb.gov.br/administracao/>

Recebido: 12.3.2016

Aceito: 26.3.2017

Correspondência:

Kerle Dayana Tavares de Lucena  
Av. Juarez Távora, 2997, Apto. 401  
Bairro: Torre  
CEP: 58040-022, João Pessoa, PB, Brasil  
E-mail: kerledayana@gmail.com

**Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.