

Anne Caroline Luz Grütner da Silva

**VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO: o acompanhamento ao  
homem autor de violência**

Tese de Doutorado submetida ao  
Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva da Universidade Federal de  
Santa Catarina para a obtenção do  
Título de doutor em Saúde Coletiva  
Orientadora: Profa. Dra. Elza Berger  
Salema Coelho

Florianópolis  
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Anne Caroline Luz Grüdtner da  
Violência por Parceiro Íntimo : o acompanhamento ao  
homem autor de violência / Anne Caroline Luz Grüdtner da  
Silva ; orientadora, Elza Berger Salema Coelho -  
Florianópolis, SC, 2016.  
260 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós  
Graduação em Saúde Pública.

Inclui referências

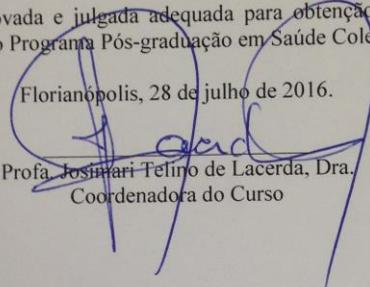
1. Saúde Pública. 2. Violência contra a Mulher. 3.  
Homem. 4. Maus-tratos Conjugais. 5. Gênero. I. Coelho,  
Elza Berger Salema. II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. III.  
Título.

Anne Caroline Luz Grütner da Silva

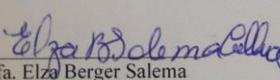
**VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO: O  
ACOMPANHAMENTO AO HOMEM AUTOR DE  
VIOLÊNCIA**

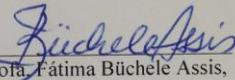
Tese aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de  
Doutor (a) e pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva

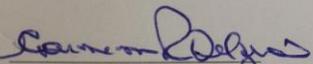
Florianópolis, 28 de julho de 2016.

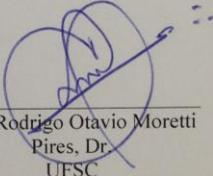
  
Prof. Josimari Telino de Lacerda, Dra.  
Coordenadora do Curso

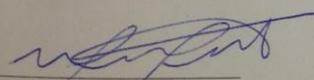
**BANCA**

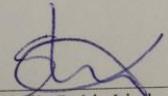
  
Prof. Elza Berger Salema  
Coelho, Dra.  
UFSC (Orientador)

  
Prof. Fátima Büchele Assis,  
Dra.  
UFSC

  
Prof. Carmem Regina Delziovo,  
Dra.  
Sec. Estadual de Saúde de Santa  
Catarina (SES/SC)

  
Prof. Rodrigo Otavio Moretti  
Pires, Dr.  
UFSC

  
Prof. Murilo dos Santos  
Moscheta, Dr.  
Univ. Estadual de Maringá  
(UEM)

  
Prof. Sheila Rubia Lindner, Dra.  
UFSC



À minha família, pelo apoio e incentivo.



## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade de desenvolver esta pesquisa e participar deste programa de doutorado.

À minha família, pelo apoio e incentivo, pois sempre motivaram minha caminhada e auxiliaram em tudo que podiam e no que não podiam. Em especial meu esposo, meus pais e meu irmão. Com vocês divido essa conquista.

À Elza, minha orientadora, que me conduziu nessa construção e colaborou para ampliar meus conhecimentos na área e em diferentes projetos durante o doutorado.

Aos professores e colegas do programa de pós-graduação, que além das sugestões e indicações sempre estiveram prontos a me auxiliar e discutir. Em especial à professora Sheila pelas correções e sugestões nos artigos.

Ao grupo de pesquisa “Saúde e Violência”, pelas sugestões e as muitas oportunidades de construção em grupo, aprendi muito com vocês. Em especial agradeço a Deise por sempre estar disposta a me auxiliar.

Aos membros da banca, pela disposição em contribuir para este trabalho, não só ao aceitar o convite mas também em outras oportunidades e momentos do doutorado em que tivemos oportunidade de discutir sobre o trabalho.

Aos funcionários da 6ª delegacia de Florianópolis e do Núcleo de Atendimento à Família e aos autores de Violência Doméstica - NAVAFD do Distrito Federal, que fizeram todos os esforços necessários para que a pesquisa fosse desenvolvida.

E aos homens atendidos no NAVAFD que aceitaram participar desta pesquisa, compartilhando um pouco de suas vivencias comigo.

Meu muito obrigada a cada um de vocês!



## RESUMO

Esta tese aborda a atenção a homens autores de violência por parceiro íntimo, que é compreendida como a que ocorre em uma relação íntima, referindo-se a qualquer comportamento que cause dano físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte da relação. Tem como objetivo analisar o acompanhamento realizado no programa de atenção a autores de violência por parceiro íntimo sob a ótica dos homens que perpetraram violência contra a parceira e dos profissionais que realizavam o atendimento. Foi realizado um estudo de caso no Núcleo de Atendimento à Família e aos autores de violência Doméstica - NAFVD, que atende a região do Distrito Federal (DF). Participaram 86 homens acompanhados pelo serviço no ano de 2015, e 7 profissionais que os atendiam. Para coleta dos dados foi utilizado o questionário *follow-up CDC (Centers for Disease Control and Prevention)*, adaptado neste estudo para utilização no Brasil. Os resultados são apresentados em forma de dois artigos; o primeiro sobre o perfil socioeconômico, o uso de álcool e a violência por parceiro íntimo entre os homens acompanhados no serviço de atenção a autores de violência. O segundo artigo discute as estratégias de enfrentamento da violência pelos homens acompanhados no NAFVD e as vulnerabilidades do programa. De acordo com os dados encontrados, 67,44% dos homens entrevistados finalizaram o relacionamento com a mulher que denunciou o abuso, 70,24% estudaram até o ensino médio, 79,07% possuíam renda mensal de até 3 salários mínimos e 55,82% bebiam com alguma regularidade. No período de acompanhamento 5 (cinco) homens cometeram violência psicológica contra a parceira, um agrediu fisicamente e 3 (três) psicologicamente a ex-parceira, e 15,12% (13) deles afirmaram violência física cometida pela parceira ou ex-parceira. A partir do acompanhamento no NAFVD os homens desenvolveram estratégias para enfrentamento da violência, como mudanças de atitude frente a violência e reflexões sobre questões de gênero. Entretanto foram percebidas vulnerabilidades no serviço: vínculo do serviço com o judiciário; a ausência de avaliações do programa e de educação continuada para os profissionais. Esses achados evidenciam que este tipo de acompanhamento pode auxiliar na prevenção da violência por parceiro íntimo contra a mulher, e reforçam a importância de organizar os programas de atenção a homens autores de violência no Brasil, incluindo avaliações sistematizadas dos efeitos.

**Palavras-chave:** Violência contra a Mulher. Homem. Maus-tratos Conjugais. Gênero. Questionários.



## ABSTRACT

This thesis addresses the attention to men whom committed intimate partner violence, which is understood as that which occurs in an intimate relationship, referring to any behavior that causes physical, psychological or sexual damage to those who are part of the relationship. It aims to analyze the monitoring conducted in the care program of the authors of intimate partner violence from the perspective of men who batter women and of the professionals working in the program. A case study was conducted in the Family Care and Authors of Violence Center - NAFAVD, which serves the region of the Federal District (DF). Participated 86 men accompanied by the service in 2015, and 7 professionals who attended them. For data collection was used the follow-up questionnaire CDC (Centers for Disease Control and Prevention), adapted for use in Brazil in this study. The results are presented in the form of two articles; the first one about the socioeconomic profile, the use of alcohol and intimate partner violence among men accompanied in the service of attention to authors of violence. The second article discusses the strategies to prevent violence by men accompanied in the NAFAVD and program vulnerabilities. According to the findings, 67.44% of men ended the relationship with the woman who reported the abuse, 70.24% studied until high school, 79.07% had a monthly income of up to 3 minimum wages and 55,82% drank on a regular basis. In the follow-up period five (5) men committed psychological violence against a partner, one physically attacked and three (3) attacked psychologically former partner, and 15.12% (13) of them reported physical violence by a partner or former partner. After participated of NAFAVD, men have developed strategies for combating violence, like attitude changes facing the violence and reflections on gender issues. However there were perceived vulnerabilities in service: service relationship with the judiciary; the absence of program evaluations and continuing education for professionals. These findings show that this type of monitoring can help prevent intimate partner violence against women, and reinforce the importance of organizing care programs to men who have used violence in Brazil, including of systematic assessments of its effects.

**Keywords:** Violence against Women. Men. Spouse Abuse. Gender Identity. Questionnaires.



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Representação Gráfica dos estágios recomendados para a Adaptação Transcultural. ....	83
---	----



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Cronograma da regulamentação da legislação em relação à violência contra as mulheres no Brasil .....62

Quadro 2 - Possíveis cenários em que alguma forma de adaptação Transcultural é necessária.....80

Quadro 3 - Serviços de Atenção a Homens autores de violência contra a mulher no Brasil, 2014.....88

### **Artigo 2**

Quadro 1 - Categorias e subcategorias da análise do acompanhamento dos homens autores de violência.....128



## LISTA DE TABELAS

### Artigo 1

Tabela 1 - Características socioeconômicas dos homens acompanhados pelo NAFVD em 2015, n=86, Brasília-DF.....105

Tabela 2 - Características do uso de álcool nos últimos 3 meses pelos homens acompanhados pelo NAFVD em 2015, n=86, Brasília-DF.106

Tabela 3. Violência por parceiro íntimo sofrida e cometida nos últimos 3 meses, de acordo com os homens atendidos no NAFVD em 2015, n=86, Brasília-DF.....107

### Artigo 2

Tabela 1 - Percepção das mudanças após a participação no NAFVD em 2015, n=86, Brasília-DF.....131



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATC - Adaptação Transcultural  
CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*  
CDM - Conselho dos direitos da Mulher  
CEDAW - Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher  
CEMA - Central de Medidas Alternativas  
CEPSH - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos  
CLAVES - Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli  
CNDM - Conselho Nacional dos Direitos da Mulher  
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
CORIAC - *Colectivo Hombres por Relaciones Igualitarias*  
CTS - *Conflict Tactics Scale*  
DEAM - Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher  
DF - Distrito Federal  
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis  
EUA - Estados Unidos da América  
Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz  
HAV - Homens autores de Violência  
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde  
MPDFT - Ministério Público do Distrito Federal e Territórios  
NAFAVD - Núcleo de Atendimento à Família e aos Autores de Violência Doméstica  
NEAH - Núcleo de Atendimento Especializado do Homem  
OEA - Organização dos Estados Americanos  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
ONG - Organização não-governamental  
ONU - Organização das Nações Unidas  
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde  
PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher  
PHRSV - *Programa de Hombres Renunciando a su Violencia*  
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem  
PNPM - Plano Nacional de Políticas para as Mulheres  
SC – Santa Catarina  
SciELO - Scientific Electronic Library Online  
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SPM - Secretaria de Políticas para as Mulheres  
Subsam - Subsecretaria para Assuntos da Mulher

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TJDFT - Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios  
UFSC- Universidade Federal de Santa Catarina  
VPI - Violência por Parceiro Íntimo  
WHA - *World Health Assembly*  
WHO- *World Health Organization*

## APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutorado, com o título “Violência por parceiro íntimo: o acompanhamento ao homem autor de violência”, foi organizada de acordo com o regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e estrutura-se em: introdução, objetivos, revisão de literatura, método e resultados.

Na introdução descrevemos a importância da atenção aos casais em situação de violência por parceiro íntimo (VPI). Abordamos a intervenção com homens, a necessidade de apontar essa violência numa perspectiva relacional, sem caracterizar vítimas nem agressores, e lançamos as perguntas de pesquisa que norteiam este projeto. A seguir são apresentados os objetivos da pesquisa.

A revisão de literatura se subdivide em definições de violência, violência por parceiro íntimo, violência de gênero, políticas públicas e a violência por parceiro íntimo, e atendimento a homens em situação de violência. Em definições de violência descrevemos definições e tipologias, além da importância da temática na área da saúde. A violência por parceiro íntimo apresenta prevalências, fatores associados e consequências da violência física, sexual e psicológica por parceiro íntimo - tema central desta tese. A violência de gênero refere-se a violência na perspectiva da masculinidade e feminilidade, evidenciando sua relação com a VPI. O item políticas públicas e a violência entre parceiros íntimos, refere-se às políticas na área da saúde relacionadas a este tipo de violência. E o tópico atendimento a homens em situação de violência apresenta as possibilidades de atenção aos autores de violência, as dificuldades e especificidades deste tipo de atenção.

O método da tese contextualiza a pesquisa, e é apresentado em duas partes, a primeira sobre as etapas da adaptação transcultural do questionário de acompanhamento CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*), e a segunda sobre o estudo de caso realizado no Núcleo de Atendimento à Família e aos Autores de Violência Doméstica - NAVAFD, utilizando este questionário.

Os resultados da tese são apresentados em forma de dois artigos. O primeiro descreve o perfil socioeconômico e as situações de violência vivenciadas pelos homens acompanhados no NAVAFD, o segundo discute as estratégias de enfrentamento da violência pelos homens e as vulnerabilidades do programa.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>29</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	29
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>31</b>
3.1 DEFINIÇÕES DE VIOLÊNCIA.....	31
3.2 VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO.....	37
3.3 VIOLÊNCIA DE GÊNERO.....	52
3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS E A VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO.....	61
3.5 ATENDIMENTO AOS HOMENS AUTORES DE VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO.....	69
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>79</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	79
4.2 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO.....	79
4.3 ESTUDO DE CASO.....	86
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>97</b>
5.1 ARTIGO 1.....	98
5.2 ARTIGO 2 .....	121
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>143</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>145</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>157</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>173</b>
<b>APÊNDICE C.....</b>	<b>195</b>
<b>APÊNDICE D.....</b>	<b>219</b>
<b>APÊNDICE E.....</b>	<b>223</b>
<b>APÊNDICE F.....</b>	<b>225</b>
<b>APÊNDICE G.....</b>	<b>229</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>233</b>
<b>ANEXO B .....</b>	<b>237</b>
<b>ANEXO C .....</b>	<b>239</b>
<b>ANEXO D .....</b>	<b>245</b>
<b>ANEXO E .....</b>	<b>249</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Ao analisar a mortalidade por causas externas, que incluem as mortes resultantes de violência, os homens apresentam índices mais elevados em relação às mulheres, independente do tipo de causa. Contudo, de acordo com os dados referentes à violência doméstica, as mulheres são as principais vítimas de seus familiares e os companheiros ou ex-companheiros os principais agressores. No levantamento dos casos de violência notificados no Brasil, 71,1% foram contra mulheres, sendo a violência doméstica a principal causa de morte e deficiência entre mulheres de 16 a 44 anos de idade, sendo responsável por mais mortes do que o câncer e acidentes de trânsito (BRASIL, 2010).

Entre as formas de violência, a de gênero, principalmente aquela praticada contra a mulher pelo parceiro íntimo, é uma das mais comuns. Sendo considerado um fenômeno complexo, este tipo de violência deixou de ser apenas um objeto da justiça, e passou a ser um problema para os serviços de saúde e tema de diversas pesquisas na área (FRANK et al, 2010; SCHRAIBER et al, 2012).

A violência por parceiro íntimo (VPI) se refere a qualquer comportamento dentro deste relacionamento que cause dano ao companheiro, podendo também ser praticada pelo ex-parceiro; compreendendo as violências física, psicológica, sexual, moral, patrimonial e comportamento controlador, sendo considerada violência de gênero (WHO, 2005).

No mundo, a proporção de mulheres que sofreram violência física praticada pelo parceiro íntimo varia de 6% na China, a 48% na Zâmbia e Peru (WHO, 2005). No Brasil, 25,9% das mulheres e 2% dos homens relataram ter sofrido violência física cometida pelo parceiro ou ex-parceiro (BRASIL, 2013).

Diversos países têm respondido à demanda por recursos legais, médicos e sociais para atender às mulheres em situação de violência doméstica e familiar, contudo o mesmo não ocorre em relação as intervenções com os homens autores de violência. Sendo necessário desenvolver metodologias de atendimento que considerem as diferentes questões culturais, e que busquem compreender as narrativas dos homens envolvidos (BEIRAS et al, 2012; LIMA e BÜCHELE, 2011; MEDRADO et al, 2011).

Há uma tendência de estudar mais a situação da mulher vítima de violência praticada pelo parceiro íntimo do que o parceiro autor da agressão e esta carência de informações sobre o autor da violência pode ser um importante limitador das políticas e intervenções para combater a

violência contra a mulher (CARRASCO-PORTIÑO, 2007). Incluir o homem como sujeito das pesquisas, permite conhecer as características da agressão, a percepção dos parceiros, detalhando o vínculo entre os envolvidos e evitando a reprodução de análises baseadas em vitimizações (FRANK et al, 2010; SILVA et al, 2014).

Ao pesquisar sobre intervenções voltadas para HAV nas políticas públicas brasileiras sobre violência contra as mulheres, Lima e Büchele (2011) encontraram apenas três referências. A primeira, *Violência Intrafamiliar: Orientações para a Prática em Serviço*, de 2001, recomenda a promoção de grupos de homens como caminho para a construção de formas alternativas de resolução de conflitos. A segunda está no mesmo documento e traz a seguinte informação “O atendimento a ser prestado às mulheres pelos serviços de saúde... para a prevenção de comportamentos violentos... deverão ser contempladas também atividades voltadas à reeducação de agressores...” (BRASIL, 2001a, p. 19). E a última, de 2008, aborda a necessidade de punição e responsabilização dos agressores/autores de violência, assim como a criação dos centros de educação e reabilitação para o agressor, como preconizado pela Lei Maria da Penha (BRASIL, 2007).

No âmbito da saúde, o atendimento a este grupo vai ao encontro da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que defende que para a integralidade na atenção à saúde do homem é necessária a visão sistêmica do processo da violência, não focando no seu papel de agressor, mas considerando os fatores que vulnerabilizam o homem à autoria da violência (BRASIL, 2008).

A Lei Nº 11.340, ou lei Maria da Penha (BRASIL, 2006), que é o principal instrumento jurídico de proteção e combate à violência doméstica e familiar contra a mulher no Brasil, aumentou os mecanismos de proteção às vítimas e incentiva a criação e promoção de centros de educação e reabilitação para agressores. Contudo a legislação brasileira não inclui questões sobre a organização e estrutura dos centros de atendimento aos HAV, nem sobre o que seriam as ações de educação e reabilitação (LIMA e BUCHELE, 2011).

Assim, as dificuldades para a criação e manutenção destes serviços no país incluem: políticas públicas ainda ineficientes, mudanças de gestão por questões políticas que interrompem serviços iniciados, desconhecimento sobre serviços similares para troca de experiências, necessidade de capacitação continuada, escassez de recursos e dificuldades de gestão (BEIRAS, 2014).

Além disso, a atenção a homens que cometem violência contra as mulheres é recente e este pode ser o motivo das dificuldades

enfrentadas por estes programas; como o abandono dos usuários, a ausência de suporte financeiro e a falta de reconhecimento. Contudo é no âmbito da avaliação que se encontra umas das maiores e principais carências destes programas, pois os efeitos da participação neles são pouco analisados (TONELI et al, 2010).

Considerando estas questões, este trabalho visa responder:

Quem são os homens que participam de um programa de acompanhamento a autores de violência por parceiro íntimo?

O acompanhamento a homens autores de violência por parceiro íntimo realizado em um programa possibilita a mudança de comportamento em relação a violência?



## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o acompanhamento realizado no programa de atenção a autores de violência por parceiro íntimo sob a ótica dos homens atendidos e dos profissionais.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil socioeconômico, o uso de álcool e as situações de violência por parceiro íntimo vivenciadas por homens acompanhados em um serviço de atenção a autores de violência;
- Compreender as estratégias de enfrentamento da violência pelos homens acompanhados por um programa de atenção a autores de violência por parceiro íntimo;
- Identificar as vulnerabilidades de um programa de acompanhamento a autores de violência por parceiro íntimo.



### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

Este capítulo apresenta os principais conceitos e assuntos relacionados ao tema principal da tese, sendo que esta revisão de literatura foi construída a partir da busca de artigos indexados em bases de dados, livros e trabalhos acadêmicos, além da legislação e políticas públicas relacionadas ao enfrentamento da violência por parceiro íntimo.

#### **3.1 DEFINIÇÕES DE VIOLÊNCIA**

O termo violência abrange diferentes conceitos e definições, sendo analisado por várias áreas e sob diferentes aspectos. Este tópico da revisão de literatura aborda as definições de violência dentro da área da saúde, destacando os tipos e grupos atingidos.

##### **3.1.1 Violência e Saúde**

A violência provavelmente sempre fez parte da vida humana, e seus impactos podem ser vistos em várias formas e em todas as partes do mundo. É um dos eternos problemas da teoria social e da prática política e relacional da humanidade; faz parte das relações humanas e sociais, e envolve o jogo de dominações e interesses alcançados por uso da força, da ameaça ou de agressões, simbólicas ou de confrontação física. Não se conhece nenhuma sociedade onde a violência não tenha estado presente (MINAYO, 1994).

De acordo com a filósofa alemã Hannah Arendt, a violência seria um instrumento para conquistar o poder, embora estes sejam fenômenos distintos. A violência não é animalesca nem irracional, e seria o último recurso para manter a estrutura de poder. A autora defende que a prática da violência, como toda ação, muda o mundo, mas que a mudança mais provável é para um mundo mais violento (ARENDR, 1985).

Assim, a violência é considerada um problema social e de saúde pública, que afeta a qualidade de vida e ameaça o desenvolvimento dos povos. A violência é um fenômeno que não distingue raça, idade, condição socioeconômica ou educação; e que atualmente atinge proporções epidêmicas, com ramificações na atenção a saúde (MARZIALE, 2004).

Por ser um fenômeno sócio-histórico, não é em si uma questão de saúde pública ou um problema médico típico, contudo afeta fortemente a saúde ao provocar morte, lesões, traumas físicos e inúmeros agravos mentais, emocionais e espirituais; diminuir a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; exigir uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; traz novos problemas para o atendimento médico preventivo e curativo; e evidencia a necessidade de uma atuação mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajado do setor, visando às necessidades dos cidadãos. Assim nos últimos anos o setor saúde incluiu o tema em sua pauta, consciente de que pode contribuir para sua discussão e prevenção (MINAYO, 2006).

Segundo Schraiber et al (2012) para pertencer à saúde e partilhar dessa competência na intervenção, o fenômeno da violência deve ser um objeto de conhecimento técnico-científico. Isso significa demonstrar a violência como questão tão importante a ponto de gerar políticas públicas para a intervenção conhecendo sua magnitude social, seus grandes números e certas regularidades de ocorrência populacional, o que representa a convergência dos propósitos da Saúde Pública com as raízes históricas da produção do conhecimento em violência.

De acordo com a OPAS (1994, p.5):

“A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países (...). O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social.”

Os óbitos devido à violência, tanto no mundo como no Brasil, além de serem um problema social trazem repercussões na saúde pessoal e coletiva. Os danos, lesões, traumas e mortes causados por acidentes e violências correspondem a altos custos emocionais e sociais. Causam prejuízos econômicos devido aos dias de ausência no trabalho, pelos danos mentais e emocionais causados nas vítimas e seus familiares, e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos. Ao sistema de assistência à saúde as consequências da violência levam a elevados gastos com estruturas pré-hospitalares, emergência, assistência e reabilitação, processos mais custosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais (MINAYO, 2006).

### 3.1.2 Conceitos de Violência

A complexidade da violência é caracterizada pela polissemia do seu conceito, sendo arriscado expor um conceito da palavra violência, pois ela pode ter vários sentidos, tais como: ataque físico, uso da força física, ameaça ou até mesmo um comportamento ingovernável (HAYECK, 2009; MINAYO e SOUZA, 1997/98).

Grande parte das dificuldades para conceituar a violência está no fato de ela ser um fenômeno da ordem do vivido, cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma carga emocional de quem comete, de quem sofre e de quem presencia (MINAYO, 2006).

A violência, para Santos (1996), seria a relação social caracterizada pelo uso real ou virtual da coerção, que impede o reconhecimento do outro, pessoa, classe, gênero ou raça, mediante o uso da força ou da coerção, provocando algum tipo de dano, configurando o oposto das possibilidades da sociedade democrática contemporânea.

Enquanto Minayo e Souza (1997/1998) buscam maior especificidade, e conceituam o termo como ações humanas de indivíduos, grupos, classes e nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual. E para Chaves, Ristum e Noronha (1998) a violência é compreendida como um problema de saúde pública e definida como qualquer ação intencional, perpetrada por indivíduo, grupo ou instituição, dirigida a outrem, que cause prejuízos, danos físicos, sociais e/ou psicológicos.

Neste sentido, a violência seria o uso intencional da força ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al, 2002). Essa definição associa intencionalidade com a prática do ato propriamente dito, independentemente do resultado produzido.

O Ministério da Saúde do Brasil publicou um conceito semelhante na Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências: consideram-se como violências ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprios e aos outros (BRASIL, 2001b).

Considerando estes conceitos, Minayo (2006) chama a atenção que ambos ressaltam o sentido da intencionalidade da violência, o que situa a violência no âmbito humano e mostra que é um fenômeno sobre o qual existe responsabilidade dos sujeitos individuais e coletivos,

uma vez que as ações violentas se realizam por meio das pessoas dentro de sua cultura. Essa historicidade cultural, segundo a autora, dá a esperança de que a violência pode e deve ser analisada, compreendida, objeto de intervenção direta e indireta, e ser superada.

### **3.1.3 Tipologia e Natureza da Violência**

Na resolução WHA49.25, a Assembleia Mundial da Saúde declarou a violência como um dos principais problemas de saúde pública, e solicitou que a OMS desenvolvesse uma tipologia que caracterizasse os diferentes tipos de violência, bem como os vínculos entre eles. Essa tipologia fornece uma estrutura útil para se compreender os complexos padrões de violência que ocorrem no mundo, bem como a violência na vida diárias das pessoas, das famílias e das comunidades. Contudo, tanto na pesquisa quanto na prática, as fronteiras entre os diferentes tipos de violência nem sempre são tão claras (WHA,1996).

A tipologia proposta indica três grandes categorias de violência, que correspondem às características daquele que comete o ato violento, e caracteriza o fenômeno a partir de suas manifestações empíricas. A violência poderia então ser auto-infligida, interpessoal ou coletiva (KRUG et al 2002).

A violência auto-infligida é subdividida em comportamentos suicidas e os auto-abusos. O primeiro caso contempla suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio. E o conceito de auto-abuso nomeia as agressões a si próprio e as automutilações.

A interpessoal é classificada em violência comunitária e violência familiar, esta inclui a violência entre parceiros íntimos e membros da família, principalmente no âmbito doméstico, mas não unicamente. Abrange as agressões contra homem ou mulher, crianças e idosos. A violência comunitária é aquela que ocorre no ambiente social geral e inclui a violência juvenil, atos aleatórios de violência, estupro ou ataque sexual por estranhos, bem como a violência em grupos institucionais, tais como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos.

E a violência coletiva seria expressa pelos atos violentos que acontecem nos âmbitos macrosociais, políticos e econômicos e caracteriza a dominação de grupos e do Estado. Nessa categoria estão os crimes cometidos por grupos organizados, os atos terroristas, os crimes de multidões, as guerras e os processos de aniquilamento de determinados povos e nações; além de ataques econômicos entre grupos e nações motivados por interesses de dominação (KRUG et al 2002).

A esta classificação Minayo (2006) acrescenta a violência estrutural, que se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e mantêm a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adulto-cêntrico sobre crianças e adolescentes. Esta violência ocorre sem a consciência explícita dos sujeitos, e se naturaliza na cultura, sendo a base da maioria dos tipos de violência citados anteriormente.

Os tipos de violência elencados pela OMS também são classificados quanto à natureza dos atos, que podem ser: de natureza física, sexual, psicológica ou que envolva privação ou negligência. Esses quatro tipos de atos violentos ocorrem em cada uma das grandes categorias antes descritas, exceto na violência auto-infligida (KRUG et al, 2002).

O abuso físico é o uso de força para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade em outrem. Enquanto o abuso sexual diz respeito ao ato ou jogo sexual que visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. O abuso psicológico inclui as agressões verbais ou gestuais utilizadas para aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou isolá-la do convívio social. E a negligência ou abandono inclui a ausência, recusa ou a deserção de cuidados necessários a alguém que deveria recebê-los (KRUG et al 2002).

Além desta classificação, a violência pode ser definida considerando a qual grupo ela é perpetrada, podendo ser cometida contra mulheres, homens, crianças, adolescentes e idosos, tendo características específicas de acordo com cada grupo. Neste trabalho será abordada a violência por parceiro íntimo e os conceitos envolvidos com este tipo de violência. Alguns termos utilizados para caracterizar a violência entre casais podem ser usados como sinônimos, no entanto podem guardar algumas diferenças importantes.

O termo violência doméstica é proveniente do feminismo dos anos sessenta e possui limitações por apresentar conotação social e espacial restringida por não contemplar a violência que pode ocorrer fora do ambiente doméstico, como por exemplo a violência nas ruas, urbana e no namoro, assim como em outras configurações de conjugalidade. O termo violência familiar ou intrafamiliar é derivado dos estudos de família, e é entendido de forma mais ampla por considerar crianças, irmãos, homens e idosos. Outros autores preferem utilizar o termo violência no casal para especificar um processo que pode acontecer antes, durante e depois do estabelecimento de uma

relação formal entre duas pessoas de sexos diferentes ou do mesmo sexo (CANTERA, 2007).

Não há consenso de qual termo utilizar no caso da violência nas relações afetivas, contudo neste trabalho será utilizado o termo violência por parceiro íntimo, que é utilizado pela OMS. As características deste tipo de violência serão abordadas no tópico a seguir.

## 3.2 VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO

Este estudo se propõe a investigar aspectos relacionados a violência por parceiro íntimo (VPI), portanto este tópico da revisão de literatura tem como objetivo apresentar os conceitos desta violência, sua prevalência, consequências e características dos casais envolvidos.

### 3.2.1 Conceitos de Violência por Parceiro Íntimo

Quando analisamos a mortalidade por causas externas, que incluem as mortes resultantes de violência, os homens apresentam índices mais elevados em relação às mulheres, independente do tipo de causa. Mas quando avaliamos os dados referentes à violência doméstica, as mulheres aparecem como as principais vítimas de seus familiares e os companheiros ou ex-companheiros como os principais agressores. No levantamento dos casos de violência notificados no Brasil, 71,1% foram contra mulheres, sendo a violência doméstica a principal causa de morte e deficiência entre mulheres de 16 a 44 anos de idade, sendo responsável por mais mortes do que o câncer e acidentes de trânsito (BRASIL, 2010).

Violência por parceiro íntimo se refere a qualquer comportamento dentro deste relacionamento que cause dano ao companheiro, podendo também ser praticada pelo ex-parceiro. Inclui a violência cometida tanto na unidade doméstica como em qualquer relação íntima de afeto, independente de coabitação; compreendendo as violências física, psicológica, sexual, moral, patrimonial e o comportamento controlador (BRASIL, 2006; WHO, 2005).

A violência no casal é entendida por Cantera (2007) como um comportamento conscientemente hostil e intencional que causa dano físico, psíquico, jurídico, econômico, social, moral ou sexual. Atua contra a liberdade e o direito da pessoa, sendo um tipo de violência complexa, ampla e com diversas facetas que envolvem relações de poder, força física, controle e desigualdade, ideologias, entre outros.

Compreende as violências física (estapear, socar, chutar, puxar o cabelo, queimar, surrar), psicológica (intimidação, constante desvalorização e humilhação), sexual (relações sexuais forçadas, toques e carícias não desejados), moral (injúria, calúnia, difamação), patrimonial (destruição, venda ou furto de objetos pertencentes à vítima) e o comportamento controlador (como isolar a pessoa de sua família e amigos, monitorar seus movimentos e restringir seu acesso às informações ou à assistência) (BRASIL, 2006; KRUG et al, 2002).

No artigo 7º da lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) são listadas as formas de violência doméstica e familiar contra a mulher:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição, contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006).

De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005), a violência perpetrada pelo homem contra a companheira pode ser classificada em quatro tipos:

- Violência Física, que inclui esbofetear, jogar algo, bater com o punho ou outro objeto, chutar, arrastar, empurrar, espancar, queimar ou utilizar uma arma contra a mulher;
- Violência sexual, que é definida por ser forçada fisicamente a ter relações sexuais contra a vontade, manter relações sexuais por medo da atitude do parceiro, ou ser forçada a fazer algo sexual que lhe desagrade ou humilhe;
- Violência Psicológica, que inclui ser insultada, menosprezada ou humilhada na frente de outras pessoas, ser ameaçada ou intimidada;
- Comportamento controlador, caracterizado por restringir o contato da companheira com os familiares e amigos, insistir em saber a localização da companheira constantemente, ignorar ou tratar a mulher com indiferença, ficar com raiva quando a companheira fala com outro homem, acusar a mulher de infidelidade e controlar seu acesso aos cuidados de saúde.

Os atos de violência física são classificados, segundo a OMS (1998), de acordo com sua gravidade em:

- Ato Moderado: ameaças não-relacionadas a abusos sexuais e sem uso de armas; agressões contra animais ou objetos pessoais e violência física (empurrões, tapas, beliscões, sem uso de instrumentos perfurantes, cortantes ou que causem contusões);
- Ato Severo: agressões físicas que causem lesões temporárias; ameaças com arma; agressões físicas que causem cicatrizes, lesões de caráter permanente, queimaduras e uso de arma.

No estudo WHO *Multi-country study on Women's Health and Domestic Violence against Women*, a gravidade da violência física foi classificada de acordo com a probabilidade de causar lesões físicas. Receber um tapa ou empurrão foi definido como ato moderado.

Enquanto ser atingido por um soco, chutado, arrastado, ameaçado com arma ou o seu uso, foram classificados como violência física severa (WHO, 2005).

É possível distinguir tipos distintos de violência por parceiro íntimo, que devem ser considerados no momento de abordar as situações de violência. A violência é caracterológica (*characterological*) quando violência emocional e psicológica severas são usadas para dominar, controlar e manipular o parceiro. Autores deste tipo de violência são propensos a apoiar e expressar atitudes a favor da violência e podem apresentar personalidade antissocial ou limítrofes. Violência situacional compreende a agressão física entre os parceiros, com atos de violência menos severos (como empurrar, agarrar, entre outros) que são recíprocos e ocorrem com pouca frequência. Também inclui abuso psicológico, mas em menor frequência do que na caracterológica, mas sem comportamento controlador. Tende a ocorrer como resultado de conflitos difíceis de resolver e que se agravam e chegam a agressão física (FRIEND et al, 2011).

Ao rever estudos sobre violência doméstica, Johnson e Ferraro (2000) identificaram quatro grupos principais de violência conjugal:

- a) violência conjugal comum: esse tipo de violência não está ligada a um padrão de controle e ocorre de forma pontual, no contexto de uma discussão específica onde um parceiro ou ambos agredem fisicamente o outro. Esse tipo de violência tem uma baixa frequência entre parceiros e geralmente não progride para outros tipos, não envolve violência severa, e costuma ser mútua.
- b) terrorismo íntimo: a violência é uma tática em um padrão controlador, e é motivada pelo desejo de exercer total controle sobre o parceiro. Envolve mais episódios que a violência conjugal comum, tende a progredir com o tempo, dificilmente é mútua, e a levar a lesões mais graves. O que a distingue é o padrão de comportamentos violentos e não violentos que indicam uma busca por controle. Além disso, muitas vezes inclui violência psicológica.
- c) resistência violenta: quando a vítima de violência doméstica, geralmente a mulher, ao sentir-se agredida responde ao agressor de forma violenta.
- d) controle violento mútuo: neste padrão tanto o homem quanto a mulher são controladores e violentos, os parceiros disputam o controle. Esta situação é rara e pouco conhecida.

Esta classificação evidencia que qualificar todos os envolvidos na

violência por parceiro íntimo em vítima e agressor é limitante, salientando a importância de entender este tipo de violência como relacional. No presente estudo, serão analisadas tanto as violências perpetradas quanto sofridas dentro do relacionamento íntimo, observando se elas foram em resposta ao comportamento do parceiro.

É importante destacar que a violência entre parceiros também ocorre nas relações homossexuais, sendo um problema sério e tão prevalente quanto a violência doméstica heterossexual, apresentando-se de forma semelhante nos dois tipos de relacionamento. Contudo o preconceito contra homossexuais afeta a violência doméstica entre este grupo de diversas maneiras. O parceiro que é vítima de violência pode ter dificuldade em encontrar apoio externo, tanto por parte de sua família, quanto por parte de instituições e grupos especializados no enfrentamento à violência doméstica. Além disso, alguns mitos afetam a forma de atenção a este grupo, entre eles que a agressão é sempre cometida por um homem contra sua parceira mulher, e os homossexuais têm mais facilidade em terminarem seus relacionamentos do que casais heterossexuais (NUNAN, 2004).

Há certos tipos de VPI mais comuns que outros, ou mais facilmente percebidas. Embora a violência física geralmente seja mais evidente, a psicológica apresenta alta prevalência, inclusive quando analisados os abusos perpetrados pelas mulheres contra seus companheiros. No próximo tópico vamos discutir a prevalência da VPI no mundo e no Brasil, observando que embora em menor número, os homens também sofrem este tipo de violência.

### **3.2.2 Prevalência de Violência entre Parceiros Íntimos**

A violência por parceiro íntimo acomete homens e mulheres, porém em magnitude diferente, como pode-se observar nos levantamentos realizados no mundo e no Brasil. Sendo que em alguns tipos de violência, como a sexual, a diferença é mais evidente.

De acordo com a OMS, ao considerar 48 estudos realizados em todo o mundo, entre 10% e 69% das mulheres foram agredidas pelo parceiro (KRUG et al, 2002). Schraiber e D'Oliveira (1999), ao pesquisarem estudos sobre o tema, encontraram que no Canadá 25% das mulheres haviam sido atacadas fisicamente pelo companheiro atual ou anterior. Na Colômbia 20% das mulheres haviam sofrido violência física, 33% psicológica e 10% haviam sido estupradas pelo marido. No Chile, 60% das mulheres entrevistadas foram abusadas pelo

companheiro, enquanto na Nicarágua 52% relataram violência física e nos Estados Unidos 28%.

Em muitos casos a mulher sofre vários tipos de violência concomitantemente, de acordo com Moura et al (2009) 31,3% das mulheres sofrem simultaneamente violência física, psicológica e sexual perpetradas pelo parceiro íntimo. Segundo Abrahams et al (2006), 49,3% dos homens entrevistados relataram usar mais de um tipo de violência contra a parceira. No estudo de Krobauer e Meneghel (2005), 52% das mulheres sofreram dois tipos de violência e 12% três tipos.

De acordo com pesquisa realizado nos Estados Unidos, 4,6% dos 420 homens entrevistados sofreram violência cometida pela parceira no ano anterior, 10,4% nos cinco anos anteriores e 28,8% em algum momento da vida (REID et al, 2008).

Nos Estados Unidos aproximadamente uma em cada 10 mulheres foi estuprada pelo parceiro, e aproximadamente 16,9% das mulheres e 8% dos homens sofreram algum outro tipo de violência sexual perpetrada pelo parceiro ou parceira durante a vida. Estas informações foram obtidas na Pesquisa Nacional sobre Violência por Parceiro Íntimo e Sexual, realizada no país em 2010, por telefone, com uma amostra randomizada dos americanos e hispânicos que falavam inglês, com mais de 18 anos de idade. De acordo com a pesquisa, 24,3 % das mulheres sofreram violência física severa em comparação a 13,8% dos homens. Quanto a violência psicológica 48,4% das mulheres e 48,8% dos homens vivenciaram pelo menos um ato deste tipo de violência cometido pelo parceiro durante a vida. E quando analisado apenas nos últimos 12 meses, 18,1% dos homens e 13,9% das mulheres afirmaram ter sofrido agressão psicológica cometida pelo parceiro (BREIDING et al, 2014).

Estudo realizado no Canadá, com mais de 25.000 entrevistados estratificou os tipos de violência (física, coerção sexual e emocional) pelo sexo e apresentou os seguintes resultados: a violência física, coerção sexual e violência emocional para mulheres foi de 8,6%, 1,7% e 19,3% respectivamente. Para os homens esse percentual foi de 7,0% para violência física, 0,2% para coerção sexual e 18,8% para violência emocional (ROMANS et al, 2007).

No Brasil, uma em cada cinco mulheres foi agredida pelo menos uma vez na vida; e em 56% destes casos, o marido ou companheiro foi o agressor. No ano de 2000, no município de São Paulo, 586.248 mulheres sofreram algum episódio de violência psicológica; 260.206 alguma forma de violência física e 87.780

mulheres violência sexual cometida pelo parceiro íntimo (SCHRAIBER et al, 2007; VENTURI et al, 2001).

Entre 1998 e 2005, a violência sexual por parceiro apresentou uma prevalência global de 8,6% na população urbana brasileira, com significativa predominância entre as mulheres (11,8% *versus* 5,1%;  $p < 0,001$ ). De acordo com esta pesquisa, que foi realizada com 5.040 pessoas, uma a cada dez mulheres relatou pelo menos uma ocorrência na vida, sendo 2,2 vezes mais frequente do que entre os homens (SCHRAIBER et al, 2008).

Em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, 25,4% dos homens relataram ter usado violência física, pelo menos uma vez, contra a parceira; e 17,2%, violência sexual. A violência psicológica foi a forma mais relatada, sendo que 38,8% deles insultaram, humilharam ou ameaçaram, pelo menos uma vez, a parceira. De acordo com o estudo, 51,4% dos homens entrevistados usaram, pelo menos uma vez, algum tipo de violência contra a parceira íntima; e cada respondente utilizou em média 2,3 formas de violência (NOOS, 2003).

Em 2009, no Brasil, 25,9% das mulheres e 2% dos homens relataram ter sofrido violência física cometida pelo parceiro ou ex-parceiro. Estes dados foram obtidos na PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) e quando analisados considerando a região do país, as maiores porcentagens entre as mulheres foram nas regiões Nordeste e Sul, com 29,1% e 28,5% respectivamente. E entre os homens nas regiões Nordeste e Sudeste com 2,1% em ambas as regiões (DIEESE, 2011).

Das 75.633 notificações de mulheres que sofreram algum tipo de violência no Brasil, registradas no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) entre 2009 e 2010, 17,5% foram vítimas do cônjuge e 5,5% dos ex-parceiros. Entre os homens vítimas de violência, 2,7% dos 38.010 casos notificados foram vítimas da parceira e 0,7% da ex-parceira. Quando observados os dados referentes a violência doméstica contra idosos (maior de 60 anos de idade), entre as 2.981 notificações de violência contra mulheres, 11,2% foram cometidas pelo cônjuge e 1,7% pelo ex-parceiro; entre as vítimas do sexo masculino esses valores foram de 4,2% e 0,7%, respectivamente (BRASIL, 2013).

Das 1.070 vítimas do sexo feminino atendidas devido a violência, nos serviços sentinelas de urgência e emergência em 24 capitais e no Distrito Federal nos meses de setembro e outubro de 2011, 30,49% foram agredidas pelo companheiro ou ex-companheiro. No mesmo período, dos 2.968 homens atendidos, 4,56% foram vítimas de violência perpetrada pelo parceiro ou ex-parceiro (BRASIL, 2013).

Em estudo transversal de base populacional sobre violência física contra o parceiro, realizado no município de Florianópolis, sofrer violência física apresentou prevalência de 16,1% para os homens e de 17,5% para as mulheres, sendo esta diferença estatisticamente significativa. De acordo com a pesquisa, ao analisar os atos de violência, percebeu-se que tanto levar um tapa ou ser alvo de um objeto arremessado pelo companheiro quanto receber um tranco ou chacoalhão não diferiram estatisticamente entre os dois sexos, mas diferenças maiores foram observadas na prevalência de violência física grave (8,5% das mulheres e 5,7% dos homens), sendo que uma em cada 15 mulheres recebeu um soco ou foi machucada com algum objeto pelo companheiro, e entre os homens esta relação foi de um para 26. Para os outros atos de violência grave, as mulheres apresentaram medida percentual maior que os homens, sendo maior a diferença quanto mais grave o ato (LINDNER et al, 2015).

Pode se perceber que embora os homens também sofram violência perpetrada pela companheira, sua prevalência é bem menor quando comparado as mulheres. Geralmente a violência psicológica é a mais perpetrada contra os dois grupos, chama a atenção que os ex-parceiros aparecem como autores da violência e que os diferentes tipos de violência aparecem de forma concomitante. Dando continuidade a este tema, o próximo tópico aborda as consequências da VPI.

### **3.2.3 Consequências da Violência por Parceiro Íntimo**

A violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro tem sido relacionada a uma série de resultados na saúde, tanto imediatos quanto em longo prazo. Reflete-se no aumento das taxas de suicídio, uso de álcool e outras drogas, ocorrência de problemas de saúde; como cefaleias e distúrbios gastrointestinais, além do sofrimento psíquico devido a incapacidade da mulher em enfrentar a situação. Também está associada à saúde reprodutiva, como no caso de gravidez indesejada, dor pélvica crônica, doença inflamatória pélvica e doenças sexualmente transmissíveis (SCHRAIBER et al, 2002).

Haveria ainda, doenças de ocorrência tardia, como artrite, problemas cardíacos e hipertensão. Além disso, mulheres que sofreram violência perpetrada pelo parceiro apresentam mais casos de asma, síndrome do intestino irritável, diabetes e problemas de saúde mental, quando comparado com mulheres que não vivenciaram este tipo de violência (BREIDING et al, 2014; SILVA, 2003).

O fato de ter um histórico de ser alvo de violência coloca a mulher em risco crescente de: depressão; tentativas de suicídio; síndromes de dor crônica; distúrbios psicossomáticos; lesão física; distúrbios gastrintestinais; síndrome de intestino irritável; e diversas consequências na saúde reprodutiva. E quando perpetrada durante a gravidez, a violência tem sido associada a: aborto espontâneo; início tardio do cuidado pré-natal; natimortos; parto e nascimento prematuros; lesão fetal; e baixo peso ao nascer, uma das principais causas de morte infantil nos países emergentes (KRUG et al, 2002).

A ocorrência de VPI também produz sofrimento para os homens, entretanto estudos observaram que a agressão contra o homem é desencadeada após algum ato de violência cometido por ele contra a companheira, e nestas situações os homens são agredidos com menor crueldade e gravidade do que as mulheres são atingidas por eles. Além disso, mesmo que alguns homens possam ser humilhados, desqualificados e agredidos física e verbalmente por uma mulher, é difícil imaginá-los permanentemente aterrorizados ou devastados em sua autoestima (ALVES e DINIZ, 2005; DEEKE et al, 2009).

Homens e mulheres que sofreram violência perpetrada pelo parceiro são mais propensos a relatar dores de cabeça frequentes, dor crônica, dificuldade para dormir, limitações nas atividades, e saúde física mais debilitada quando comparado aos que não sofreram este tipo de violência (BREIDING et al, 2014).

Em estudo transversal com 477 homens usuários de serviços de atenção primária em São Paulo, observou-se forte associação entre a presença de qualquer queixa/diagnóstico psicológico e sofrer violência ( $p < 0,001$ ); 87,9% dos prontuários com essa queixa eram de homens que referiram ter sofrido alguma forma de violência, principalmente violência física e/ou sexual recorrente. Os tipos de queixas/diagnósticos psicológicos associados à violência sofrida foram: depressão, nervosismo/ansiedade, raiva/irritabilidade alta e insônia/ distúrbio de sono (ALBUQUERQUE et al, 2013).

Ao analisar a associação entre violência por parceiro íntimo e problemas de saúde entre homens, Rhodes et al (2009) encontraram que homens que perpetraram ou sofreram VPI apresentavam maiores níveis de sintomas relacionados a saúde mental, e taxas mais altas de tabagismo, abuso de álcool, e uso de drogas.

Embora haja evidências de que as mulheres participam da violência conjugal, há poucos indícios de que sujeitem os homens ao mesmo tipo de violência que sofrem. Além disso, as consequências da

violência de gênero são diferentes para homens e mulheres, bem como os motivos que levam as pessoas a praticá-la.

Estudos realizados no Canadá e nos Estados Unidos mostraram que as mulheres têm maior probabilidade de serem machucadas durante as agressões por parceiros íntimos do que os homens, e que as mulheres sofrem formas mais graves de violência. No Canadá, as vítimas femininas da violência de gênero estão três vezes mais sujeitas a lesões, cinco vezes mais sujeitas a receber assistência médica e cinco vezes mais sujeitas a temer por suas vidas do que as vítimas masculinas. Nas situações em que ocorre a violência praticada por mulheres é mais provável que ela seja uma forma de autodefesa (KRUG et al, 2002).

Então mesmo que homens e mulheres sejam potenciais agressores domésticos nas relações afetivas, e com taxas aproximadas de incidência de tais comportamentos em ambos os sexos, cabe ressaltar que a violência por parte dos homens sobre as mulheres tem, por norma, consequências mais graves, podendo causar danos físicos severos e também motivar sintomatologia depressiva (HOLTZWORTH-MUNROE, 2000).

As consequências da VPI afetam tanto homens quanto mulheres, e se expressam por diferentes agravos à saúde, incluindo problemas na saúde reprodutiva e sintomas psicológicos. E embora a saúde de ambos sofra efeitos da violência, os estudos chamam a atenção que entre as mulheres esses são mais graves. No próximo tópico serão abordados os fatores de risco para este tipo de violência.

### **3.2.4 Perfil dos Casais e Fatores de Risco para Violência por Parceiro Íntimo**

A violência por parceiro íntimo atinge casais com diferentes características, e para auxiliar no enfrentamento deste fenômeno, as pesquisas buscam analisar diversos fatores socioeconômicos que poderiam influenciar na ocorrência ou não deste tipo de violência.

Os estudos sobre VPI demonstram que as mulheres que são vítimas comumente apresentam baixa escolaridade, são tabagistas, fazem uso de álcool, têm história de violência na família, são desempregadas ou do lar, e dependem economicamente do parceiro (MARINHEIRO et al, 2006; OLIVEIRA et al, 2009).

A baixa escolaridade, o aprofundamento das desigualdades sociais e o uso de álcool e de substâncias ilícitas parecem exacerbar a magnitude da violência, e colocar mulheres economicamente segregadas em situação de maior vulnerabilidade a violência. A violência contra a

mulher tem sido associada ao acesso assimétrico às oportunidades, principalmente aquelas relacionadas à inserção e estabilidade no mercado de trabalho e ao sistema educacional (MOURA et al, 2009).

De acordo com Pasinato e Santos (2008), no Brasil não há estudos que mostram o perfil nacional das mulheres que buscam atendimento nas delegacias da mulher. Ao analisarem diversos estudos sobre o tema, as autoras chegaram à conclusão que geralmente as mulheres têm entre 19 e 34 anos de idade, baixo nível de escolaridade, baixa qualificação profissional e baixa remuneração, atuando principalmente no comércio, no setor de limpeza ou como donas de casa. De acordo com a análise conduzida por Leôncio et al (2008), a partir de boletins de ocorrência, a maioria das mulheres apresentam mais de 35 anos, são da raça branca, possuem ensino fundamental completo e quase metade das vítimas são solteiras.

De acordo com estudo multicêntrico realizado pela Organização Mundial de Saúde (KRUG et al, 2002), homens mais jovens e com baixos salários estariam mais propensos a cometer algum tipo de violência contra a parceira. Outros fatores, como o baixo grau de escolaridade, pobreza na infância e adolescência, depressão, alcoolismo, e ter testemunhado ou sofrido violência na infância, também poderiam estar relacionados. Haveriam ainda fatores relativos a comunidade onde o casal vive; como fracas sanções contra a violência doméstica, pobreza, baixo capital social, e taxas de outros tipos de violência.

Estudos mostram que algumas variáveis relacionadas ao perfil do companheiro também estão significativamente associadas à violência contra a parceira; como idade, anos de estudo, ocupação, uso de álcool e histórico de violência na família (KRONBAUER e MENEGHEL, 2005; OLIVEIRA et al, 2009).

Contudo, apesar deste perfil considerado mais vulnerável a situações de violência entre parceiros, este tipo de violência atinge todas as classes socioeconômicas, se apresentando de forma diferente de acordo com as condições sociais. Normalmente as mulheres com maior poder econômico têm recursos para enfrentar, de forma privada, os problemas de saúde e jurídicos resultantes da violência, o que explica o predomínio do atendimento a mulheres das classes econômicas mais baixas nas Delegacias de Defesa da Mulher (ALVES e DINIZ, 2005).

Reconhecer que este tipo de violência, embora apresente relação com algumas características socioeconômicas, não se restringe a perfis considerados mais vulneráveis, torna-se importante para que as políticas e ações visando à diminuição da violência por parceiro íntimo incluam todos os envolvidos.

Outro aspecto que deve ser levado em conta, é que a situação de violência conjugal se mantém mesmo após a separação do casal, como demonstrado no estudo conduzido por Lamoglia e Minayo (2009), onde 45% dos homens permaneceram em relação conflituosa com as mulheres mesmo depois da separação, e em outros casos a mulher começa a sofrer violência após a separação ao não querer a reconciliação ou por iniciar outro relacionamento.

Segundo Holtzworth-Munroe (2000) o perfil do homem autor de violência conjugal é apresentado com uma certa homogeneidade, sendo feita a comparação entre “agressores violentos” e amostras de homens não violentos, porém a autora defende que eles formam um grupo heterogêneo, que quando analisado respeitando as subcategorias permitirá ampliar a compreensão dos processos envolvidos na violência doméstica. A pesquisadora propõe então um modelo teórico de análise da tipologia de homens autores de violência conjugal, considerando três dimensões: severidade e frequência da violência marital; generalidade da violência (apenas em relação à família ou também fora da família); psicopatologias ou distúrbios de personalidade apresentados pelos homens. Assim são propostos as seguintes subcategorias de autores de violência:

- a) Agressores estritamente familiares: forma o subgrupo menos violento, tanto com a parceira como fora do entorno familiar. Apresenta níveis mais baixos de abusos físicos e psicológicos, e ausência ou baixo grau de psicopatologias.
- b) Agressores disfóricos *Borderline*: perpetraram abuso conjugal moderado a severo, mas a violência é primariamente confinada a parceira, podendo se tornar extrafamiliar. Apresentam sintomas depressivos e ansiosos e características de personalidade *Borderline*.
- c) Agressores geralmente violentos e antissociais: são previsivelmente mais violentos, apresentam elevados níveis de violência conjugal e extraconjugal. Os homens deste grupo apresentam características de personalidades antissociais.

Johnson e Ferraro (2000) concordam que é necessário considerar os diferentes tipos de autores de violência, e compará-los com os tipos de violência conjugal, focando não apenas no homem autor, mas em ambos os parceiros. Esse conhecimento seria útil para entender as causas das agressões e no desenvolvimento de programas de atenção para autores de violência. Essas questões também seriam importantes para estudar os fatores da infância envolvidos na violência por parceiro, como ocorre o desenvolvimento de relacionamentos violentos, quais as

formas para sair desses relacionamentos, e questões relacionadas a políticas públicas e estratégias de intervenção.

Entre os motivos que desencadeiam o ato de violência estão a interferência de pessoas estranhas à relação conjugal; presença de ações e comportamentos inadequados da companheira; domínio da mulher sobre o companheiro; resposta à agressão física, verbal ou psicológica da companheira; ciúme ou suspeita de infidelidade, problemas financeiros, abuso de álcool, recusa na separação, desentendimentos domésticos; sendo que estes provavelmente interagem entre si, levam a discussão e então a violência (LEÔNICIO et al, 2008; ROSA et al, 2008). O fato de ser contrariado quanto a sua vontade, é sistematicamente o fator mais apontado pelos homens como desencadeador de comportamento violento (DEEKE et al, 2009).

Em levantamento realizado pela Organização Mundial da Saúde, as principais atitudes das mulheres que disparam um evento violento dentro do relacionamento seriam: não obedecer ao homem; retrucar; não estar com a comida preparada na hora; não cuidar de forma adequada das crianças ou da casa; questionar o homem sobre dinheiro ou namoradas; ir a algum lugar sem a permissão do homem; recusar sexo ao homem; ou o homem suspeitar da infidelidade da mulher. Foram elencados também os fatores de risco para a violência conjugal, sendo estes divididos da seguinte forma:

- ✓ individuais: jovem, alcoolismo, depressão, desordens de personalidade, baixo desempenho acadêmico, desordens de personalidade, baixa renda, testemunhar violência na infância
- ✓ relacionais: conflito conjugal, instabilidade conjugal, dominação masculina na família, problema financeiro,
- ✓ comunidade: fracas sanções contra violência doméstica, baixo capital social
- ✓ sociedade: normas tradicionais de gênero, normas que aceitam o uso da violência (KRUG et al, 2002).

A maioria das mulheres, que são alvo da agressão física cometida pelo parceiro, geralmente passa por múltiplos atos de agressão no decorrer do tempo. Em estudo realizado em León, 60% das mulheres que sofreram abuso durante os anos anteriores, tinham sido agredidas mais de uma vez, e 20% haviam sofrido violência grave mais de seis vezes. De acordo com pesquisa realizada em Londres, na Inglaterra, o número médio de agressões físicas durante os anos anteriores, entre as mulheres que atualmente sofrem abuso, foi sete, enquanto nos Estados

Unidos, em um estudo nacional realizado em 1996, esse número foi de três (KRUG et al, 2002).

Para Saffiotti e Almeida (1995), as relações violentas tendem a obedecer uma escala progressiva, iniciando com agressões verbais que passam para físicas e/ou sexuais, podendo chegar à ameaças de morte e homicídio.

Em muitos casos, a mulher sofre vários tipos de violência concomitantemente; de acordo com Moura et al (2009) 31,3% das mulheres sofrem simultaneamente violência física, psicológica e sexual perpetradas pelo parceiro íntimo. Segundo Abrahams et al (2006), 49,3% dos homens entrevistados relataram usar mais de um tipo de violência contra a parceira. No estudo de Kroubauer e Meneghel (2005), 52% das mulheres sofreram dois tipos de violência e 12% três tipos.

Geralmente a violência inicia de forma lenta e silenciosa, progredindo em intensidade e consequências. O autor de violência inicialmente não lança mão de agressões físicas, mas parte para o cerceamento da liberdade individual da vítima, avançando para o constrangimento e humilhação. Com o tempo as atitudes do agressor mudam, tornando-se mais evidentes, então, a violência psicológica doméstica passa a manifestar-se verbalmente, com humilhações privadas ou públicas, para então se manifestar na forma de violência física (LEÔNICIO et al, 2008).

A psicóloga Lenore Walker propôs um ciclo de violência que busca explicar como ocorre a violência contra a mulher nas relações afetivas, embora não ocorra sempre da mesma forma. De acordo com a autora, este ciclo apresenta três fases, que se repetem:

- 1) Construção da Tensão: é caracterizada por incidentes menores, como agressões verbais, crises de ciúmes, ameaças e destruição de objetos. Nesse período, que não tem duração indefinida, a mulher geralmente tenta acalmar seu agressor. Ela acredita que pode fazer algo para impedir que a raiva dele aumente, sente-se responsável pelos atos do companheiro e pensa que se agir corretamente os incidentes podem terminar.
- 2) Tensão Máxima/Explosão da Violência: quando a tensão atinge seu ponto máximo e acontecem os ataques mais graves. Às vezes a mulher percebe a aproximação da segunda fase e acaba provocando os incidentes violentos, por não suportar mais o medo, a raiva e a ansiedade. Por outro lado ela sabe que essa é a fase mais curta e que será seguida da fase 3.
- 3) Lua de mel: finalizado o período da violência física, o agressor demonstra remorso e medo de perder a companheira. Ele faz

promessas, pede perdão, demonstra sua culpa e sua paixão, jura que jamais voltará a agir de forma violenta (WALKER, 1999).

A violência conjugal ocorre entre casais de todas as classes sociais e idades, e tem os mais variados motivos, todavia sua raiz é o poder patriarcal que promove a desigualdade e a dominação do homem nas relações de gênero. Há a percepção, por parte do homem, de que a violência é o meio mais eficaz para coagir e subordinar a parceira à sua vontade e de fazê-la obedecer as suas regras (DEEKE et al, 2009).

As características socioeconômicas não respondem de forma completa o porque da alta ocorrência de VPI, o que mostra a necessidade de abordar o tema a luz desses conceitos de gênero, que deverão ser trabalhados com os envolvidos nas situações de violência para uma prevenção de novos casos. Assim, o próximo tópico abordará a relação entre a perspectiva de gênero e a violência entre parceiros íntimos.

### 3.3 VIOLÊNCIA DE GÊNERO

A violência por parceiro íntimo é uma forma de violência de gênero, portanto deve ser analisada considerando os diferentes papéis atribuídos a homens e mulheres, especialmente a relação entre masculinidade e violência. Assim, este item aborda os conceitos de violência de gênero, e como a construção social do que é ser homem e ser mulher atua para fortalecer a dominação masculina nos relacionamentos íntimos.

#### 3.3.1 Definição de Violência de Gênero

O fato da violência por parceiro íntimo ocorrer em diferentes sociedades, com grupos de diferentes perfis socioeconômicos, e atingir especialmente as mulheres, necessita de uma análise mais aprofundada nas questões relacionadas com esse tipo de violência.

Existem determinantes culturais presentes na construção dos papéis masculinos e femininos que permanecem e legitimam o poder masculino, tornando os homens violentos quando por algum motivo perdem o controle sobre suas companheiras. A compreensão dessas relações de gênero presentes nos casais em situação de violência pode levar a um avanço na discussão desta problemática e instrumentalizar ações que modifiquem essas relações (ALVIM e SOUZA, 2005; LAMOGLIA E MINAYO, 2009).

O conceito de gênero é socialmente construído, e refere-se à organização das relações sociais e econômicas entre os sexos, especialmente na divisão do trabalho e do poder. Essa situação permeia os níveis interpessoais, organizacionais e das políticas, e variam segundo o grupo sociocultural que as sustenta. Contudo, a maior parte das sociedades, tendem a dar mais valor às atribuições e características associadas ao masculino. Mas é necessário considerar que as construções de gênero também se modificam, devido a mudanças nas condições econômicas, legais, políticas ou ambientais, e portanto são suscetíveis a alterações mediante intervenções (GÓMEZ, 2011).

Assim, a maneira de ampliar o foco da discussão da violência contra a mulher passa pela compreensão de tal temática como uma forma de violência de gênero. Este diz respeito às relações de poder e a distinção entre as características culturais atribuídas a cada um dos sexos e suas peculiaridades biológicas (GOMES, 2008).

A violência de gênero se caracteriza por qualquer ato de agressão física, de relações sexuais forçadas e outras formas de coerção

sexual, maus-tratos psicológicos e controle de comportamento que resulte em danos físicos ou emocionais, perpetrado com abuso de poder de uma pessoa contra a outra, em uma relação marcada pela desigualdade e assimetria entre gêneros. Pode acontecer nas relações íntimas entre parceiros, entre colegas de trabalho e em outros espaços da sociedade. Abrange a violência praticada por homens contra mulheres, por mulheres contra homens, entre homens e entre mulheres (BRASIL, 2005; ZUMA et al, 2009).

E se refere às relações de poder e à diferença entre as características culturais atribuídas a cada um dos sexos e suas peculiaridades biológicas. No âmbito das relações de intimidade entre ambos os sexos, ou entre parceiros do mesmo sexo, as mulheres têm sido as mais vitimizadas, particularmente nas sociedades em que as desigualdades entre homens e mulheres são mais marcantes (KRUG et al, 2002).

A violência de gênero inclui, além da violência perpetrada por homens contra mulheres, aquelas cometidas por mulheres contra homens, entre homens e nas relações entre mulheres. As relações violência-gênero, que são atravessadas por questões de classe social, raça/etnia e de filiação a grupos; podem fazer com que homens e mulheres se envolvam em situações de violência, tanto como vítimas como perpetradores, a fim de afirmar identidades masculinas e femininas, socialmente construídas (ASSIS, 2011).

Algumas correntes teóricas são utilizadas para abordar a violência em uma perspectiva de gênero, dentre elas destacam-se:

- **Dominação masculina:** define violência contra as mulheres como expressão de dominação da mulher pelo homem, levando a anulação da autonomia da mulher, concebida tanto como “vítima” quanto “cúmplice”. Essa cumplicidade não estaria relacionada a uma escolha ou vontade mas à própria destituição da autonomia da mulher. Esta teoria defende que as diferenças entre o feminino e o masculino são transformadas em desigualdades hierárquicas através de discursos masculinos sobre a mulher, que são proferidos tanto por homens quanto por mulheres. Estes discursos definem a feminilidade a partir da capacidade da mulher reproduzir, assim elas são definidas como seres para os outros e não com os outros, seres dependentes.

- **Dominação patriarcal:** compreende a violência como expressão do patriarcado, onde a mulher é vista como sujeito social autônomo, embora historicamente vítima do controle social

masculino. Segundo essa corrente, as mulheres não são “cúmplices” da violência, senão “vítimas”.

- Relacional: esta corrente relativiza as noções de dominação masculina e vitimização feminina, entendendo violência como uma forma de comunicação e um jogo no qual a mulher protagoniza cenas de violência conjugal e se representa como “vítima” e “não-sujeito” quando denuncia, porque assim obtém proteção e prazer (SANTOS e IZUMINO, 2005).

Dessa forma, é importante que tanto a violência contra a mulher quanto àquela voltada para o homem seja observada num cenário das relações de gênero, o que pode propiciar um avanço na discussão acerca do problema, e conseqüentemente pode melhor instrumentalizar ações que visem a transformação dessas relações. No debate da violência contra a mulher, se destaca a necessidade de se deslocar as pesquisas da redução da mulher como objeto da violência - expresso numa vitimização exclusiva - para a promoção do sujeito que vivencia situações de violência - ancorada numa perspectiva relacional de gênero (GOMES, 2008).

### **3.3.2 Construção dos Papéis de Gênero**

A violência de gênero inclui a praticada por homens contra homens, mulheres contra mulheres, mulheres contra homens e homens contra mulheres, contudo este último cenário se destaca.

A violência contra a parceira está associada ao modo que os homens são socializados, onde os meninos são ensinados a reprimir as emoções e a raiva é um dos poucos sentimentos que a sociedade aceita que eles demonstrem. Além disso, este tipo de violência se fundamenta nos papéis sexuais, onde a violência é justificável pelos homens quando as mulheres mantêm relações extraconjugais ou não cumprem o que é considerado que sejam suas responsabilidades domésticas (ACOSTA e BARKER, 2003).

Em estudo para analisar a violência conjugal sob a ótica dos homens, Alves e Diniz (2005) concluíram que os participantes apoiaram-se no processo de socialização do homem e da mulher para definirem a função de marido e esposa. Basearam-se ainda em uma perspectiva assimétrica e hierarquizada, onde os referenciais de masculinidade e a inadequação da mulher ao seu papel social são utilizados para explicar o uso da violência na relação conjugal.

Nesta perspectiva, a violência se configura enquanto um processo de dominação e demonstração de poder que emerge da dinâmica familiar, trazendo consequências para toda família que a compartilha (GOMES et al, 2007). Essas formas de violência parecem partir de uma ordem social previamente estabelecida, que coloca a mulher quase sempre em uma situação de submissão frente a um homem. A mulher deve ser controlada, para isso se utiliza a força física e emocional, portanto enfrentar a violência significa repensar e romper com os modelos sociais que colocam um gênero em posição de supremacia enquanto diminuem o outro (ALVES e DINIZ, 2005; VINHAS, 2010).

Cada um dos dois gêneros é construído como corpo socialmente diferenciado do sexo oposto. A divisão entre os sexos parece natural, a ponto de ser inevitável, estando presente em estado objetivado nas coisas, e em estado incorporado nos corpos, funcionando como sistemas de esquemas de percepção, de pensamento e de ação. As mulheres estão então inscritas no ambiente familiar, privado, e os homens no universo público (BOURDIEU, 2010).

Nas sociedades onde o gênero feminino é definido tradicionalmente em relação à esfera familiar e à maternidade, a referência da construção social do gênero masculino é sua atividade na esfera pública, sendo o provedor e protetor da família. Atualmente, nestas mesmas sociedades, as mulheres estão presentes na força de trabalho e no espaço público, contudo a distribuição social da violência reflete a tradicional divisão dos espaços; o homem é vítima da violência na esfera pública, e a mulher no âmbito privado (GIFFIN, 1994).

Em estudo conduzido com homens que perpetravam violência contra a parceira, Gomes e Freire (2005) concluíram que a identidade de homens e mulheres é construída no espaço familiar partindo do aprendizado dos papéis e atributos específicos de homens e mulheres. As autoras evidenciam a necessidade de ampliar a forma de perceber que o fenômeno da VPI, indo além da visão homem-agressor e mulher-vítima, e percebendo o fenômeno como um problema que tem origem na construção da identidade de homens cujo relacionamento familiar foi marcado pela ausência de diálogo e agressões físicas, o que caracteriza relações de violência.

Atitudes como aceitação da violência por parceiro íntimo; considerar as mulheres como inferiores, papéis de gênero restritivos, e os valores patriarcais dominantes podem perpetuar a ocorrência de violência. Essas atitudes e valores podem ser transferidos através das gerações, por processos de aprendizagem, pelos meios de comunicação,

escolas, e pela vivência em situações de violência em diferentes fases da vida (WHO, 2005).

As instituições que buscam garantir essa permanência e reproduzir estas representações são principalmente a Igreja, o Estado e a Escola; todavia de acordo com Bourdieu (2010), à família cabe o papel principal na reprodução da dominação e da visão masculinas. A família moderna reproduz a desigualdade social existente no que se refere às expectativas geradas sobre o comportamento de homens e mulheres. Sendo assim, esperam-se das mulheres delicadeza, sensibilidade, passividade, subordinação e obediência (GOMES et al, 2007).

Assim, as estruturas antigas da divisão sexual ainda determinam a direção das mudanças através de três princípios práticos, que não só as mulheres, mas também seu ambiente põe em ação em suas escolhas. Primeiro as funções que convêm às mulheres estão no prolongamento das funções domésticas (ensino, cuidado, serviço); segundo, uma mulher não tem autoridade sobre homens portanto mesmo sendo iguais em todas as coisas pode ser preterida por um homem para uma posição de autoridade ou ser relegada a funções de auxiliar; terceiro, confere ao homem o monopólio da manutenção dos objetos técnicos máquinas (BOURDIEU, 2010).

A introdução da categoria gênero foi então fundamental para perceber as relações de violência no espaço familiar, uma vez que possibilita compreender os papéis socialmente pré-definidos para homens e mulheres, como perpetradores de relações hierárquicas desiguais. Dessa forma a violência contra a mulher pode ser observada através do poder exercido sobre ela, bem como pela legitimação histórica da dominação masculina sobre o outro gênero (GOMES et al, 2007; VINHAS, 2010).

### **3.3.3 Dominação Masculina**

Vêm se destacando articulações entre masculinidade e violência, a ponto de a segunda expressão ser entendida como pertencente à primeira, de uma forma quase que naturalizada. Desta forma, o fato de homens expressarem formas de violência poderia ser visto como um pleonasmo do exercício da masculinidade. No senso comum, ainda persistem atitudes que desculpam ou licenciam comportamentos violentos masculinos e àquelas que cobram certo grau de violência nas condutas masculinas para que os atores recebam o atestado de ser homem. Nesse cenário de associação entre o ser masculino e o ser violento, as relações de gênero podem ser construídas

e reproduzidas a partir de uma lógica de que a violência seria a referência para se diferenciar o homem da mulher (GOMES, 2008).

Michael Kaufman (1999), baseado em outros estudos sobre o tema, descreveu “Os sete ‘Ps’ da violência dos homens”, com argumentos para o envolvimento dos homens com atos violentos:

- Poder patriarcal: sociedades dominadas por homens são estruturadas na violência de homens sobre mulheres e também sobre outros homens e na ‘autoviolência’, constituindo um ambiente que tem como principal função a manutenção do poder da população masculina;
- Privilégios: as violências cometidas pelos homens não acontecem apenas devido as desigualdades de poder, mas também devido a crença de merecimento de privilégios que devem ser concedidos pelas mulheres;
- Permissão: a violência contra a mulher é abertamente permitida e algumas vezes estimulada pelos costumes sociais, códigos penais e por algumas religiões. Do mesmo modo, a violência de homens contra outros homens não é apenas permitida, como também celebrada e banalizada em filmes, esportes e na literatura;
- Paradoxo do poder masculino: para desenvolver seus poderes individuais e sociais, os homens constroem armaduras que os isolam do contato afetivo com o próximo e da arena do cuidado e da saúde, seja para outros ou para si próprio;
- Armadura psicológica da masculinidade: constituída a partir da negação e rejeição de qualquer aspecto que possa parecer feminino;
- Pressão psíquica: os homens são educados desde a infância a não experienciar ou expressar emoções e sentimentos como medo, dor e carinho. A raiva, por outro lado, é uma das poucas emoções permitidas e, assim, outras emoções são canalizadas por esse canal;
- Experiências passadas: o fato de muitos homens crescerem observando atos de violência realizados por outros homens, especialmente os pais, pode caracterizar tais situações como a norma a ser seguida.

A concepção do masculino como sujeito da sexualidade e do feminino como seu objeto é um valor de longa duração na cultura ocidental. Na visão do patriarcalismo, o masculino é considerado como

o responsável da ação, da decisão, da chefia da rede de relações familiares e da paternidade. Conseqüentemente, o masculino é investido com a posição social de agente de poder da violência (MINAYO, 2005).

A dominação masculina constitui as mulheres como objetos simbólicos, que existem pelo, e para, o olhar dos outros, ou seja, como objetos receptivos, atraentes, disponíveis. Delas se espera que sejam femininas, sorridentes, simpáticas, atenciosas, submissas, discretas, contidas ou até mesmo apagadas. E conseqüentemente elas se tornam dependentes dos outros. Tendo necessidade do olhar do outro para se constituírem, as mulheres estão sempre orientadas pela avaliação que poderá receber devido sua aparência corporal e sua maneira de portar o corpo e exibi-lo. Dessa forma, o controle social atua diretamente sobre o corpo das mulheres, cuja principal identidade é a de mãe, e cuja sexualidade é socialmente aceita apenas na reprodução de filhos (BOURDIEU, 2010; GIFFIN, 1994).

Enquanto as mulheres estão presas às formas de submissão, por outro lado, é igualmente válido dizer que os homens se encontram enclausurados nas formas de dominação. Dominação e submissão são noções eminentemente relacionais, de homens para com outros homens, de mulheres para com outras mulheres, e de homens para com as mulheres. O machismo não pode ser atribuído exclusivamente aos homens, mas igualmente as mulheres, ou seja, homens e mulheres acabam sendo produtos de uma sociedade machista e até mesmo sexista (VINHAS, 2010).

Então se por um lado as mulheres estão submetidas a um trabalho de socialização que tende a diminuí-las e negá-las, os homens também estão prisioneiros, sem se aperceberem, da representação dominante. O privilégio masculino também é uma cilada pela tensão e contensão permanentes, que impõe a todo o homem o dever de afirmar, em qualquer circunstância, sua virilidade. Esta é entendida como capacidade reprodutiva, sexual e social, mas também como aptidão ao combate e ao exercício da violência, e é, acima de tudo, uma carga. Enquanto para a mulher a honra é essencialmente negativa e sua virtude seja a virgindade e a fidelidade, o homem “verdadeiramente homem” é o que se sente obrigado a estar à altura da possibilidade de fazer crescer sua honra buscando a glória e distinção na esfera pública (BOURDIEU, 2010).

A força da dominação masculina se evidencia pelo fato de dispensar justificação, pois a visão androcêntrica impõe-se como neutra, sem necessidade de discursos que a legitimem. Contudo, junto ao modelo predominante de masculinidade, presente em cada sociedade, há

modelos não hegemônicos para se considerar o que é ser homem, que podem não apresentar a violência como característica preponderante de masculinidade. Também é importante levar em conta que existem outras referências de identidade que influenciam o status de ser homem, como a classe social, etnia/raça, grupo etário e outras (ASSIS et al, 2011; BOURDIEU, 2010).

Mesmo que os estudos evidenciem a forte associação entre masculinidade e violência, não devemos fixar o estereótipo de que ser homem é ser violento. O fenômeno da violência não é inerente ao homem, mas sim construído socialmente e percebido, de forma natural, como elemento constituinte da identidade masculina (ASSIS et al, 2011; GOMES e FREIRE, 2005).

É importante enfatizar que refletir sobre as implicações masculinas na violência de gênero não significa justificar a violência exercida por homens, mas problematizar que as políticas públicas dirigidas a estes contemplem questões sócio-históricas e culturais que fortalecem determinado tipo de subjetividade masculina implicada com a violência e dominação (BEIRAS et al, 2012).

Então é necessário que as diferentes formas de enfrentar a VPI, inclusive as voltadas à atenção dos homens autores de violência contra a parceira, se modifiquem e incluam a perspectiva de gênero, como uma forma de construir uma forma não violenta de expressar a masculinidade, evitando os casos de reincidência.

Segundo Bourdieu (2010), a maior mudança está no fato de que a dominação masculina não se impõe mais como algo indiscutível, devido principalmente ao trabalho crítico do movimento feminista. O questionamento causou mudanças na condição feminina, sobretudo nas categorias sociais mais favorecidas; com aumento do acesso ao ensino secundário e superior, ao trabalho assalariado, adiamento da idade do casamento e da gestação, abreviação da interrupção da atividade profissional por ocasião do nascimento do filho, elevação dos percentuais de divórcio e queda no número de casamentos.

É importante então, considerar que embora haja uma masculinidade heterogênea, que naturaliza e justifica a violência, e que é fortalecida por certas estruturas da sociedade, ela não é única.

Só uma ação política que realmente leve em conta todos os efeitos de dominação que se exercem, tanto entre as mulheres e homens como nas grandes instituições em que se produzem a ordem masculina e social, poderá a longo prazo, trabalhando com as contradições dos diferentes mecanismos ou instituições, contribuir para o desaparecimento progressivo da dominação masculina (BOURDIEU,

2010). Assim o próximo item abordará as políticas públicas relacionadas a violência por parceiros íntimos.

### 3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS E A VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO

A violência foi inicialmente reconhecida como objeto de estudo nas ciências humanas e sociais e na filosofia, e só posteriormente na saúde. Essa precedência é particularmente relevante no caso da violência contra a mulher, que surge na saúde a partir de 1995. É importante se intervir nos termos da saúde, compondo esforços e trocas com outros setores sociais e campos científicos, seja na recuperação das vítimas, seja, sobretudo, prevenindo novos danos. Com isso a violência deve ser instituída como objeto de conhecimento e intervenção também do campo da Saúde, reafirmando a proposição da Organização Mundial da Saúde (OMS) nesse sentido (SCHRAIBER et al, 2012). Assim, esse tópico apresenta as principais políticas públicas e leis relacionadas com a violência por parceiros íntimos.

#### **3.4.1 Política Públicas e a Violência contra a Mulher**

A introdução da violência contra a mulher na agenda da saúde ocorreu pelo protagonismo do movimento feminista. Com uma estratégia voltada para criar consciência de gênero nos diferentes ambientes e instituições, esse movimento pressionou o setor saúde para atuar ativamente tanto no tratamento das lesões em consequência da violência, quanto nas causas. O movimento contribuiu assim para incluir na esfera do politicamente discutível objetos como a violência, que estavam afastados ou ignorados pela tradição política, porque parecem pertencer à ordem do privado (BOURDIEU, 2010).

Mas, particularmente no Brasil, foi na década de 1980 que o tema da violência entra com vigor na agenda de debates políticos e sociais e no campo programático da saúde. E oficialmente, foi a partir da década de 1990, que a OPAS e a OMS começaram a falar especificamente sobre violência e congregar as várias discussões que vinham ocorrendo em diferentes âmbitos e países (MINAYO, 2006). No quadro 1 estão listadas as principais regulamentações referentes à violência contra a mulher.

Quadro 1. Cronograma da regulamentação da legislação em relação à violência contra as mulheres no Brasil.

<b>Ano</b>	<b>Ação internacional ou nacional relacionada à violência contra mulheres</b>
1945	Carta das Nações Unidas (ONU)
1948	Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU)
1978	Convenção sobre eliminação de todas as formas de Discriminação Racial (ONU)
1988	Constituição Federal Brasileira
1985	Criação das Delegacias de Defesa da Mulher (BRASIL)
1993	Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres - Declaração de Viena (ONU)
1994	Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará (ONU)
1995	Lei 9.0099 (Brasil)
2002	Lei 10.455 (Brasil)
2002	Protocolo Facultativo à CEDAW (ONU)
2003	Lei 10.778 (Brasil)
2004	Lei 10.886 (Brasil)
2006	Lei 11.340 (Brasil)

Adaptado de Toneli et al, 2001.

Na Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), foi elaborada a carta magna dos Direitos da Mulher. Esta tem caráter bem amplo e trata da discriminação contra a mulher em todos os campos: saúde, trabalho, violência e poder. A convenção foi aprovada pela ONU em 1979, e ratificada pelo Brasil em 1984. Para monitorá-la foi criado o Comitê sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, que avaliava os relatórios sobre os compromissos assumidos na convenção (SPM, 2014).

Outro ponto importante no enfrentamento da violência contra a mulher foi a criação das delegacias especializadas no atendimento a este grupo. A primeira delegacia da Mulher no mundo surgiu no Brasil, na cidade de São Paulo, em 06 de agosto de 1985, através do Decreto nº 23.769. E em setembro do mesmo ano foi inaugurada, em Florianópolis, a segunda Delegacia da Mulher do país (PASINATO e SANTOS, 2008).

A participação do movimento de mulheres brasileiras, na introdução da violência de gênero na pauta do setor saúde no país, foi

fundamental na construção do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983. Neste programa o tema da violência tem destaque, e oficializa um olhar específico para o problema em todo o serviço público (BRASIL, 1984).

Na metade dos anos 90, várias secretarias de saúde municipais, articuladas com organizações da sociedade civil, criaram estratégias e serviços de prevenção e assistência às consequências da violência. Estas iniciativas se multiplicaram, reunindo instituições públicas, Organizações não-governamentais (ONGs) e institutos ou grupos de pesquisa (MINAYO, 2006).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; conhecida como Convenção de Belém do Pará, foi adotada pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) em 06 de junho de 1994, ratificada pelo Brasil em 27 de novembro de 1995, e promulgada pelo Decreto 1.973 de 1º de outubro de 1996. Esta convenção define a violência contra a mulher e estabelece sua dimensão, considerando a violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na privada (SPM, 2014).

A Política Nacional de Redução de Acidentes e Violência, promulgada em 2001, teve desdobramentos em todas as áreas de atenção à saúde, informação em saúde e linhas de prevenção. Esta política define o conceito de violência, diferenciando de acidentes, e distingue as formas diferenciadas com que a violência incide em homens e mulheres nas diferentes faixas etárias. Entre as diretrizes do documento estão incrementar uma forma de assistência multiprofissional às vítimas de violência e acidentes, e a estruturação de serviços de recuperação e reabilitação (MINAYO, 2006).

Ela tem como objetivo a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas. Para alcançar essa meta, a política propõem as seguintes diretrizes: promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; capacitação de recursos humanos; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2001b).

De acordo com esta política, o atendimento às mulheres pelos serviços de saúde deverá contemplar o aumento da autoestima, de modo que se sintam fortalecidas para identificar soluções para a situação vivenciada, em conjunto com a equipe multiprofissional dos serviços, assim como para a prevenção de comportamentos violentos. Dessa forma, deverão ser contempladas também atividades voltadas à reeducação de agressores e garantidas redes de apoio para o atendimento, tais como abrigos e unidades que atendam ao aborto legal (BRASIL, 2001b).

A Lei 10.778/2003 estabelece no país a notificação compulsória para o caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Esta notificação tem caráter sigiloso, deve ser facilitada pela autoridade sanitária, e deve ser feita por pessoas físicas e entidades, públicas e privadas (BRASIL, 2003). Em 2004 foi promulgada a portaria GM/MS n. 2406, que disseminou a notificação compulsória da violência contra a mulher (BRASIL, 2004).

Em 2005, seguindo a recomendação da OMS de realizar um diagnóstico e um plano de ação para a problemática, o Ministério da Saúde, junto com a OPAS e o CLAVES/Fiocruz produziram um relatório denominado “Impacto da violência na Saúde dos Brasileiros” (MINAYO, 2006).

Em 7 de agosto de 2006 foi promulgada a Lei N° 11.340, ou Lei Maria da Penha, que modificou o cenário legal dos casos de violência contra a mulher, especialmente por alterar o caráter da punição por ofensas de violência contra a mulher. Esta lei cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Entre as principais modificações introduzidas pela lei, está a definição da violência doméstica e familiar contra a mulher, além disso, a lei prevê atendimento policial especializado para as vítimas, a criação de Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, e punições mais severas nos casos de agressão doméstica (BRASIL, 2006; TONELI et al, 2010).

De acordo com esta lei é considerada 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. Inclui a violência cometida tanto no âmbito da unidade doméstica, como no da família, ou em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a vítima, independentemente de coabitação. Compreende, entre outras, as violências física, psicológica, sexual, moral e patrimonial (BRASIL, 2006).

No Brasil, a Lei Nº 11.340 é, atualmente, o principal instrumento jurídico de proteção e combate à violência doméstica e familiar contra a mulher. O nome da lei é uma homenagem à Maria da Penha Maia, uma cearense, vítima de duas tentativas de homicídio, perpetradas pelo seu marido. Em decorrência do primeiro ataque, ela ficou paraplégica e lutou por quase 20 anos para colocar o marido na cadeia. Devido a demora da Justiça do país, Maria da Penha recorreu à Comissão Interamericana dos Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA), que aceitou a denúncia de um crime de violência doméstica pela primeira vez. Em 2001, a OEA responsabilizou o Estado por negligência, omissão e tolerância em relação à violência doméstica contra as mulheres (TONELI et al, 2010).

A Lei Nº 11.340 aumentou os mecanismos de proteção às vítimas, e veda a aplicação de penas de cesta básica ou outras de prestação pecuniária, bem como a substituição de pena que implique o pagamento isolado de multa, nos casos de violência doméstica e familiar contra a mulher. Também incentiva a criação e promoção de centros de educação e reabilitação para agressores, e altera a lei de Execução Penal; permitindo que nos casos de violência doméstica contra a mulher, o juiz possa determinar o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação (BEIRAS et al, 2012; BRASIL, 2006).

Porém a Lei Maria da Penha não foge à visão hegemônica de que os esforços de enfrentamento à violência contra a mulher devem ser direcionados à proteção destas. Mesmo assim, esta lei conferiu legitimidade política para a discussão e implementação de ações no país voltadas para os homens autores de violência. Contudo, a lei Maria da Penha não discorre sobre a organização e estrutura dos centros de atendimento a este grupo, nem sobre o que seriam as ações de educação e reabilitação (LIMA e BÜCHELE, 2011).

Em 2011, foi promulgada a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres no Brasil, com a finalidade de estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional. Ela está estruturada a partir do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), elaborado com base na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em 2004 pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) (SPM, 2011a).

Esta Política tem como objetivo enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres a partir de uma perspectiva de gênero e de uma visão integral deste fenômeno. Entre as prioridades da política estão: ampliar e aperfeiçoar a Rede de Prevenção e Atendimento às mulheres em situação de violência, garantir a implementação da Lei Maria da Penha e demais normas jurídicas nacionais e internacionais, promover ações de prevenção a todas as formas de violência contra as mulheres nos espaços público e privado. No que se refere à assistência às mulheres em situação de violência, está incluso garantir a criação de serviços especializados, incluindo os Serviços de Responsabilização e Educação do Agressor.

### **3.4.2 Políticas Públicas e o Homem autor de Violência por Parceiro Íntimo**

Em 2008 foi promulgada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que objetiva orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade, equidade, e atenção humanizada. De acordo com a política, a integralidade na atenção à saúde do homem implica na visão sistêmica sobre o processo da violência, indo além de seu papel de agressor, por meio da consideração crítica dos fatores que facilitam que ele cometa violência, a fim de intervir preventivamente sobre as suas causas, e não apenas em sua reparação. A PNAISH entende que a violência, desde que percebida como uma forma social de poder é uma estratégia de empoderamento masculino, mas com ônus para os homens autores de violência, que se vulnerabilizam na adoção de práticas que decorrem em graves danos à saúde física, psíquica e social para si próprios e para os outros (BRASIL, 2008).

A PNAISH busca, além de evidenciar os principais fatores de morbi-mortalidade na saúde do homem, explicitar o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade comprometem o acesso à atenção primária, bem como repercutem na vulnerabilidade dessa população à situações de violência e de risco para a saúde (BRASIL, 2008).

Em 2011, na Convenção de Istambul, considerando diversas questões sobre a violência contra a mulher, os representantes dos países participantes reconheceram que a violência doméstica atinge de forma desproporcional as mulheres mas que os homens também podem ser

vítimas dessa situação. E entre as formas de prevenção da violência contra a mulher, a Convenção destacou a necessidade de promover mudanças nos modelos de comportamento de homens e mulheres para erradicar qualquer prática baseada na ideia de inferioridade da mulher ou em nos estereótipos masculino e feminino; e de encorajar todos os membros da sociedade, especialmente homens e meninos, a contribuir ativamente para prevenir todas as formas de violência contra a mulher (COUNCIL OF EUROPE, 2011).

Neste mesmo ano, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres no Brasil inclui a criação dos Serviços de Responsabilização e Educação do Agressor. No documento da Secretaria de Políticas para as Mulheres, sobre a rede de enfrentamento à violência contra as mulheres, há um anexo com as diretrizes gerais dos Serviços de Responsabilização e Educação do Agressor. Este documento apresenta conceitos, atribuições e objetivos desses serviços de responsabilização e educação à luz da dos artigos 35 e 45 da Lei Maria da Penha. O principal objetivo desse serviço é o acompanhamento das penas e decisões proferidas pelo juízo competente no que tange ao agressor, portanto serviço tem um caráter obrigatório e pedagógico para o homem processado criminalmente, e não um caráter assistencial ou de ‘tratamento’ (seja psicológico, social ou jurídico) (SPM, 2011b).

Os serviços de responsabilização e educação do agressor deverão ser vinculados aos tribunais de justiça estaduais e do Distrito Federal ou ao executivo estadual e municipal. Devem realizar atividades educativas e pedagógicas que tenham por base uma perspectiva feminista de gênero, buscando contribuir para a conscientização dos agressores sobre a violência de gênero como uma violação dos direitos humanos das mulheres e para a responsabilização pela violência cometida. Eles não podem funcionar nos serviços especializados de atendimento à mulher; não realizam atividades referentes ao atendimento psicológico e jurídico dos agressores, à mediação, à terapia de casal e ou terapia familiar e ao atendimento à mulher em situação de violência, mas podem encaminhar para programas de recuperação, para atendimento psicológico e para serviços de saúde mental, quando necessário (SPM, 2011b).

Ao fazer uma análise das políticas e leis sobre violência de gênero, Beiras et al (2012) propõem determinadas ações para enfrentamento deste tipo de violência, considerando todos os atores envolvidos. Entre as propostas estão:

- a) prevenção objetiva da violência contra a população masculina; com análise de brinquedos, programas nas escolas voltados para a não-violência, trabalho com cuidadores, entre outros;

- b) criação de uma política organizacional para que os centros de atendimento aos autores de violência, conforme o artigo 35 da lei Maria da Penha, participem da reintegração destes homens à sociedade através da reeducação assistida;
- c) que os serviços de saúde sejam porta de entrada para os casos de violência contra a mulher no sistema multisetorial de atenção aos homens e mulheres, e que a lógica do cuidado e integralidade das ações também garantam que os homens sejam ouvidos em suas necessidades e significações sobre os atos violentos;
- d) incluir os homens na construção de estratégias para resolução do problema, uma vez que eles são parte fundamental da problemática.

Assim, ao pensar sobre a legislação atual, é importante questionar a imagem do homem como evidente agressor, portador de uma violência reforçada. Isso não significa negar que há vítimas, e sim atentar para a complexidade da questão e apresentar medidas que contemplem todos os sujeitos envolvidos e suas especificidades. Deve-se buscar promover o amadurecimento social, o que não é possível quando a alternativa é apenas punitiva ao agressor, embora a penalização seja adequada em muitos casos, ela não é uma solução simples e direta (BEIRAS et al, 2012).

Entretanto, para que a atenção ao autor de VPI seja uma proposta efetiva, não punitiva, mas uma possibilidade de interrupção da violência contra a parceira; esta deve ser estruturada de forma a contemplar todas as especificidades desse tipo de violência e considerando as questões sociais envolvidas na relação masculinidade e violência. Assim, o próximo capítulo abordará o atendimento a homens autores de violência.

### 3.5 ATENDIMENTO AOS HOMENS AUTORES DE VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO

Embora a legislação brasileira atual limite o atendimento aos homens em situação de violência conjugal, reduzindo a atenção a programas de reeducação, há experiências exitosas nesta abordagem dentro e fora do Brasil. Então este tópico tem como objetivo apresentar o histórico destes atendimentos, os princípios utilizados, assim como as dificuldades e diretrizes para seu desenvolvimento.

#### **3.5.1 Conceitos e Histórico do Atendimento a Homens**

O atendimento a homens autores de violência (HAV) baseia-se na ideia de que o sujeito pode reconhecer e responsabilizar-se pela violência que comete, procurando formas de expressão não violentas. Assim busca-se o engajamento dos homens na promoção da equidade de gênero e em ações pelo fim da violência de homens contra mulheres (TONELI et al, 2010).

O trabalho com o tema violência intrafamiliar é um desafio para diferentes áreas, e a maioria das ações são dirigidas à vítima, que geralmente são mulheres, crianças ou adolescentes. Contudo, a compreensão de que para uma atuação mais efetiva é fundamental intervir junto ao autor da violência também tem crescido nos últimos anos (BEIRAS, 2009).

Apesar de na maioria dos casos de violência conjugal, o homem ser o agressor, é necessário considerar que o homem tanto na condição de agredido como de agressor, pode demandar assistência, pois sua vivência também é carregada de sofrimento. Então na abordagem a estes homens, é necessário entender os fatores associados a este comportamento, para evitar condutas culpabilizadoras ou vitimistas. É importante enfatizar que a violência conjugal é relacional, portanto todos devem ser assistidos para que seja possível transformar padrões de comportamento (BRASIL, 2001a).

Assim, para reduzir os índices de violência baseada em gênero é primordial implementar ações mais eficazes de segurança pública, aliadas a ações em saúde dirigidas aos homens, tanto de caráter preventivo como de atendimento a autores de violência. O trabalho com homens, em conjunto com trabalhos realizados junto às mulheres, seria uma alternativa mais eficaz na redução, contenção e prevenção da violência conjugal (BEIRAS et al, 2012; MEDRADO et al, 2009).

A intervenção com autores de violência pode ser então definido como qualquer ação que tenha como objetivo modificar o comportamento violento de uma pessoa que física, sexual, emocional ou verbalmente controla sua/seu parceiro íntimo (ROTHMAN et al, 2003).

Os programas de atenção direcionados aos homens autores de violência (HAV) surgiram no final da década de 70 e início da década de 80, nos EUA e Canadá. Posteriormente foram multiplicados em diversos países, contudo foi somente nos últimos anos que ganharam espaço nas legislações e políticas públicas de cada país (TONELI et al, 2010).

Os primeiros programas direcionados a homens autores de violência foram desenvolvidos no final dos anos 1970 nos Estados Unidos e incluíram o Emerge, AMEND e RAVEN. E desde então este tipo de programa ganhou espaço no país e a maioria ocorre como uma parceria entre o sistema de justiça, a saúde mental e advogados de defesa das vítimas. A maior parte destes programas busca a responsabilização destes homens frente à violência perpetrada, com o desenvolvimento de trabalho grupal psicoeducativo e reflexivo, com foco em questões relacionadas às ideias sexistas e estereótipos de gênero, em alguns casos sob um viés feminista (BEIRAS, 2009; ROTHMAN et al, 2003).

O Emerge, uma ONG localizada em Cambridge-EUA, pelo fato de ser a primeira instituição norte-americana a oferecer esse tipo de serviço, é uma referência nacional e ainda hoje seu modelo é o mais influente sobre programas de atendimentos a HAV (TONELI et al, 2008).

Nos anos 1990 esses programas foram replicados em diferentes países, como Austrália, França e Reino Unido. Na América Latina, a Argentina foi o primeiro país a reproduzir estas ações, seguido do México, e de iniciativas em alguns países na América e Central e no Peru. A Espanha e Honduras possuem programas de caráter governamental, e em vários destes países há intenção de ampliar estas ações em termos governamentais, devido mudanças recentes na legislação destes locais, como aconteceu com o Brasil após a Lei Maria da Penha (BEIRAS, 2009).

O *Programa de Hombres Renunciando a su Violencia* (PHRSV), elaborado pelo *Colectivo Hombres por Relaciones Igualitarias* (CORIAC) em 1995, foi o primeiro programa realizado no México. Apresenta uma perspectiva re-educativa, que privilegia o aspecto educativo e social sobre o terapêutico. Este mesmo programa foi levado a Lima, Peru, por Miguel Ramos, sociólogo, professor e

pesquisador, em 2004, chegando no ano seguinte à cidade de Piura (norte peruano), devido ao esforço da organização *Católica Diaconia por la Paz y la Justicia* (TONELI et al, 2008).

Em levantamento realizado em 38 países, foram identificados 56 programas de intervenção com homens autores de violência, cuja maioria foi estabelecida no final dos anos 1990 e atende menos de 100 agressores por ano (70%). Além disso, em 54% dos programas, homens encaminhados pela justiça formam uma porção significativa do grupo que recebe intervenção (ROTHMAN et al, 2003).

No Brasil, na segunda metade da década de 1990, organizações não governamentais passaram a desenvolver estudos, intervenções sociais e mobilizações políticas com um olhar especial para o público masculino. Entre estas organizações se destacam o Instituto Papai, o Instituto Promundo e a ECOS: Comunicação em Sexualidade; que iniciaram estudando questões relacionadas a gravidez e paternidade na adolescência, à prevenção de DST/Aids e posteriormente à questão das violências. Essas organizações tiveram então, junto com os movimentos feministas, papel de destaque ao mostrar a importância de ações em saúde voltadas à população masculina e jovem, buscando o bem estar de homens, mulheres e crianças e a busca da equidade de gênero (LIMA e BÜCHELE, 2011).

Os programas ou experiências de intervenção no país são recentes, alguns ainda experiências piloto em projetos temporários, com exceção de alguns programas de instituições como: o Instituto Noos, que é pioneiro no campo, o programa municipal da Prefeitura de Blumenau e o Programa Albam. Sendo que apenas 21,2% dos serviços existentes no país foram criados entre 1999 e 2002. Essas intervenções são, em sua maioria governamentais, ligadas a: justiça, segurança pública ou políticas públicas municipais ou estaduais. Algumas apresentam objetivos mais amplos, atuando em diferentes temas, outras focam no tema da mulher, de sua saúde e da violência. Buscam fundamentar-se em diretrizes específicas sobre o tema da violência contra a mulher, principalmente relacionadas à Lei Maria da Penha ou diretrizes federais ligadas a esta lei e atuações específicas contra a violência (BEIRAS, 2014).

O Instituto NOOS - Instituto de Pesquisas Sistêmicas e Desenvolvimento de Redes Sociais, localizado na cidade do Rio de Janeiro, também faz parte das organizações que desenvolvem programas que incluem os homens em situação de violência. O instituto iniciou suas atividades em 1998, com o objetivo de oferecer a terapia de família e de casais para as camadas populares, e atuar de forma conjunta com

serviços governamentais e não governamentais, buscando colaborar na prevenção da violência. Entre as principais atividades desenvolvidas estão a terapia de família e casais, e os grupos reflexivos de gênero com homens e mulheres (BEIRAS, 2009).

Cada um destes serviços, tanto os internacionais quanto os nacionais, foi construído sob uma perspectiva e em determinado período, sendo importante buscar uma forma de acompanhamento dos homens que participam dos diferentes tipos de serviço, permitindo analisar as mudanças ou não a partir da entrada no programa. Por isso a necessidade de instrumentos validados para este propósito, que englobem as dificuldades deste tipo de atendimento, assim o tópico seguinte abordará os obstáculos enfrentados por estes problemas e suas potencialidades.

### **3.5.2 Formas de atendimento, críticas e possibilidades**

A intervenção com homens que cometem violência contra a companheira é uma medida controversa em diferentes âmbitos, e as principais críticas a sua organização são: utilizar recursos econômicos que poderiam ser destinados no amparo às vítimas; a imposição de medidas de ressocialização, reeducação ou tratamento ao invés de medidas punitivas; considerar que homens que praticam violência não mudam e portanto as intervenções com eles não são efetivas (ANTEZANA, 2012).

Mas avaliações indicam que os programas de atenção a homens autores de violência são no mínimo efetivos para prevenir novas agressões. Levantamentos realizados em programas dos Estados Unidos e Reino Unido, encontraram que entre 50 e 90% das pessoas que completam o programa não cometem violência durante períodos de seguimento que variam de 6 meses a três anos (ROTHMAN et al, 2003).

De acordo com levantamento realizado por Montero e Bonino (2006), avaliações realizadas em diferentes países que há pelo menos vinte anos desenvolvem programas com homens que cometeram violência conjugal, demonstram que esses programas tem efeito positivo, desde que cumpram determinados critérios. Entre os principais resultados, os autores destacam que após 30 meses do fim do programa há diminuição da violência psicológica e 80% dos homens não voltam a cometer violência física.

Mas as avaliações do programas de intervenção com HAV também são criticadas, pois os homens que participam destas ações podem se tornar mais habilidosos em ocultar novas agressões e

consequentemente os resultados das avaliações serão mais positivos do que realmente são. Além disso os efeitos das intervenções são obtidos apenas com os homens que completaram o programa, e um dos principais problemas enfrentados pelos programas é o alto índice de desistência. (ROTHMAN et al, 2003). Entre as pessoas contrárias às intervenções com HAV, predomina a visão de que a prisão dos homens é o melhor dispositivo para a segurança das mulheres (LIMA e BÜCHELE, 2011).

A despeito das críticas a estes programas existem razões importantes para implementá-los: a) as mulheres que sofreram violência solicitam esse tipo de intervenção; b) para responsabilizar os que perpetram violência e erradicá-la; c) mulheres submetidas a violência nem sempre se separam do companheiro; d) necessidade de intervir com homens que, mesmo que se separem, repetem seus padrões violentos em novos relacionamentos; e) para romper a transmissão intergeracional da violência (ANTEZANA, 2012).

Entre os argumentos favoráveis a este tipo de intervenção, um dos mais utilizados pode ser identificado nos questionamentos elaborados por Ramos (2006, p.9):

Como compreender a violência de gênero se não investigando também os homens, suas histórias de reconstrução de gênero, suas experiências e narrativas? Como intervir nesse tema, além do indispensável trabalho com as vítimas, se não atuando também com os que geralmente a perpetram?

Os primeiros programas abordavam principalmente o controle da ira, com o uso de técnicas cognitivas. Todavia, com o passar dos anos percebeu-se que trabalhar apenas com o controle da ira era insuficiente, tendo muitas vezes o efeito oposto, como o aumento da violência cometida contra a mulher. Dessa forma, se recomendam os programas que trabalham as questões de gênero com o casal e de modo mais subjetivo, e que buscam quebrar as ideologias tradicionais que justificam a violência exercida contra a mulher (TONELI et al, 2010).

Atualmente, de acordo com Antezana (2012), os principais modelos de intervenção com homens que praticam violência conjugal são:

- a) modelo psicopatológico: desenvolvido por psicólogos, considera a violência no casal como um distúrbio da personalidade, desconsiderando a questão sociocultural de gênero. Considera que os homens que cometem violência

desenvolveram uma personalidade abusadora, por terem vivido vínculos inseguros e sofrerem ou testemunharem violência parental. Possui uma perspectiva clínica e psicoterapêutica, abordando no tratamento dos homens dimensões como apego, vergonha, culpa e experiências traumáticas.

- b) enfoque psicoeducativo pró-feminista: é favorável aos valores feministas e considera o problema de violência de gênero no âmbito das relações de poder e controle dos homens sobre as mulheres. A intervenção mais conhecida é o modelo Duluth, cuja metodologia se baseia na criação de grupos educativos, e considerada que a violência exercida por homens é mais parte de um padrão de comportamento do que um incidente isolado.
- c) enfoque cognitivo-comportamental: também desenvolvido por psicólogos, considera a violência um problema dos pensamentos, crenças e condutas das pessoas mais do que uma questão de poder e controle sobre o cônjuge. A intervenção é dirigida aos pensamentos considerados “incorretos”, dando prioridade à cognição. Os programas que seguem exclusivamente este modelo não incluem o gênero como tópico relevante para o problema, posicionando a questão no nível individual.
- d) enfoque construtivista-narrativista com perspectiva de gênero: baseado na perspectiva construtivista, considera ao mesmo tempo o contexto sociocultural e político próprio dos enfoques pró-feministas e das teorias de gênero. Assim, esse modelo compreende que a violência que homens desenvolvem contra as mulheres não é um fenômeno isolado devido a uma mente “errada”, e sim uma questão social inserida numa subjetividade individual.

No Brasil, um dos modelos mais conhecidos de intervenção é o desenvolvido pelo Instituto NOOS, que atua por meio de grupos reflexivos de gênero com homens, com um enfoque sistêmico. O trabalho em grupo visa a reconstrução de significados sobre modelos de masculinidade e relações de gênero, e permite o compartilhamento de experiências comuns em situações semelhantes e consequentemente a percepção de outras maneiras de expressão da masculinidade. Porém os autores deste modelo não o consideram um grupo psicoterapêutico, embora apresente efeitos terapêuticos, e não indicam terapias como primeira medida para autores de violência, entendendo o grupo reflexivo

como complementar a ações policiais, médicas e psicológicas contra a violência familiar (BEIRAS, 2009).

Estes grupos ocorrem semanalmente, com duração de duas horas e meia por encontro, durante cinco meses, num total de 20 encontros, com no máximo 12 homens. Os grupos são conduzidos por dois facilitadores, um estagiário ou voluntário, e uma equipe reflexiva. De forma geral ocorre um pré-grupo entre a equipe, o grupo propriamente dito (compromisso de convivência e não-violência ativa, levantamento temático e dinâmicas geradoras de conversas), e pós-grupo (BEIRAS, 2009).

### **3.5.3 Diretrizes para a Realização do Acompanhamento aos Homens**

O grupo 25, formado por homens e mulheres que trabalham com questões relacionadas a violência de gênero na Espanha, propôs 11 critérios que deveriam ser cumpridos pelos programas de intervenção com homens que cometeram violência conjugal (MONTERO e BONINO, 2006).

Estes critérios são baseados em pesquisas e meta-análises sobre programas de intervenção, e incluem: a) os programas devem se basear na orientação de gênero e fazer parte de um sistema mais amplo de intervenções coordenadas; b) os profissionais que desenvolvem os programas devem ser qualificados e supervisionados de forma permanente; c) o modelo multidimensional com perspectiva de gênero, que inclua as dimensões cognitiva, comportamental, emocional e histórica do comportamento violento é o mais apropriado; d) não devem abordar a violência de forma inespecífica e devem explicitar seus limites; e) a admissão no programa deve ser precedida de uma avaliação individual do participante; f) a intervenção deve incluir componentes educacionais, cognitivos, emocionais e comportamentais, cuja duração e graduação devem ser de acordo com o caso; g) o programa não deve durar menos de um ano, e o ideal é que combine intervenção em grupo e individual; h) deve incluir um sistema de avaliação, que inclua medidas pré e pós intervenção, e que considere que o período de 15 meses após a finalização da intervenção é o mínimo para comprovar a consolidação das mudanças; i) não deve ser uma alternativa a sanção penal; j) os programas subvencionados pelo poder público não podem ser separados de controle de qualidade; e k) esses critérios devem ser atualizados de acordo com novos conhecimentos, investigações e evidências (MONTERO e BONINO, 2006).

Em levantamento sobre programas de atenção à HAV, Lima e Büchele (2011) elencaram as seguintes considerações e recomendações sobre o este tipo de atendimento:

- Os programas tem efeitos modestos, mas positivos;
- Apresentam altos índices de desistência, tanto ao considerar os participantes voluntários quanto os que cumprem medida judicial;
- Não há comprovação científica de qual abordagem é mais eficaz;
- Parcerias com serviços que atuam com mulheres em situação de violência são importantes;
- A dimensão de gênero deve ser implementada;
- Os programas devem ser avaliados constantemente;
- Devem ser garantidas capacitações e material didático para os profissionais.

Frente a complexidade do tema violência intrafamiliar e do trabalho com autores de violência, pesquisadores da área tem observado que intervenções convencionais, buscando causas para o comportamento violento, um perfil do autor de violência ou explicações exclusivamente intrapsíquicas não são suficientes ou satisfatórias. Por outro lado a utilização de grupos de conversação e reflexão vem sendo valorizados. Estes grupos devem buscar formas de flexibilizar e construir masculinidades não violentas, promovendo novas aprendizagens nas relações familiares e sociais baseadas no limite e respeito (BEIRAS, 2009; RAVAZZOLLA, 2007).

Beiras et al (2012) criticam as intervenções compulsórias ou que reforçam a conduta patologizadora do autor de violência, e propõem enfoques que não tratem o problema segundo o modelo médico “paciente-doente”. Assim, as intervenções deveriam propiciar um entendimento de que estes homens também são influenciados negativamente pelo sistema patriarcal, e as ações devem estar implicadas politicamente com movimentos feministas e com a perspectiva de gênero, questionando relações de poder.

Hoje, constata-se que o conhecimento sobre práticas sociais masculinas pode contribuir para ampliar o impacto e a eficácia dos programas voltados à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, ao controle da violência de gênero, à saúde e cuidado das

crianças, à saúde e aos direitos das mulheres, como também dos próprios homens (MEDRADO et al, 2009).

De acordo com Beiras (2009), o pensamento sistêmico juntamente à teoria feminista e aos estudos de masculinidades são os recursos que se apresentam como mais completos e eficazes para a intervenção com HAV. Isso porque a teoria sistêmica considera a complexidade da temática, a interdisciplinaridade, a necessidade de atuação em todo o contexto, além de buscar desconstruir rótulos, papéis e narrativas que colaboram para violências de gênero.

Ao discutir a necessidade de politização da atenção a HAV, Tonelli et al (2008) chamam a atenção que o espaço dos programas de atenção a homens não é apenas para seus usuários, mas também deveria ser compreendido como um momento de encontro da sociedade consigo mesma, ou seja, os homens que são considerados como necessitando de atenção são parte de uma sociedade que também precisa refletir sobre suas concepções de masculinidade e feminilidade, sobre as relações entre mulheres e homens, entre mulheres, entre homens. Assim, o atendimento a este grupo deve ser compreendido como um espaço político, que se fez possível a partir de demandas feministas e cujo funcionamento deve contribuir à re-educação destes homens e à reflexão da própria sociedade sobre os sujeitos que nela se constituem.

No Brasil a atenção a HAV ainda não faz parte da rede de enfrentamento à violência contra a mulher, contudo, as experiências em outros países demonstram que esta forma de ação pode trazer resultados efetivos, especialmente se todas as questões envolvidas neste tipo de violência, inclusive as de gênero, fizerem parte dos programas de atenção a estes homens.

Embora estes serviços de atenção não estejam totalmente estruturados no Brasil, há estudos que sugerem princípios para a realização dos mesmos. De acordo com o Caderno de Atenção Básica número 8 (BRASIL, 2001a), o atendimento as situações de violência intrafamiliar deve incluir a atenção a homens agressores, buscando os seguintes objetivos:

- Auxiliá-los a compreender a gravidade de seu comportamento;
- Identificar a existência ou não de violência nas relações afetivas anteriores, bem como na família de origem. Estes aspectos auxiliam a compreensão da natureza do problema e o quanto podem influenciar seu comportamento;
- Levá-los a compreender quais situações provocam o comportamento violento;

- Avaliar o quanto sentem-se motivados a receber auxílio para modificar este comportamento;
- Encorajá-los a responsabilizar-se por seus pensamentos, sentimentos, percepções e comportamentos;
- Informá-los sobre as diversas formas de violência e seu impacto na vida das pessoas envolvidas;
- Auxiliá-los a desenvolver uma forma mais positiva de pensar e sentir sobre si mesmos, fortalecendo sua autoestima;
- Auxiliá-los a exercitar novas e mais adequadas formas de expressar sua agressividade.

Com a Lei Maria da Penha, o interesse de serviços públicos em realizar intervenções com HAV tem crescido gradualmente. Mesmo assim ainda há dificuldades para a criação e manutenção destes serviços no país, como: políticas públicas ainda ineficientes, mudanças de gestão por questões políticas que interrompem serviços iniciados, desconhecimento sobre serviços similares para troca de experiências, necessidade de capacitação continuada, escassez de recursos e dificuldades de gestão. Além do entendimento de que recursos para estes serviços poderiam “competir” com os destinados ao trabalho com as mulheres vítimas, ao invés de compreender que ambos caminham juntos e se interconectam (BEIRAS, 2014).

A legislação brasileira, embora não descreva de forma ampla como esses serviços devam ser construídos e conduzidos, abre espaço para sua organização. Para que os programas que já existem no país se fortaleçam e ocorra a organização de uma rede de atenção, não específica para os autores de violência, mas que assista todos os envolvidos, é importante que se busque um acompanhamento sistematizado e contínuo desses serviços.

## 4 MÉTODO

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Foi desenvolvida uma pesquisa descritiva com abordagem quanti-qualitativa, realizada em duas etapas. A primeira consistiu na adaptação transcultural do questionário *Follow-up CDC (Centers for Disease Control and Prevention)*, pois não identificamos um instrumento validado no Brasil para investigar homens autores de violência entre parceiros íntimos participantes de programas de atenção. A segunda etapa, um estudo de caso realizado no Núcleo de Atendimento à Família e aos autores de violência Doméstica (NAFAVD), que assiste a população do Distrito Federal.

### 4.2 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO

#### 4.2.1 Método de Adaptação Transcultural

Instrumentos para acompanhar os resultados dos serviços de saúde tem sido desenvolvidos por pesquisadores da área de Saúde Pública, mas geralmente no idioma Inglês, havendo a necessidade de instrumentos desenvolvidos para países de língua não-inglesa, especialmente com o crescimento das pesquisas multicêntricas. Para responder a essa necessidade há duas opções: desenvolver um novo instrumento, ou utilizar um construído em outra idioma. A primeira opção exige tempo na contextualização da medida desejada e na seleção de itens a serem considerados, enquanto a segunda não pode ser limitada a tradução simples do instrumento, devido as diferenças culturais e de linguagem (GUILLEMIN et al, 1993).

A adaptação de instrumentos elaborados em outra cultura ou idioma historicamente se detinha à simples tradução do original, ou em alguns casos à sua comparação com uma retradução. Pesquisadores de diferentes áreas vem sugerindo então que o processo de Adaptação Transcultural (ATC) de um instrumento seja uma combinação entre um componente de tradução literal de palavras e frases de um idioma para o outro, e um processo de sintonização que considere o contexto cultural e estilo de vida da população alvo da versão adaptada do instrumento. O termo ATC seria então o processo que considera tanto as questões relacionadas a tradução quanto às diferenças culturais ao preparar um

questionário para uso em um cenário diferente (BEATON et al, 2000; REICHENHEIM e MORAES, 2007).

Após uma revisão de literatura, Guillemin et al (1993) elencaram as diferentes situações para uso de instrumento validado no idioma Inglês, considerando a necessidade ou não de alguma forma de tradução ou adaptação. Analisando a cultura, linguagem e país, os autores encontraram 5 cenários diferentes, sendo que em dois deles seria necessários além da tradução do instrumento, uma adaptação transcultural. Isso seria necessário ao utilizar o instrumento com imigrantes que não falassem inglês mas que morassem no país de desenvolvimento do instrumento, e ao utilizar o instrumento em outro país, com outro idioma. Os demais cenários estão apresentados no quadro 2.

Quadro 2. Possíveis cenários em que alguma forma de adaptação Transcultural é necessária.

Desejando utilizar o questionário em uma nova população conforme descrito abaixo:	resulta em mudança na/no:			Adaptação necessária	
	Cultura	Idioma	País de uso	Tradução	Adaptação Cultural
A Usar na mesma população	-	-	-	-	-
B Usar com imigrantes estabelecidos no mesmo país	✓	-	-	-	✓
C Usar em outro país, com mesmo idioma	✓	-	✓	-	✓
D Usar com novos imigrantes, que não falam inglês, mas no mesmo país	✓	✓	-	✓	✓
E Usar em outro país e outro idioma	✓	✓	✓	✓	✓

Adaptado de Beaton et al, 2000

Assim, o uso de instrumentos validados em outros contextos linguístico-sócio-culturais permite comparar achados de pesquisas, agiliza processos e reduz custos. Porém há diferentes abordagens teóricas e propostas para conduzir a ATC de um instrumento, e não há consenso quanto às estratégias de execução (REICHENHEIM e MORAES, 2007).

A partir de uma revisão sobre esta metodologia, Guillemin et al (1993) sugerem cinco parâmetros de referência para preservar a equivalência entre o instrumento original e a versão adaptada, considerando que dependendo do tipo de medida obtida pelo instrumento não é possível seguir todos os parâmetros. Segundo os autores é necessário considerar:

- a) Tradução: devem ser realizadas pelo menos duas, por tradutores independentes. Estes tradutores devem ser qualificados, traduzir para sua língua materna, e um deve

- conhecer os objetivos do material a ser traduzido e a temática envolvida.
- b) Retradução: devem ser feitas retraduições no mesmo número que as traduções. Estes tradutores também devem traduzir para sua língua materna, mas não devem conhecer os objetivos do instrumento nem os conceitos envolvidos. Tradutores sem um conhecimento inicial do instrumento original são livres de expectativas, o que pode revelar significados e interpretações inesperadas na versão final.
  - c) Comitê de revisão: deve ser constituído um comitê para revisar as várias traduções e retraduições, preferencialmente multidisciplinar. Este poderá modificar as instruções e formato, modificar ou rejeitar itens inapropriados, e acrescentar novos itens.
  - d) Pré-teste: deve ser realizado um pré-teste, para verificar possíveis erros e desvios no processo de adaptação.
  - e) Ponderação de Pontuações: deve considerar a adaptação da ponderação de pontuações de acordo com o contexto cultural.

Ao revisar 45 artigos sobre adaptação de questionários, buscando quais as semelhanças e diferenças dos diferentes métodos de ATC, Acquadro et al (2008) encontraram em comum um processo com várias etapas e de revisão centralizado, com pelo menos uma retradução e alguma forma de pré-teste, e nos demais itens analisados os métodos variam consideravelmente. Embora os pesquisadores não tenham encontrado evidências em favor de um método específico para adaptação, sugerem o uso de uma abordagem com várias etapas como garantia de qualidade.

Considerando que não identificamos um instrumento validado no Brasil para avaliação dos programas de atenção a homens autores de violência, foi utilizada a técnica de ATC conforme descrita por Beaton et al (2000) com o questionário de Acompanhamento CDC. Este foi desenvolvido por Gondolf (2002) nos Estados Unidos, e contém perguntas abertas e fechadas sobre as situações de violência vivenciadas pelo casal que participa de programas de atenção. O método de escolha do instrumento a ser validado será detalhado no próximo tópico.

O processo de Adaptação Transcultural descrito por Beaton et al (2000) foi escolhido por seguir as diretrizes das revisões sistemáticas sobre a temática, e por ter sido desenvolvido com base em uma revisão sobre adaptação transcultural nas literaturas médica, sociológica e psicológica. Esta revisão levou à descrição de um método para a ATC

descrito para maximizar a obtenção de equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre o questionário original e o adaptado.

Além disso, a descrição de Beaton et al (2000) recebeu destaque na revisão realizada por Acquadro et al (2008), que selecionou 3 descrições do método de ATC entre os 45 encontrados. Estes foram focados no estudo por não terem sido desenvolvidos para um instrumento específico e sim para uma variedade de questionários, e apresentarem uma característica que os distinguiu dos outros. As orientações propostas por Beaton et al foram escolhidas porque estes foram os primeiros a propor uma extensa revisão sobre a ATC em 1993, seguida da pesquisa realizada em 2000.

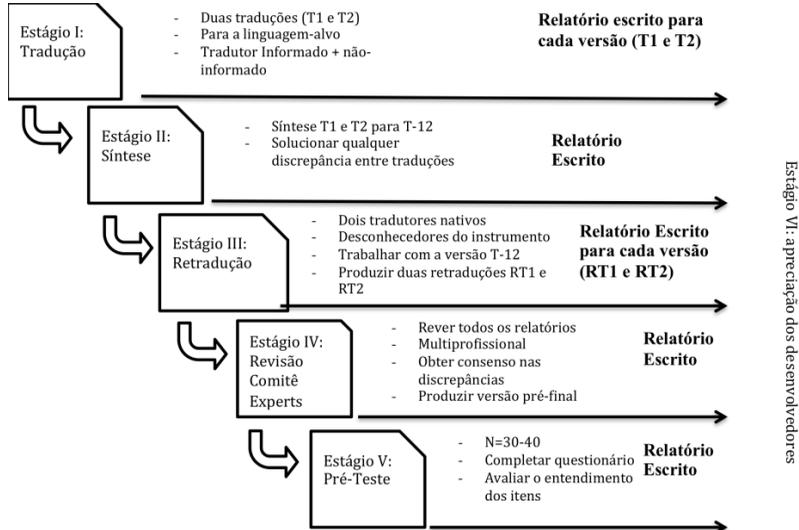
As etapas deste método estão sintetizadas na figura 1, e incluem a tradução do instrumento do inglês para português, a produção de uma síntese das duas versões traduzidas, a retradução da versão síntese. Então a versão em português é analisada por um comitê de experts na área e é realizado um pré-teste com esta versão. A cada etapa um relatório das atividades e dificuldades deve ser construído e na última fase o comitê de pesquisadores que coordenaram o processo avaliam estes relatórios e o resultado do pré-teste, ajustando a versão final do instrumento. Uma descrição detalhada de cada fase será apresentada neste capítulo, abordando cada fase seguida na ATC do Questionário de Acompanhamento CDC.

#### **4.2.2 Escolha do Questionário**

O processo de adaptação iniciou após a busca de instrumentos para acompanhamento dos participantes de programas de atenção a homens autores de violência contra a parceira. Tanto na busca nas bases de dados Scielo e LILACS, quanto no contato com serviços brasileiros de atenção a pessoas em situação de violência conjugal, não foi identificado um instrumento validado no Brasil com este objetivo.

O instrumento “*Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)*” é um instrumento utilizado para identificar violência entre casais. A versão inicial foi construída inicialmente por Strauss et al (1979), O CTS2 foi elaborado pelo *Family Research Laboratory* nos Estados Unidos da América e tem uma versão em português já adaptada para a língua portuguesa e utilizada em pesquisas sobre violência conjugal no Brasil, porém não inclui questões referentes ao atendimento ao autor da violência, por isso não respondia as perguntas deste estudo (MORAES et al, 2002).

Figura 1. Representação Gráfica dos estágios recomendados para a Adaptação Transcultural.



Adaptado de Beaton et al, 2000.

Foi então realizada uma busca em bases de dados internacionais e contatados serviços internacionais de atenção a homens autores de violência conjugal, sendo identificados dois instrumentos. O primeiro foi utilizado por Rothman et al (2003) para levantar as características dos serviços de atenção a homens autores de violência conjugal no mundo. Este questionário é aplicado com algum responsável pelo programa e busca informações sobre a organização e funcionamento do programa; como ano de fundação, tipo de atendimento, tipo de encaminhamento, financiamento e outros, não abordando informações detalhadas sobre as pessoas acompanhadas.

O segundo instrumento encontrado foi o questionário CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) Follow-up, construído por Gondolf (2002), se estrutura em duas partes, uma aplicada ao homem e outra a mulher; e foi desenvolvido para acompanhamento de homens que participam de programas de atenção a autores de violência por no mínimo 3 meses. Contêm informações sobre o sujeito, comportamento abusivo, busca por ajuda, uso de drogas, outras violências, programa de atenção e outros. Assim este instrumento foi selecionado por ser aplicado com os participantes do programa, tanto com o homem quanto

a mulher, e permitir a obtenção de informações sobre as situações de violência e sobre o serviço.

Este questionário foi desenvolvido a partir da revisão das limitações encontradas em avaliações de programas para atenção a homens autores de violência desenvolvidos anteriormente. As principais limitações encontradas foram: avaliações delimitadas a programas ou locais específicos; a variação nos procedimentos de cada avaliação dificultando a comparação dos resultados; se basear apenas na declaração das mulheres; fazer a avaliação após um longo período (6 meses a um ano); entrevistar apenas a parceira inicial; desconsiderar a mudança de circunstâncias durante o tempo de acompanhamento (GONDOLF, 2002).

Assim esse instrumento tem a finalidade de examinar como o programa foi implementado na sua respectiva comunidade, considerando sua complexidade e contexto; e de forma comparativa por poder ser aplicado em diferentes programas, sendo aplicado inicialmente após 3 meses de participação no programa, podendo acompanhar os participantes por 4 anos, repetindo a aplicação do instrumento a cada 3 meses. Mesmo assim o instrumento tem limitações, como a ausência de um grupo controle que permita distinguir um efeito do programa, a incerteza de que componentes podem explicar os resultados, e a dificuldade de comparar diferentes programas uma vez que cada sistema de intervenção tem suas características (GONDOLF, 2002).

O questionário foi aplicado pela primeira vez em um grupo de 840 homens e suas respectivas parceiras, selecionados em quatro diferentes programas de atenção, localizados em 4 estados diferentes, nas cidades de Pittsburgh, Dallas, Houston e Denver. Estes casais foram acompanhados por 4 anos, e mais de 12000 entrevistas realizadas utilizando o instrumento. Posteriormente, o questionário foi utilizado em estudo realizado em uma prisão na Califórnia, em um serviço de aconselhamento especializado com homens afro-americanos, e em um estudo sobre tratamento suplementar e saúde mental em um grupo de autores de violência presos (GONDOLF, 1997; GONDOLF 2002).

Ao aplicar o questionário em 840 homens e suas parceiras, durante 15 meses de acompanhamento, 31% das mulheres relataram que seus parceiros cometeram violência durante o tempo de acompanhamento. A frequência de violência foi alta, sendo relatada por 70% das mulheres, embora 73% delas se consideraram muito seguras (GONDOLF, 1997). Ao avaliar como os homens que participam dos programas para autores de violência evitam novos episódios de abuso, 53% dos homens reportaram utilizar métodos para interromper a

situação, 19% discutiram sobre o problema e 5% buscaram respeitar a mulher (GONDOLF, 2000).

O principal desfecho analisado pelo instrumento é a reincidência de violência, de acordo com Gondolf (2002), ela é avaliada por diversas questões do instrumento, mas especialmente pelas seguintes:

- Uma questão aberta sobre como o relacionamento vai indo;
- Descrições sobre qualquer conflito e suas circunstâncias;
- Uma série de questões semelhantes as utilizadas no *Conflict Tactics Scale*;
- A natureza das lesões e a assistência médica recebida para elas;
- A resposta da mulher ao abuso.

Sendo que para o instrumento, é considerada como reincidência da violência física qualquer situação que inclua um dos atos da escala de violência física do *Conflict Tactics Scale* (CTS). Esta escala foi concebida por Straus (1979) e adaptada para uso no Brasil por Moraes et al (2002), e considera como violência física os seguintes atos: empurrar, chutar, estrangular, queimar, dar um murro, tapa ou surra.

#### **4.2.3 Etapas da Adaptação Transcultural**

O processo de Adaptação Transcultural iniciou com a tradução do inglês para português por dois tradutores independentes. Em seguida foi produzida uma síntese das duas versões traduzidas, e a versão resultante retraduzida para o inglês por dois tradutores americanos, avaliando se não houve perda do sentido. A versão em português foi analisada por um comitê de experts na área, considerando a equivalência com o original. Para avaliar a versão construída pelo comitê de experts, foi realizado um pré-teste com uma amostra semelhante ao público alvo do instrumento.

Assim, homens e mulheres que comparecerem a uma delegacia especializada na atenção à mulher (DEAM), para consulta com o psicólogo da instituição foram convidados a analisar o questionário. Os sujeitos que aceitaram participar da entrevista avaliaram a compreensão de cada questão do questionário, declarando o que entenderam da pergunta, o que não ficou claro e se tinham alguma sugestão para mudança.

De acordo com o método descrito por Beaton et al (2000), a amostra do pré-teste deve ser composta por 30 pessoas, então foram

incluídos no estudo 30 homens e 30 mulheres, que compareceram a 6ª Delegacia especializada na atenção a Mulheres de Florianópolis/SC, no período de abril a junho de 2013, para acompanhamento devido a situação de violência conjugal. Não foram incluídos sujeitos que compareceram a instituição para acompanhamento devido a outro tipo de violência.

As respostas dos participantes foram compiladas em planilha e analisadas estatisticamente, sendo que as questões consideradas incompreensíveis ou pouco compreensíveis por mais de 10% dos participantes foram readaptadas (REICHENHEIM, MORAES, 2007). Os resultados da ATC do instrumento são apresentados em forma de artigo no Apêndice A, e as versões finais dos questionários nos Apêndices B e C.

#### **4.2.4 Aspectos Éticos**

Foi realizada uma visita prévia à 6ª Delegacia de Proteção à Mulher, à Criança, Adolescente e ao Idoso de Florianópolis-SC, com a finalidade de apresentar o projeto, seus objetivos e procedimentos, sendo o estudo autorizado pelo responsável pela instituição.

O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) do Hospital Infantil Joana de Gusmão, de acordo com a resolução 466 de 2012 do CONEP, e aprovado sob o parecer nº 715.461, apresentado no Anexo A. Os sujeitos que participaram do pré-teste assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), apresentado no apêndice D.

#### **4.3 ESTUDO DE CASO**

Na segunda etapa da pesquisa desenvolveu-se um estudo de caso no Núcleo de Atendimento à Família e aos autores de violência Doméstica (NAFAVD), localizado no Distrito Federal (DF), sendo entrevistados os homens acompanhados e os profissionais responsáveis pelo atendimento a esta população.

Utiliza-se o estudo de caso para compreender fenômenos sociais complexos, buscando entender como e por que acontecem. Este método é utilizado de forma extensiva nas ciências sociais, e para Yin (2005) é uma investigação empírica, um método que abrange planejamento, técnicas de coleta de dados e análise dos mesmos.

Entre as aplicações deste método estão explicar os possíveis vínculos causais em intervenções da vida real que são complexos demais

para as estratégias experimentais ou as utilizadas em levantamentos, e para explorar aquelas situações em que a intervenção que está sendo avaliada não apresenta um conjunto claro e simples de resultados (YIN, 2005).

#### **4.3.1 Seleção do Local de Estudo**

A seleção do serviço a ser estudado iniciou pelo levantamento dos locais de atenção a homens autores de violência contra a parceira no Brasil. As delegacias especializadas no atendimento a mulheres, registradas no site da Secretaria de Políticas para as mulheres, foram contadas via telefone. Então os serviços informados pelas delegacias foram contatados por telefone e e-mail, e utilizada a técnica de Bola de Neve para levantar novos locais de atenção. Dessa forma, cada programa informava se conhecia outros serviços semelhantes.

Foram encontrados 17 serviços de atenção ao homem em situação de violência, que incluíam intervenções no âmbito da saúde. Estes programas receberam por e-mail uma ficha, para o responsável pelo serviço preencher com dados como: tempo de funcionamento, tipo de atendimento, profissionais envolvidos, população atendida, número de atendimentos por mês, forma de entrada e financiamento do programa, conforme apêndice E.

As fichas preenchidas foram organizadas em uma planilha e as informações obtidas estão apresentadas no quadro 3. A maioria dos serviços (07) atende a região Sul do país, 06 a região Sudeste, 02 a região Norte, e as regiões Nordeste e Centro-Oeste contam com um serviço cada. Sete serviços atendem no máximo 20 homens por mês, e oito surgiram entre os anos de 2000 e 2009. Quanto ao encaminhamento, sete serviços declararam ser exclusivamente jurídico, e outros sete, além do encaminhamento jurídico a procura pode ser espontânea ou por indicação de um profissional de saúde, 09 serviços declararam ser públicos e 06 prestam atendimento às mulheres também.

Para definir o local da investigação foi considerado o tempo de implantação do serviço, o número de homens atendidos, a área atendida, se também oferecia acompanhamento às mulheres, e que fosse serviço público. Assim, definimos pelo Núcleo de Atendimento à Família e aos autores de violência Doméstica – NAFVD.

Quadro 3. Serviços de Atenção a Homens autores de violência contra a mulher no Brasil, 2014.

Serviço	Local de Atuação	Ano de fundação	nº homens atendidos por mês	Financiamento	Atende mulheres
SARE	Amazonas	2012	30	público	não
NEAH	Belém-PA	-	não informado	público	não
Nuah	Fortaleza-CE	2011	informado	público	sim
NAFAVD	Distrito Federal	2003	120	público	sim
NAV	Nova Iguaçu-RJ	2007	02	ONG	sim
NOOS	Rio de Janeiro-RJ	1999	08	não informado	não
Serh	Rio de Janeiro-RJ	2008	16	público	não
CAVVID	Vitória-ES	2006	30	público	sim
ANDROS	Belo Horizonte-MG	2005	160	público	não
Coletivo Feminista	São Paulo-SP	2006	20	não tem	não
CREAS	Blumenau-SC	2001	não informado	público	sim
CREAS	São Miguel do Oeste-SC	2009	02	não público	sim
Unicesumar	Maringá-PR	2014	não informado	não informado	não
Ser Mais	Ponta Grossa-PR	2013	não informado	público	não
Unifama	Maringá-PR	2014	20	público	não
Fênix Amor	Curitiba-PR	2006	não informado	ONG	sim
Exigente	Rio Grande do Sul	1989	03	doações e vendas	sim

O NAFVD foi inaugurado em 20 de outubro de 2003, pelo Conselho dos direitos da Mulher (CDM), funciona com um termo de cooperação técnica com o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT), que fornece o espaço físico. Atende a concepção da Lei Maria da Penha de incluir o agressor no acompanhamento, embora tenha sido criado antes da promulgação desta lei. É um programa desenvolvido e financiado pelo Governo do Distrito Federal,

por meio da Secretaria de Estado da Mulher, que oferece acompanhamento psicossocial aos envolvidos em situações de violência doméstica contra a mulher (BRANCO, 2010; SEMDF, 2014).

O núcleo foi elaborado de acordo com a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação contra as Mulheres e também, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e o que dispõe as Nações Unidas na IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing, 1995. O NAFAVD visa oferecer ao agressor e às vítimas um acompanhamento psicossocial e jurídico e, de acordo com o projeto inicial elaborado pelo CDM o objetivo geral do programa era:

criar um Núcleo de Atendimento à prestação de serviços especializados à mulher, ao agressor e à família vítima de violência doméstica nas áreas psicológica, social e jurídica, por meio de medidas de integração e socialização, proporcionando, à mesma, acesso a programa eficaz de recuperação, que lhe permita desenvolver a auto-estima, construir respeito mútuo e eliminar práticas e atitudes nocivas às relações conjugais e à dinâmica familiar saudável, que promovam o pleno desenvolvimento psicológico, social e moral de crianças e adolescentes (CONSELHO DOS DIREITOS DA MULHER DO DF, 2003).

O serviço foi implantado inicialmente na Região administrativa de Samambaia, com o objetivo de promover o acompanhamento das mulheres e seus familiares, inclusive os agressores, após a saída da Casa Abrigo. Esta recebe geralmente vítimas de violências cometidas pelos atuais ou ex-parceiros íntimos que chegam após denúncias registradas na Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher, e que estão em situação de risco de morte por ameaças ou pela gravidade das violências sofridas. A Casa Abrigo busca oferecer acompanhamento psicológico, jurídico e médico, entre outros, para as mulheres abrigadas e seus filhos (AGUIAR, 2009).

Com a promulgação da Lei Maria da Penha em 2006, o NAFAVD foi expandido para outras Circunscrições Judiciárias no DF. Atualmente o programa está organizado em nove núcleos, localizados em oito regiões administrativas do Distrito Federal (Santa Maria, Gama,

Ceilândia, Brazlândia, Planaltina, Samambaia, Paranoá e Núcleo Bandeirante) e no Plano Piloto. Tais Núcleos estão localizados em um espaço cedido pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT) ou pelo Ministério Público, nos Fóruns ou Promotorias de Justiça locais (AGUIAR, 2009; BRANCO, 2010).

Cada Núcleo conta com um responsável pelos atendimentos, e a gestão do programa é atribuição da Subsecretaria para Assuntos da Mulher (Subsam-SEJUS/DF). Este órgão é responsável por diferentes programas que tratam dos interesses da mulher, entre eles o programa Casa Abrigo/DF e o Disque Direitos Humanos da Mulher. A Subsam conta com uma equipe composta por psicólogos, assistentes sociais, agentes sociais e administrativos, bem como pela equipe gestora (BRANCO, 2010).

Os encaminhamentos para atendimento no NAFAVD são realizados pela própria Subsam ou pelos profissionais da Casa Abrigo/DF. As pessoas também são encaminhadas pelo MPDFT, através da sua Central de Medidas Alternativas (CEMA), ou por meio de determinação judicial dos Magistrados do TJDFT. Em geral, o prazo para o acompanhamento psicossocial é definido pela CEMA ou pelos Magistrados em Ata de Audiência, podendo variar entre dois e seis meses (BRANCO, 2010).

Atualmente, o NAFAVD oferece atendimento psicossocial aos homens autores de violência doméstica contra mulheres, incluindo todas as formas de violência tipificadas na lei Maria da Penha. Sendo que o acompanhamento psicossocial do NAFAVD objetiva provocar reflexões sobre as questões de gênero, comunicação, reconhecimento e expressão de sentimentos, Lei Maria da Penha, entre outros temas relacionados à violência contra a mulher (SEMDF, 2014).

Esse acompanhamento é desenvolvido inicialmente de forma individual, e na continuidade em grupo, com encontros semanais, com duração de 2 horas; sendo conduzido por profissionais de diferentes formações, mas principalmente psicólogos.

O atendimento individual é o acolhimento psicológico, com a finalidade de conhecer sobre as histórias de vida e as questões mais pertinentes para cada participante. Durante essa etapa é iniciado o preenchimento da “Evolução Administrativa” (que registra datas dos contatos e atendimentos), o “Formulário de Acolhimento” (que registra um pouco da trajetória de vida dos homens), a “Evolução Psicológica”, que é alimentada em todos os atendimentos, e é assinado o “Termo de Acompanhamento Psicossocial”, que registra o compromisso do homem com as regras indicadas pelo serviço (MONTEIRO, 2014).

O grupo tem caráter psicossocial, e inclui a dimensão social da violência e a perspectiva psicológica de quem a cometeu. Assim, as construções sociais sobre gênero, que incluem: divisão sexual do trabalho, papéis tradicionais de homem e mulher, paternidade, modelo de família tradicional, entre outros; são considerados pelos profissionais na condução dos grupos (MONTEIRO, 2014).

O acompanhamento é finalizado com um atendimento individual, onde é avaliada a participação do homem, realizados outros encaminhamentos e enviado um relatório final para o judiciário. A cada atendimento, individual ou no grupo, o homem assina uma ficha de frequência, e em caso de não cumprir a frequência mínima (máximo duas faltas) o processo é reencaminhado para o fórum de origem, para reavaliação do caso pelo juiz responsável.

Durante o período em que o estudo de caso foi realizado, o acompanhamento dos homens durou 3 meses e os homens foram encaminhados majoritariamente por decisão judicial, sendo a participação obrigatória. Embora o encaminhamento seja via judicial, o serviço não tem acesso ao processo do participante, e não é informado sobre os atos de violência cometidos, apenas sobre qual o relacionamento com a vítima.

O núcleo também oferece atendimento às mulheres vítimas de violência, porém estas raramente são encaminhadas pelo serviço judicial, e sua participação não é obrigatória. Quando as mulheres participam, o atendimento a elas ocorre em horário e dia da semana diferente do grupo para homens, evitando o contato entre os mesmos.

#### **4.3.2 Seleção dos Participantes**

Participaram deste estudo homens acompanhados no NAFVD e os profissionais do serviço que atendem este grupo.

Foram considerados elegíveis para a pesquisa homens atendidos no NAFVD, no período entre os meses de março e dezembro de 2015, por no mínimo 3 meses, devido a violência contra a parceira; e as mulheres cujo companheiro estava participando do programa há pelo menos 3 meses. Apenas os homens que estivessem completando 3 meses de acompanhamento foram convidados para respeitar o modo de aplicação do instrumento original.

Eles foram convidados para a pesquisa no último encontro do grupo, sendo convidados 167 homens. Destes, 86 aceitaram participar, representando sete diferentes núcleos do programa (Samambaia,

Sobradinho, Planaltina, Brazlândia, Santa Maria, Gama e Plano Piloto). A companheira ou ex-parceira dos homens que participaram da pesquisa e que eram acompanhadas pelo serviço foram convidadas, seis mulheres se encaixavam no perfil, mas apenas duas aceitaram participar da pesquisa.

As mulheres são convidadas a participar das atividades do NAFAVD, não sendo sua participação obrigatória, por isso apresentam menor aderência aos grupos. Além disso, o objetivo principal do serviço é o acompanhamento dos autores de violência, e devido ao número pequeno de profissionais em relação a demanda de atendimentos, os grupos com homens são priorizados. Assim a proposta inicial desta pesquisa, de entrevistar o casal foi alterada, e foram incluídos os profissionais que atuam diretamente no atendimento a estes homens.

No período da pesquisa, 13 profissionais atuavam no NAFADV realizando o atendimento aos homens autores de violência. Eles foram convidados a participar da pesquisa em uma reunião de equipe e 8 aceitaram, representando 6 núcleos do serviço (Samambaia, Planaltina, Brazlândia, Santa Maria, Gama e Plano Piloto).

### 4.3.3 Coleta de Dados

A entrevista com os homens foi agendada previamente, e realizada no momento da finalização da participação no programa, em sala reservada do NAVAFD, sempre pela mesma pesquisadora, utilizando o questionário *Follow-up CDC (Centers for Disease Control and Prevention)*, desenvolvido por Gondolf (1997, 2002) e adaptado previamente para o português.

Os dados foram registrados no *software* Epidata (LAURITSEN, 2002), em uma máscara construída a partir dos dados presentes no questionário, para formar um banco de dados. Enquanto os dados qualitativos foram transcritos em uma planilha construída no *software* Excel. Para manter o anonimato, cada homem recebeu um número, de acordo com a entrada na planilha de dados.

Os profissionais foram contatados individualmente para agendar a entrevista, que foi realizada em sala reservada do NAVAFD, sempre pela mesma pesquisadora, utilizando um roteiro com perguntas abertas, construído a partir do relatório publicado por Rothman et al (2003), que inclui questões sobre o serviço, forma de funcionamento e financiamento, entre outros, conforme apresentado no Anexo B.

Os dados obtidos a partir da entrevista com os profissionais

também foram transcritos em planilha construída no *software* Excel, e cada profissional recebeu um número de acordo com a entrada na planilha de dados, para manter o anonimato.

#### 4.3.4 Análise dos Dados

Foram obtidas as porcentagens e médias dos dados quantitativas, no *software* Excel, os resultados apresentados em tabelas. Foram analisadas as porcentagens das situações de violência, as variáveis referentes ao perfil socioeconômico dos participantes - idade, escolaridade, situação ocupacional, renda -, questões relacionadas ao uso de álcool e relacionadas às mudanças percebidas após o acompanhamento no NAFVD.

As variáveis socioeconômicas incluíram a idade em anos completos (posteriormente categorizada em 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, e acima de 60), o estado civil (casado ou com companheira que denunciou a violência, divorciado ou separado, nova companheira), a escolaridade (analfabeto, até o ensino médio - que incluiu os homens alfabetizados, com ensino fundamental incompleto ou completo, e ensino médio incompleto e completo - e ensino superior ou pós-graduação), a situação ocupacional (empregado e desempregado; que incluiu aposentados, estudante e outros) e a renda mensal em números de salários mínimos (até 3, 3 a 6, 7 a 10, maior que 10; sendo que um salário mínimo correspondia a 788 reais no período da pesquisa).

As questões relativas ao uso de álcool foram: (1)“você tem usado mais ou menos álcool nos últimos 3 meses?”, (2)“com que frequência você consome álcool”, (3)“com que frequência você ficou sob efeito de álcool”. O uso de álcool (questão 1) foi categorizado em: nunca bebeu, bebe (mais, a mesma quantidade, menos) e parou de beber. A frequência do uso de álcool (questão 2) e a frequência de embriaguez (questão 3) , foram categorizadas em número de vezes por semana ou por mês).

As relativas à violência abrangiam: (1) “você tentou controlar a companheira de algumas das seguintes maneiras?”, (2) “Nos últimos 3 meses, você: xingou ou gritou com ela, acusou-a de estar envolvida com outro, humilhou-a, insultou-a ou chamou-lhe nomes ?” (3) Você ameaçou a companheira de alguma forma nos últimos 3 meses?”, (4) “nos últimos 3 meses, você, de alguma maneira, empurrou, agarrou, esbofeteou, bateu ou confrontou fisicamente a companheira?”, (5) “forçou-a a ter relações sexuais contra sua vontade?”, (6) “em algum

momento você sentiu vontade de bater em sua parceira? Se sim: O que aconteceu?”, (7) “alguma mulher com quem você esteve envolvido já o atacou fisicamente de alguma maneira desde que você entrou no programa? Se sim, descreva o que ela fez”, (8) “Qual a probabilidade de você agredir sua companheira nos próximos meses?”, (9) “O que levaria você nesse momento a agredir fisicamente a companheira?”.

Os atos de violência foram classificados de acordo com a Organização Mundial da Saúde (KRUG et al, 2002) em violência física, sexual, psicológica, ou comportamento controlador. Violência física incluiu apertar, agarrar, empurrar, esbofetear, chutar, queimar, atingir com alguma coisa, bater e usar arma (sim para a questão 4, 6 e/ou 7). Enquanto violência sexual correspondeu a forçar a ter relações sexuais contra a vontade (sim para a questão 5); violência psicológica incluiu seguir a mulher, xingar, ameaçar, acusar de estar envolvida com outro homem, humilhar ou insultar (sim para a questão 2 e/ou 3). E comportamento controlador incluiu impedir a mulher de usar o telefone, impedir que ela passasse tempo com os amigos ou que fosse a algum lugar que ela gostaria (sim para a questão 1).

As questões referentes às mudanças durante o tempo de acompanhamento e as sugestões de modificações incluíram: (1) “Qual a probabilidade de você bater na companheira nos próximos meses?”, (2) “O que levaria você nesse momento a agredir fisicamente a companheira?”, (3) “O que você tem feito para evitar incidentes violentos nos últimos 3 meses?”, (4) “No que você mudou, se mudou, nos últimos 3 meses?”, (5) “Há alguma coisa que deveria ser modificada ou melhorada no programa do homem?”.

Para os dados qualitativos foi adotada a análise de conteúdo, proposta por Minayo (1999). Após a leitura flutuante dos depoimentos, foi realizada a leitura aprofundada, a ordenação dos dados, a classificação e a análise final. A partir da leitura e releitura das respostas elegeram-se as categorias de estudo, e suas subcategorias, de acordo com a frequência que apareceram.

Sobre o que a companheira fez na ocasião que os agrediu foram observadas duas categorias: ciúme e abuso de álcool pela parceira. Ao serem questionados sobre o que levaria a agredir fisicamente a companheira, foram percebidas três categorias principais: mudança após participar do programa, mudança por medo das consequências, e depende do comportamento da mulher. Sobre o que aconteceu quando sentiram vontade de bater na companheira pode se observar quatro categorias. Três referentes aos motivos que levaram a pensar em bater:

discussão, traição e a mulher não cumprir com o esperado; e uma sobre a influência do programa para evitar a violência.

Ao questionar os homens e os profissionais sobre a participação o programa foram elencadas duas categorias: estratégias de enfrentamento da violência pelos homens acompanhados e vulnerabilidades do acompanhamento. A primeira categoria incluiu as seguintes subcategorias: mudanças de atitude, acompanhamento como espaço para ser ouvido, e experiências compartilhadas em grupo. As vulnerabilidades do acompanhamento abrangeram: vínculo com o judiciário, ausência de avaliação dos resultados, ausência de formação continuada para os profissionais.

#### **4.3.5 Aspectos Éticos**

O local selecionado foi previamente visitado para apresentação do projeto, sendo liberado seu desenvolvimento no serviço.

O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) do Hospital Infantil Joana de Gusmão, de acordo com a resolução 466 de 2012 do CONEP, e aprovado sob o parecer nº 882.761, conforme Anexos C e D. Os sujeitos participaram da pesquisa mediante a assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). O termo direcionado aos homens entrevistados é apresentado no apêndice F e o dos profissionais no apêndice G.

Ao final da análise de dados, um relatório com os resultados da pesquisa foi apresentado a gerência do serviço e aos profissionais do mesmo.



## **5. RESULTADOS**

Os resultados deste estudo são apresentados sob a forma de dois artigos, conforme regulamento do programa de pós-graduação, e formatados de acordo com o regulamento da revista para a qual os mesmos serão encaminhados, conforme anexo E.

O artigo 1 apresenta o perfil socioeconômico, o uso de álcool e as situações de violência relatadas pelos homens acompanhados no NAVAFD durante o ano de 2015.

O segundo discute as estratégias de enfrentamento da violência pelos homens após o acompanhamento e as vulnerabilidades do programa, considerando a percepção dos homens e dos profissionais que realizam o acompanhamento.

## 5.1 ARTIGO 1

### **Perfil dos homens autores de violência contra a parceira íntima: estudo de caso de um serviço de acompanhamento.**

**RESUMO:** A violência por parceiro íntimo é um problema de saúde pública, cujas principais vítimas são as mulheres. Entre as formas de enfrentamento a este tipo de violência está a intervenção com os autores, que neste caso são principalmente os homens, porém estas ações recebem críticas se são realmente efetivas. Este estudo tem o objetivo de identificar o perfil socioeconômico, o uso de álcool e as situações de violência por parceiro íntimo vivenciadas por homens acompanhados em um serviço de atenção a autores de violência. Foi desenvolvido um estudo de caso no Núcleo de Atendimento à Família e aos autores de violência Doméstica (NAFAVD), que atende a região do Distrito Federal. Participaram 86 homens, que responderam o questionário *Follow-up CDC (Centers for Disease Control and Prevention)*, previamente adaptado para o português. Foram analisadas as características socioeconômicas dos participantes, o uso de álcool, a perpetração de violência e se o homem sofreu violência por parceiro íntimo. A maioria dos homens encontravam-se entre 20 e 49 anos, separados, empregados, com ensino médio e renda mensal de até 3 salários mínimos. Durante os 3 meses de acompanhamento do NAFAVD poucos homens relataram ter cometido violência psicológica e um violência física, 20,93% afirmaram que sentiram vontade de bater na companheira e 15,12% sofreram violência física perpetrada por ela. As informações encontradas sugerem que a atenção a este grupo pode evitar a reincidência de violência por parceiro íntimo e prevenir a ocorrência em novos relacionamentos, evidencia também a necessidade de políticas públicas que incluam a implementação de serviços especializados a autores de violência por parceiros íntimos e a importância de conhecer quem são os homens acompanhados nesses serviços.

Palavras chave: Violência contra a Mulher; Homem; Maus-tratos Conjugais; Prevenção

### **INTRODUÇÃO:**

Entre as formas de violência, a que ocorre entre parceiros íntimos é uma das mais comuns, sendo as mulheres as principais

vítimas<sup>1</sup>. Esta violência se refere a qualquer comportamento dentro deste relacionamento que cause dano ao companheiro, podendo também ser praticada pelo ex-parceiro; compreendendo as violências física, psicológica, sexual, moral, patrimonial e comportamento controlador, sendo considerada violência de gênero<sup>2</sup>.

A introdução da categoria gênero é fundamental para perceber as relações de violência no espaço familiar, uma vez que possibilita compreender os papéis socialmente pré-definidos para homens e mulheres, como perpetradores de relações hierárquicas desiguais. Dessa forma a violência contra a mulher pode ser observada através do poder exercido sobre ela, bem como pela legitimação histórica da dominação masculina<sup>3,4</sup>.

No mundo, a proporção de mulheres que sofreram violência física praticada pelo parceiro íntimo varia de 6% na China, a 48% na Zâmbia e Peru<sup>5</sup>. Nos Estados Unidos aproximadamente uma em cada dez mulheres foi violentada sexualmente pelo parceiro; 24,3% das mulheres sofreram violência física severa em comparação a 13,8% dos homens; 48,4% das mulheres e 48,8% dos homens vivenciaram pelo menos um ato de violência psicológica cometida pelo parceiro durante a vida<sup>6</sup>.

No Brasil, 25,9% das mulheres e 2% dos homens relataram ter sofrido violência física cometida pelo parceiro ou ex-parceiro<sup>7</sup>. Das 75.633 notificações de mulheres que sofreram algum tipo de violência, registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre 2009 e 2010, 17,5% foram vítimas do cônjuge e 5,5% dos ex-parceiros. Entre os homens vítimas de violência, 2,7% dos 38.010 casos notificados foram vítimas da parceira e 0,7% da ex-parceira<sup>8</sup>.

Quanto ao perfil do homem autor de violência, características socioeconômicas como idade, baixo grau de escolaridade, situação ocupacional, uso de álcool e histórico de violência na família têm-se demonstrado significativamente associados à violência contra a parceira<sup>9,10</sup>.

Para reduzir os índices de violência por parceiro íntimo é primordial implementar ações mais eficazes de segurança pública, aliadas a ações em saúde dirigidas aos homens, tanto de caráter preventivo como de atendimento a autores de violência, indo além dos binômios ofendida-agressor e proteção-punição. O trabalho com homens, em conjunto com trabalhos realizados junto às mulheres, seria uma alternativa mais eficaz na redução, contenção e prevenção desse tipo de violência<sup>11,12</sup>.

A Lei Nº 11.340, ou Lei Maria da Penha, principal instrumento jurídico de proteção e combate à violência doméstica e familiar contra a mulher no Brasil, aumentou os mecanismos de proteção às vítimas e incentiva a criação e promoção de centros de educação e reabilitação para agressores<sup>13,14</sup>. Assim, confere legitimidade política para a discussão e implementação de ações no país voltadas para os homens autores de violência, embora não aborde questões sobre a organização e estrutura dos centros de atendimento a este grupo, nem sobre o que seriam as ações de educação e reabilitação<sup>15</sup>.

A intervenção com autores de violência contra a companheira é uma medida controversa em diferentes âmbitos, e as principais críticas a sua organização são: utilizar recursos econômicos que poderiam ser destinados no amparo às vítimas; a imposição de medidas de ressocialização, reeducação ou tratamento ao invés de medidas punitivas; considerar que homens que praticam violência não mudam e, portanto, as intervenções com eles não são efetivas<sup>16</sup>.

No Brasil, as dificuldades para a criação e manutenção destes serviços incluem: políticas públicas ainda ineficientes, mudanças de gestão por questões políticas que interrompem serviços iniciados, desconhecimento sobre serviços similares para troca de experiências, necessidade de capacitação continuada, escassez de recursos e dificuldades de gestão<sup>17</sup>.

Considerando que no Brasil as intervenções com autores de violência por parceiro íntimo são recentes, é importante conhecer seu funcionamento e quem são os homens atendidos, diante disso esse estudo tem o objetivo de identificar o perfil socioeconômico, o uso de álcool e as situações de violência por parceiro íntimo relatadas por homens acompanhados em um serviço de atenção a autores de violência.

## **METODOLOGIA:**

Este estudo faz parte da tese de doutorado que analisou as situações de violência em casais cujo homem foi acompanhado pelo Núcleo de Atendimento à Família e aos autores de violência Doméstica - NAFVD, que atende a região do Distrito Federal (DF). Realizou-se estudo de caso, com abordagem quanti-qualitativa. Este método é utilizado para compreender fenômenos sociais complexos, buscando entender como e por que acontecem. Entre suas aplicações estão explicar possíveis vínculos causais em intervenções da vida real que são complexos demais para as estratégias experimentais ou as utilizadas em levantamentos, e explorar aquelas situações em que a intervenção que

está sendo avaliada não apresenta um conjunto claro e simples de resultados<sup>18</sup>.

### **Conceitos Utilizados**

A violência por parceiro íntimo (VPI) é entendida neste estudo como qualquer ato de violência entre parceiros ou ex-parceiros, sendo percebida como relacional<sup>1,2</sup> e serão analisadas tanto as violências perpetradas quanto sofridas pelo homem dentro do relacionamento conjugal.

Além disso a VPI é considerada uma violência de gênero, que se configura enquanto um processo de dominação e demonstração de poder que emerge da dinâmica familiar, trazendo consequências para toda família que a compartilha. Essa forma de violência parece partir de uma ordem social previamente estabelecida, em que a maioria das relações estabelecidas entre homens e mulheres, principalmente as afetivo-sexuais são permeadas pela subordinação e opressão, em que o gênero masculino exerce sua supremacia sobre o feminino. A mulher deve ser controlada, para isso se utiliza a força física e emocional, portanto combater violência significa repensar e romper com os modelos sociais que colocam um gênero em posição de supremacia enquanto diminuem o outro<sup>4,13</sup>.

O atendimento ao homem autor de violência é entendido como forma de propiciar espaço para responsabilização e reflexão sobre diferentes formas de se expressar, e não como forma alternativa de punição. Conforme a Lei Nº 11.340, que incentiva a criação e promoção de centros de educação e reabilitação para agressores, e altera a lei de Execução Penal; permitindo que nos casos de violência doméstica contra a mulher, o juiz possa determinar o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação<sup>1,11</sup>.

No âmbito da saúde, o atendimento a este grupo vai ao encontro da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que defende que para a integralidade na atenção à saúde do homem é necessária a visão sistêmica do processo da violência, não focando no seu papel de agressor, mas considerando os fatores que vulnerabilizam o homem à autoria da violência<sup>19</sup>.

### **Contextualização do Local de Pesquisa**

O Núcleo de Atendimento à Família e aos autores de violência doméstica (NAFAVD) foi inaugurado em 20 de outubro de 2003, pelo

Conselho dos Direitos da Mulher (CDM), por meio de convênio com o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT). Esse serviço atende a concepção da Lei Maria da Penha de incluir o agressor no acompanhamento, embora tenha sido criado antes da promulgação desta lei. Desenvolvido pelo Governo do Distrito Federal, na Secretaria de Estado da Mulher<sup>20,21</sup>.

Financiado pelo Governo do Distrito Federal, funciona com um termo de cooperação técnica com o Ministério Público, que disponibiliza o espaço físico. Atualmente o serviço é formado por 9 núcleos, um no Plano Piloto, em Brasília, os demais em regiões administrativas (Santa Maria, Gama, Ceilândia, Brazlândia, Planaltina, Samambaia, Paranoá e Núcleo Bandeirante). Oferece atendimento psicossocial aos homens autores de violência doméstica contra mulheres, incluindo todas as formas de violência tipificadas na lei Maria da Penha. Tem o objetivo de responsabilizar estes homens pelas violências cometidas, promover a reflexão sobre as questões relacionadas a violência doméstica e interromper o ciclo de violência.

Esse atendimento é desenvolvido inicialmente de forma individual, e na continuidade em grupo, com encontros semanais, com duração de 2 horas; sendo conduzido por profissionais de diferentes formações, principalmente psicólogos e pedagogos. O acompanhamento é finalizado com atendimento individual, onde é realizada avaliação da participação do homem e outros encaminhamentos se necessário.

Os temas abordados nos grupos com os homens autores de violência são: tipos de violência, lei Maria da Penha, questões do processo judicial, formas de comunicação, uso e abuso de álcool e outras drogas, construção social de gênero e masculinidades, estratégias não violentas para resolução de conflito e sentimentos.

Os homens são encaminhados majoritariamente por decisão judicial, após serem indiciados por violência doméstica. Sua participação no programa é obrigatória e o acompanhamento geralmente dura 3 meses. O serviço também atende homens encaminhados por outros serviços, como conselho tutelar e assistência social, além de aceitar a procura espontânea.

Embora os participantes sejam encaminhados por via judicial, o NAFVD não tem acesso ao processo jurídico, não é informado sobre os atos de violência que o homem foi acusado de perpetrar, somente quem foi a vítima (parceira, mãe, filha, entre outras).

O núcleo oferece atendimento às mulheres vítimas de violência, porém estas nem sempre são encaminhadas pelo serviço judicial, e sua

participação não é obrigatória. Quando participam, o atendimento ocorre em horário e dia da semana diferente dos homens, evitando o contato.

### **Participantes do estudo**

Foram considerados elegíveis para a pesquisa homens acompanhados pelo NAAVD devido à violência contra a parceira, por no mínimo 3 meses, no período entre os meses de março e dezembro de 2015. O convite foi realizado na última reunião do grupo de homens.

No total foram convidados 167 homens, sendo que 86 aceitaram participar da pesquisa, perfazendo representação de 7 diferentes núcleos do programa (Samambaia, Sobradinho, Planaltina, Brazlândia, Santa Maria, Gama e Plano Piloto).

### **Coleta dos dados**

A entrevista foi agendada previamente, para o mesmo dia do atendimento individual de finalização do acompanhamento. E realizada em sala reservada do NAAVD, pela mesma pesquisadora, utilizando o questionário *Follow-up CDC (Centers for Disease Control and Prevention)*, desenvolvido por Gondolf<sup>22</sup> nos Estados Unidos e adaptado previamente para o português pelas autoras.

As variáveis socioeconômicas abrangeram a idade em anos completos (posteriormente categorizada em 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, e acima de 60), o estado civil (casado ou com companheira que denunciou a violência, divorciado ou separado, nova companheira), a escolaridade (analfabeto, até o ensino médio - que incluiu os homens alfabetizados, com ensino fundamental incompleto ou completo, e ensino médio incompleto e completo - e ensino superior ou pós-graduação), a situação ocupacional (empregado e desempregado; que incluiu aposentados, estudante e outros), a renda mensal em números de salários mínimos (até 3, 3 a 6, 7 a 10, maior que 10; sendo que um salário mínimo vigente correspondia a R\$ 788,00).

As questões relativas ao uso de álcool incluíram: (1)“você tem usado mais ou menos álcool nos últimos 3 meses?”, (2)“com que frequência você consome álcool”, (3)“com que frequência você ficou sob efeito de álcool?”. O uso de álcool (questão 1) foi categorizado em: nunca bebeu, bebe (mais, a mesma quantidade, menos) e parou de beber. A frequência do uso de álcool (questão 2) e a frequência de embriaguez (questão 3), foram categorizadas em número de vezes por semana ou por mês).

As questões referentes à violência foram: (1) “você tentou controlar a companheira de algumas das seguintes maneiras?”, (2) “nos últimos 3 meses, você: xingou ou gritou com ela, acusou-a de estar envolvida com outro, humilhou-a, insultou-a ou chamou-lhe nomes?”, (3) “você ameaçou a companheira de alguma forma nos últimos 3 meses?”, (4) “nos últimos 3 meses, você, de alguma maneira, empurrou, agarrou, esbofeteou, bateu ou confrontou fisicamente a companheira?”, (5) “forçou-a a ter relações sexuais contra sua vontade?”, (6) “em algum momento você sentiu vontade de bater em sua parceira? Se sim: O que aconteceu?”, (7) “alguma mulher com quem você esteve envolvido já o atacou fisicamente de alguma maneira desde que você entrou no programa? Se sim, descreva o que ela fez”, (8) “Qual a probabilidade de você agredir sua companheira nos próximos meses?”, (9) “O que levaria você nesse momento a agredir fisicamente a companheira?”.

Os atos de violência foram classificados de acordo com a Organização Mundial da Saúde<sup>2,9</sup> em violência física, sexual, psicológica, ou comportamento controlador. Violência física incluiu apertar, agarrar, empurrar, esbofetear, chutar, queimar, atingir com alguma coisa, bater e usar arma (sim para a questão 4, 6 e/ou 7). Enquanto violência sexual correspondeu a forçar a ter relações sexuais contra a vontade (sim para a questão 5); violência psicológica incluiu seguir a mulher, xingar, ameaçar, acusar de estar envolvida com outro homem, humilhar ou insultar (sim para a questão 2 e/ou 3). E comportamento controlador incluiu impedir a mulher de usar o telefone, impedir que ela passasse tempo com os amigos ou que fosse a algum lugar que ela gostaria (sim para a questão 1).

### **Análise dos dados**

Os dados coletados foram registrados no *software* Epidata, através de máscara construída a partir das perguntas presentes no questionário, para formar o banco de dados. Foram analisadas as situações de violência e as variáveis do perfil socioeconômico dos participantes, que conforme a literatura<sup>9,10</sup> sobre o tema, apresentam relação com os casos de violência por parceiro íntimo. Assim, foram calculadas a frequência das seguintes variáveis: idade, escolaridade, situação ocupacional, renda e uso de álcool. A violência foi identificada por meio da verificação da frequência de ocorrência. Os resultados foram apresentados em tabelas.

Os dados qualitativos, referentes às questões abertas 6, 7 e 8, foram transcritos em planilha construída no *software* Excel. Para manter

o anonimato, cada homem recebeu um número de acordo com a entrada na planilha de dados. Foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Minayo<sup>23</sup>. Após a leitura flutuante dos depoimentos, foi realizada a leitura aprofundada, a ordenação dos dados, a classificação e a análise final. A partir da leitura e releitura das respostas elegeram-se as categorias de estudo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) do Hospital Infantil Joana de Gusmão, de acordo com a resolução 466 de 2012 do CONEP, sob o parecer nº 882.761. E os sujeitos participaram da pesquisa mediante a assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

## RESULTADOS:

Participaram do estudo 86 homens, com idade entre 20 e 69 anos, perfazendo média de 38 anos (DP 10,94). A maioria (86,02%) estava na faixa etária de 20 a 49 anos, 70,24% deles estudou até o ensino médio, 70,93% estavam empregados e 79,07% possuíam renda mensal de até 3 salários mínimos. Quanto ao relacionamento com a mulher que denunciou a violência e resultou na participação no programa de atenção, 67,44% (58) estavam separados e dentre esses 56,90% tinham novo relacionamento. A distribuição dessas variáveis nas demais categorias pode ser observada na tabela 1.

Tabela 1. Características socioeconômicas dos homens acompanhados pelo NAFAVD em 2015, n=86, Brasília-DF.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>idade</b>		
20-29	21	24,41
30-39	28	32,55
40-49	25	29,06
50-59	9	10,46
acima 60	3	3,48
<b>escolaridade</b>		
não alfabetizado	4	4,65
até o ensino médio	63	73,25
superior e pós-graduação	19	22,10

**situação ocupacional**

empregado	61	70,93
desempregado	25	29,07

**renda mensal\***

até 3 salários mínimos	68	79,07
entre 3 e 6 salários mínimos	8	9,30
entre 7 e 10 salários mínimos	3	3,49
maior que 10 salários mínimos	5	5,81
não respondeu	2	2,33

\* Um salário mínimo corresponde a R\$788,00

Quando questionados sobre o uso de álcool durante o período de acompanhamento do serviço, 33,72% relataram não utilizar, 10,47% pararam de usar nos últimos três meses e 55,82% fizeram uso de álcool. Dos que relataram usar álcool ou tinham parado de utilizar nos últimos 3 meses (n=57), 87,72% bebiam no máximo uma vez por semana e 91,23% nunca ou quase nunca ficavam embriagados. A distribuição dos participantes conforme o uso de álcool pode ser observada na tabela 2.

Tabela 2. Características do uso de álcool nos últimos 3 meses pelos homens acompanhados pelo NAFVD em 2015, n=86, Brasília-DF.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>uso de álcool</b>		
nunca bebeu	29	33,72
bebe	48	55,81
parou de beber	9	10,47
<b>frequência do uso de álcool (n=57)</b>		
quase nunca	12	21,05
1-2 vezes em 3 meses	7	12,28
1 vez por mês	6	10,53
2-3 vezes por mês	2	3,51
uma vez por semana	23	40,35
algumas vezes por semana	4	7,02
quase todos os dias	2	3,51

outro	1	1,75
<b>frequência de embriaguez (n=57)</b>		
nunca/quase nunca	52	91,23
1 vez por mês	1	1,75
2-3 vezes por mês	3	5,26
uma vez por semana	1	1,75

Sobre a ocorrência de VPI nos últimos 3 meses, 5 (cinco) cometeram violência psicológica contra a parceira, um homem agrediu fisicamente e 3 (três) psicologicamente a ex-parceira. Quanto a violência sofrida 15,12% (13) dos homens, afirmaram violência física cometida pela parceira ou ex-parceira e destes, 61,54% (8) relataram não terem se machucado na ocasião e todos negaram ter cometido violência contra a mulher antes de terem sofrido violência.

Ao relatarem o que a companheira fez na ocasião que os agrediu, os homens relacionaram o fato especialmente ao ciúme e abuso de álcool pela parceira como percebe-se nos discursos a seguir: “*ela me acusou de ter outras mulheres*” (Sr.6); “*ela sentiu ciúme, ela é muito ciumenta, ao extremo, deu tapas*” (Sr.70). “*bebeu e surtou, quis me bater*” (Sr.22); “*ela estava embriagada, pedi para parar, ela se alterou e me deu um soco no nariz*” (Sr.59).

Com relação a possibilidade de reincidir na agressão, a maioria dos participantes (79,07%) afirmam ser improvável bater na companheira embora 20,93% (18) vivenciaram situação em que sentiram vontade de bater no período em que participaram do programa ( tabela 3).

Tabela 3. Violência por parceiro íntimo sofrida e cometida nos últimos 3 meses, de acordo com os homens atendidos no NAFVD em 2015, n=86, Brasília-DF.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>vontade de bater na parceira</b>		
Sim	18	20,93
Não	66	76,74
não respondeu	2	2,32
<b>cometeu violência física</b>		
Sim	1	1,16

Não	68	79,06
sem contato com ex-companheira e sem novo relacionamento	17	19,76
<b>cometeu violência psicológica</b>		
Sim	8	9,30
Não	61	70,93
sem contato com ex-companheira e sem novo relacionamento	17	19,76
<b>probabilidade de cometer violência física</b>		
extremamente provável	1	1,16
pouco provável	1	1,16
Improvável	68	79,07
muito improvável	16	18,60
<b>sofreu violência física</b>		
Sim	13	15,12
Não	73	84,88

Ao serem questionados sobre o que levaria a agredir fisicamente a companheira, foram percebidas três categorias principais: mudança após participar do programa, mudança por medo das consequências, possibilidade de cometer violência devido ao comportamento da companheira. A primeira categoria está registrada nos discursos a seguir: “*nada, a cabeça está diferente*” (Sr.13); “*prefiro separar, não justifica*” (Sr.16); “*não tenho mais essa capacidade de tocar, depois que escutei aqui, isso nunca mais*” (Sr.73).

A mudança por medo das consequências, conforme evidenciado nas seguintes falas: “*agressão não compensa, melhor acionar a justiça, que elas são protegidas pela lei*” (Sr.30); “*por medo de voltar a fazer melhor me afastar*” (Sr.50); “*é complicado ir pra delegacia, policial chamando atenção, pela minha idade não é muito bom*” (Sr.51).

E a categoria que relaciona a possibilidade de cometer violência ao comportamento da companheira ficou evidente nos discursos: “*se for problema com o filho e ela for culpada*” (Sr.2); “*por causa dela, se*

*jogar alguma coisa em mim, vir pra cima*” (Sr.53); *“se ela viesse pra cima de mim*” (Sr.59); *“só se me bater*” (Sr.83).

Sobre o que aconteceu quando sentiram vontade de bater na companheira pode se observar 4 categorias. Três referentes aos motivos que levaram a pensar em bater: discussão, traição e a mulher não cumprir com o esperado; e uma sobre a influência do programa para evitar a violência.

Entre os relatos da categoria discussão estão: *“ela me irrita, tem o dom de me tirar do sério*” (Sr.29); *“discuti com ela, daí sai para dar uma volta*” (Sr.34).

A categoria traição é evidenciada nos discursos: *“quando descobri que ela estava saindo com outro*” (Sr. 40); *“ela achou que eu estava olhando para uma moça*” (Sr.73).

A categoria não cumprir com o esperado é ilustrada nos seguintes relatos: *“ela deixa de fazer as coisas e vai pra igreja*” (Sr.24); *“conversando sobre o casamento e ela no celular sem prestar atenção*” (Sr.45); *“ela cortou o cabelo da filha sem pedir, eu já tinha falado que não queria*” (Sr.50).

E a última categoria, sobre como o programa auxiliou a evitar a violência naquele momento: *“quis jogar a porta na cabeça dela mas lembrei daqui e coloquei no lado*” (Sr.57); *“ela bebeu muito e estava na TPM, enjoada, querendo me bater, usei o que aprendi aqui* (Sr.83).

## **DISCUSSÃO:**

Os resultados deste trabalho sugerem que a violência por parceiro íntimo é perpetrada por homens de todas as faixas etárias, não sendo possível relacionar essa variável a maior probabilidade de violência. No entanto, a maioria não completou o ensino médio, estava empregada e com renda mensal de até 3 salários mínimos.

A maioria dos homens (61,61%, 53) estava na faixa etária entre 30 e 49 anos, mesmo dado encontrado em outras pesquisas<sup>22,24</sup>. Embora diferentes levantamentos<sup>25</sup> apontem que homens mais jovens, até 30 anos, são mais propensos a perpetrar violência contra a parceira. Dossi et al<sup>26</sup> defendem que a idade isoladamente não pode ser considerada um fator que aumenta o risco de violência contra a parceira, e sim a diferença de idade entre o casal, que conseqüentemente leva a uma diferença no grau de escolaridade. Os achados desta pesquisa corroboram com esta opinião, pois as diferentes faixas etárias dos

homens apresentaram porcentagens de violência perpetrada semelhantes.

A maioria dos homens entrevistados estudou até o ensino médio, dado que vai ao encontro dos achados de outras pesquisas<sup>22,24,25</sup>, em que a baixa escolaridade é considerada fator de risco para violência por parceiro íntimo. Em pesquisa realizada com homens em situação de violência conjugal, Gomes et al<sup>27</sup> encontraram que 56% não concluiu o ensino médio, e que 44% completaram o segundo grau.

Esse estudo identificou que 70,93% dos homens estavam empregados, relação também encontrada por Silva<sup>24</sup>, onde a maioria (92,4%) acusados de perpetrar violência contra parceira estavam empregados. De acordo com revisão bibliográfica sobre o perfil dos autores de violência, conduzida por Silva et al<sup>10</sup>, o fato do homem estar desempregado aumenta a probabilidade de ocorrer violência, enquanto ser assalariado diminui o risco. Uma possível explicação seria o sentimento de impotência do homem frente a dificuldade ou incapacidade em criar e manter uma família, não correspondendo aos preceitos tradicionais que exigem do homem a responsabilização pela manutenção da estrutura familiar<sup>28</sup>. Ele é visto e cobrado socialmente como provedor da família, e é atuando no mercado que o homem é reconhecido como indivíduo e recebe valor<sup>29</sup>.

A predominância de homens empregados encontrada nesse estudo vai de encontro aos resultados dessas pesquisas que relacionam o desemprego a maior risco de violência, levando a refletir que é necessário observar as variáveis que compõem o perfil socioeconômico dos autores de violência de forma conjunta, analisando a relação entre eles. Embora a maioria dos participantes estivessem empregados, 79,07% tinham renda familiar menor que 3 salários mínimos.

Essa variável pode ter relação com a escolaridade predominante, pois geralmente a baixa escolaridade relaciona-se aos recursos pessoais para a resolução de problemas, inclusive no âmbito do relacionamento íntimo. Além disso, é possível que baixa escolaridade interfira no processo de qualificação profissional, resultando em salários inadequados ou desemprego<sup>28</sup>.

Frente ao predomínio de participantes com baixa renda mensal e baixa escolaridade, Dossi et al<sup>26</sup> defendem a necessidade de considerar que a maior prevalência da violência nos estratos sociais menos favorecidos pode estar relacionada à tendência das pessoas mais pobres denunciarem mais por se encontrarem em situação de vulnerabilidade social, enquanto os estratos economicamente privilegiados tendem a ocultar o problema.

Além disso, a maioria dos homens atendidos neste serviço são encaminhados pelo judiciário, por denúncia de violência realizada pela mulher em delegacia, e, segundo Alves e Diniz<sup>30</sup>, geralmente as mulheres com maior poder econômico têm recursos para enfrentar de outra forma os problemas de saúde e jurídicos resultantes da violência, o que pode explicar o predomínio do atendimento as mulheres das classes econômicas mais baixas nas Delegacias de Defesa da Mulher.

Então, embora a maioria dos participantes estavam empregados, apresentavam baixa renda mensal e grau de escolaridade, havia homens de diferentes idades, renda, escolaridade e situação ocupacional. Evidenciando que a violência por parceiro íntimo ocorre nos diferentes perfis socioeconômicos, por isso as ações de prevenção e enfrentamento deste fenômeno devem prever ações que incluam todos os homens.

Neste estudo 67,44% dos participantes estavam separados da mulher que denunciou a violência, e destes, 56,90% tinham novo relacionamento. Essas características do perfil chamam a atenção por dois motivos, o primeiro que o fim do relacionamento não significa necessariamente o fim da violência. O segundo referente a necessidade de oferecer atenção aos homens em situação de violência mesmo após o fim do relacionamento, uma vez que podem iniciar novos relacionamentos, e retornar a violência caso não encontrem novas formas de expressão e relacionamento. Essas são algumas das razões, descritas por Antezana<sup>16</sup>, da importância de implementar programas de atenção a homens em situação de violência.

A predominância de ex-companheiros (67,44%) no grupo estudado não foi encontrada em outras pesquisas, como a desenvolvida por Gomes et al<sup>27</sup>, em que 56% dos homens viviam em união estável. Enquanto Romagnoli et al<sup>31</sup> não encontraram relação entre estado civil e violência contra as mulheres, pois esta ocorreu tanto nas uniões estáveis (36,3%) quanto em seu rompimento (33,1%).

O fato dos homens permanecerem em relação conflituosa com as mulheres mesmo depois da separação, pode ser uma evidência das questões de gênero envolvidas na violência contra a mulher. A introdução da categoria gênero é fundamental para perceber as relações de violência no espaço familiar, uma vez que possibilita compreender os papéis socialmente pré-definidos para homens e mulheres. Dessa forma a violência contra a mulher pode ser observada através do poder exercido sobre ela, bem como pela legitimação histórica da dominação masculina sobre o outro gênero, e a naturalização da relação entre ser homem e ser violento<sup>4</sup>.

A dominação masculina constitui as mulheres como objetos simbólicos, que existem pelo, e para, o olhar dos outros, ou seja, como objetos receptivos, atraentes, disponíveis. Delas se espera que sejam femininas, sorridentes, simpáticas, atenciosas, submissas, discretas, contidas ou até mesmo apagadas<sup>32</sup>.

As questões de gênero também apareceram em duas categorias da análise qualitativa: agredir a companheira depende do comportamento dela, e a mulher não cumprir com o esperado como um gatilho para possível violência. O que reforça a importância de considerar a VPI uma forma de violência de gênero e de incluir essa relação nas análises deste fenômeno e nas formas de intervenção, inclusive no atendimento aos homens autores de violência.

Por outro lado, é importante enfatizar que considerar as implicações masculinas na violência de gênero não significa justificar a violência exercida por homens, mas problematizar que as políticas públicas dirigidas a estes contemplem questões sócio-históricas e culturais que fortalecem a relação entre masculinidade, violência e dominação<sup>11</sup>. Só uma ação política que realmente leve em conta todos os efeitos de dominação que se exercem, tanto entre as mulheres e homens como nas grandes instituições em que se produzem a ordem masculina e social, poderá a longo prazo, trabalhando com as contradições dos diferentes mecanismos ou instituições, contribuir para o desaparecimento progressivo da dominação masculina<sup>32</sup>.

Quanto ao uso de álcool, é importante analisar as respostas dos participantes com cautela, pois eles podem minimizar o uso não relatar o abuso. Embora a maioria dos participantes (87,72%) dessa pesquisa declarou que usa álcool no máximo uma vez por semana, e que nunca ou quase nunca fica embriagado (91,23%), pouco mais da metade (55,81%) relatou usar álcool com um certa regularidade. Esses dados chamam a atenção para a necessidade de analisar a relação entre violência por parceiro íntimo e o uso de drogas, contudo é importante não olhar esta relação de forma simplista.

Estudos<sup>12,13</sup> relacionam o uso de drogas pelo agressor como fator de risco para violência, sendo que o uso de álcool pode reduzir as inibições e dificultar o discernimento, levando ao uso de recursos mais primitivos para a resolução de problemas, facilitando a perpetração de violência. Na pesquisa conduzida por Oliveira<sup>25</sup>, com homens atendidos em juizado especializado em violência doméstica contra a mulher, observou-se que, em 50% dos casos, as drogas, principalmente o álcool, tinham relação com a violência por parceiro íntimo.

Devido a alguns comportamentos violentos estarem relacionado

ao uso de álcool, Medrado et al<sup>12</sup> defende a necessidade de incluir no atendimento a autores de violência formas de tratamento semelhantes aos desenvolvidos nos Centros para dependentes de álcool e outras drogas. Contudo, Moraes et al<sup>33</sup> chamam a atenção que para os homens o consumo de substâncias psicoativas pode representar uma forma de expressar a masculinidade, pois as crenças construídas socialmente valorizam a exposição e superação de riscos no sexo masculino. Os autores defendem que os estudos não devem afirmar que a causa da violência contra as mulheres é o uso de álcool, embora haja associação que merece atenção. É preciso considerar que nem todo homem que usa álcool e outras drogas agride suas companheiras e que muitos homens que cometem violência contra mulheres não dependem do efeito do álcool ou de outras drogas para tal<sup>33</sup>.

Então, embora nesta pesquisa o uso de álcool foi declarado por mais de metade dos homens, o que corrobora com a ideia que o uso de álcool seja fator de risco para a violência doméstica, é necessário analisar esse dado com cautela, evitando colocar o uso de drogas como fator isolado, considerando também as questões de gênero envolvidas no uso de álcool pelos homens. Além disso, o fato de os homens relatarem que na ocasião em que sofreram violência física perpetrada pela companheira ela havia feito uso de álcool chama a atenção para a necessidade de avaliar também a relação entre o uso desta droga pela parceira e a VPI.

Quando observa-se a violência perpetrada nos últimos meses, percebe-se novamente que os homens permanecem em situações conflituosas mesmo após a separação, pois 3 (três) dos homens que cometeram violência psicológica e o único que cometeu violência física nos últimos 3 meses, foram contra a ex-parceira.

Por outro lado, 20,93% dos homens relataram ter vivenciado situação em que sentiram vontade de bater na parceira e conseguiram evitar a ocorrência do abuso, enquanto 79,07% declarou ser improvável bater na companheira, mudança que pode ser atribuída a participação no programa. O resultado positivo do programa também foi evidenciado pelas categorias “influência do programa para evitar a violência”, com relatos dos homens sobre como ao lembrar do que aprenderam no programa conseguiram evitar a ocorrência de violência física; e “mudança após participar do programa” quando os homens responderam que não voltariam a agredir a parceira com base no que aprenderam durante o acompanhamento.

Dados semelhantes foram encontrados em pesquisas realizadas em programas dos Estados Unidos e Reino Unido, que encontraram que

entre 50 e 90% das pessoas que completam o programa de atenção a autores de violência não cometem violência durante períodos de seguimento, que variam de 6 meses a três anos<sup>34</sup>.

O fato de poucos homens terem relatado a perpetração de violência pode indicar a efetividade do atendimento oferecido; mas também pode estar relacionado ao pouco tempo de acompanhamento, como ainda pode ser pelo programa estar vinculado à justiça e o receio que as respostas pudessem influenciar no processo jurídico, mesmo informando que os dados coletados eram confidenciais. Esse receio relacionado ao poder judiciário também foi percebido na categoria mudança por medo das consequências, e evidencia a importância de organizar programas de atenção a autores de violência no setor saúde. Além disso 19,76% dos homens não tiveram nenhum contato com a ex-parceira nem estavam em novo relacionamento, não havendo oportunidade de perpetrar violência, e consequentemente avaliar a influência do programa.

Outra questão que influencia no baixo relato de violência física é a naturalização da violência que ocorre no âmbito doméstico. Em muitos casos o homem, mesmo cometendo atos de violência, não se reconhece enquanto agressor, nem como indivíduo violento. Tem ciência de seu ato violento, contudo não se considera agressor. Os homens atribuem à violência um caráter de fenômeno natural, reflexo da forma de ser homem, ou somente como resposta a determinado comportamento feminino, senão uma ação educativa<sup>13,35</sup>.

A ocorrência de violência psicológica, embora relatada por poucos homens (9,3%), deve servir como alerta, pois muitas vezes é a forma inicial de violência, progredindo para outros atos. De acordo com Leôncio et al<sup>36</sup>, o autor de violência inicialmente não lança mão de agressões físicas, mas parte para o cerceamento da liberdade, para o constrangimento e humilhação. Com o tempo a violência psicológica passa a manifestar-se verbalmente, com humilhações privadas ou públicas, para então mostrar-se na forma de violência física.

Quanto a violência física perpetrada pela companheira ou ex-companheira, referida por 15,12% dos homens entrevistados nessa pesquisa, evidencia que a violência por parceiro íntimo é relacional, portanto todos devem ser assistidos para que seja possível transformar padrões de comportamento. Contudo, de forma geral, há uma tendência à defesa de medidas punitivas como forma de atuação junto aos homens autores de violência, provavelmente devido à visão do homem como algoz e da mulher como vítima, que minimiza o aspecto relacional deste tipo de violência<sup>12</sup>.

Outro aspecto que limita os estudos sobre violência por parceiro íntimo contra homens é a vergonha de denunciar os abusos sofridos, e assim não corresponder ao que se espera do ser homem. Bourdieu<sup>32</sup> defende que o privilégio masculino também é uma cilada pela tensão e contensão permanentes, que impõe a todo homem o dever de afirmar, em qualquer circunstância, sua virilidade. Que é entendida como capacidade reprodutiva, sexual e social, mas também como aptidão ao combate e ao exercício da violência, porém é, acima de tudo, uma carga.

Segundo Pesquisa Nacional sobre Violência por Parceiro Íntimo e Sexual, realizada nos Estados Unidos em 2010, 24,3% das mulheres sofreram violência física severa em comparação a 13,8% dos homens<sup>6</sup>. Em estudo transversal de base populacional sobre violência física contra o parceiro, realizado no município de Florianópolis, sofrer violência física apresentou prevalência de 16,1% para os homens e de 17,5% para as mulheres, mas diferenças maiores foram observadas na prevalência de violência física grave (8,5% das mulheres e 5,7% dos homens)<sup>37</sup>.

Embora os homens também sofram violência perpetrada pela parceira, geralmente são agredidos com menor crueldade e gravidade que as mulheres; o que foi percebido neste estudo, pois os entrevistados que se machucaram na ocasião, citaram apenas escoriações e arranhões. Por outro lado, pesquisas<sup>7</sup> observaram que a agressão contra o homem é desencadeada como resposta a um ato de violência cometido por ele. Essa realidade não foi evidenciada neste estudo, uma vez que os homens negaram ter cometido violência na ocasião em que foram agredidos pela parceira.

Quando questionados sobre perpetração de violência, poucos relataram ter cometido violência psicológica e um violência física, embora parte dos entrevistados afirmou ter sentido vontade de bater na companheira. Assim há indícios de que a atenção a estes homens pode ser efetiva para diminuir e prevenir casos de violência por parceiro íntimo. Parte dos homens também relatou ter sofrido violência física perpetrada pela companheira, chamando a atenção para a violência relacional, e a necessidade de abordar o casal nos serviços de atenção.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

O enfrentamento da violência por parceiro íntimo contra mulheres é uma preocupação mundial, que se expressa em campanhas, políticas públicas e leis. As propostas de prevenção e os programas de atenção geralmente tem como público alvo as mulheres, porém a atenção ao homem envolvido pode ser uma ferramenta para diminuir e

prevenir esse tipo de violência, mas para isso precisa ser mais estudada e melhor estruturada, sendo importante conhecer os serviços já existentes e quem são os homens acompanhados por eles.

Embora o estudo seja limitado a um serviço, não permitindo extrapolar os dados encontrados, e as respostas dos participantes possa ter sido influenciadas pelo receio de afetar o processo jurídico, as informações obtidas sugerem que a atenção a homens autores de violência pode interferir de forma positiva nas situações de violência por parceiro íntimo.

Considerando que a legislação brasileira, através da Lei Nº 11.340, prevê a organização desses serviços desde 2006 e que as políticas de atenção à saúde do homem incluem a necessidade de atuar junto a este público, é necessário investir na construção de diretrizes para o funcionamento e o financiamento dos programas de atenção a autores de violência.

Esses serviços devem ser organizados dentro da rede de enfrentamento a violência contra a mulher, distribuídos no território nacional, organizados a partir de diferente setores mas financiados de forma a funcionar independente de questões políticas. E dentro de seu funcionamento deve ser instituída uma forma de acompanhamento e avaliação dos participantes, que permita flexibilizar o atendimento de acordo com as necessidades do participante e também forneça informações para a constante reestruturação do serviço no país.

## **REFERÊNCIAS:**

1. Brasil. *Lei nº 9394*, de 7 de agosto de 2006. Estabelece mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília. 2006.
2. World Health Organization. *Multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: WHO; 2005.
3. Gomes NP et al. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. *Acta Paul. Enferm.* 2007; 20(4).
4. Vinhas, W. *Construção social da violência e direitos humanos*. Irecê: UNEB; 2010 [Acesso em 11 de maio 2016] Disponível em: <https://xa.yimg.com/kq/groups/26897058/1721783726/name/Constru%20social%20da%20viol%C3%ancia%20e%20direitos%20humanos.pdf>

[C3%A7%C3%A3o+social+da+viol%C3%AAncia+e+direitos+humanos.pdf.](#)

5. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. *The World's Women 2010: Trends and Statistics*. United Nations publication: New York, 2010.

6. Breiding MJ, Chen J, Black MC. *Intimate Partner Violence in the United States - 2010*. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. 2014.

7. Brasil. *Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) : 2009, 2010 e 2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

8. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. *Anuário das mulheres brasileiras*. São Paulo: DIEESE, 2011.

9. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (editores). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.

10. Silva ACLG, Coelho EBS, Moretti-Pires RO. O que se sabe sobre o homem autor de violência contra a parceira íntima: uma revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 2014; 35(4):278–83.

11. Beiras A, Moraes M, Alencar-Rodrigues R, Cantera LM. Políticas e Leis sobre violência de gênero – reflexões críticas. *Psicologia e Sociedade*, 2012; 24(1): 36-45.

12. Medrado B, Lemos AR, Brasilino J. Violência de Gênero: Paradoxos na Atenção a Homens. *Psicologia em Estudo*, 2011; 16(3): 471-478.

13. Lôbo GA, Lôbo JT. Gênero, machismo e violência conjugal: um estudo acerca do perfil societário e cultural dos agressores de violência doméstica e familiar contra as mulheres. *Revista Direito & Dialogicidade*, 2015; 6(1): 45-56.

14. Toneli MJF, Lago MCS, Beiras A, Climaco DA, organizadores. *Atendimento a homens autores de violência contra as mulheres: experiências latino-americanas*. Florianópolis: UFSC/CFH/NUPPE; 2010.

15. Lima DC, Buchele F. Revisão crítica sobre o atendimento a homens autores de violência doméstica e familiar contra as mulheres. *Physis*, 2011; 21(2):721-743.
16. Antezana AP. Intervenção com Homens que Praticam violência contra seus cônjuges: reformulações teórico-conceituais para uma proposta de intervenção construtivista-narrativista com perspectiva de gênero. *Nova Perspectiva sistêmica*, 2012; 42:9-27.
17. Beiras A. Relatório Mapeamento de Serviços de atenção grupal a homens autores de violência contra mulheres no contexto brasileiro. Rio de Janeiro: Instituto NOOS; 2014 [acesso em 11 de maio 2016]. Disponível em: [http://noos.org.br/portal/wp-content/uploads/2015/04/Relatorio-Mapeamento-SHAV\\_site.pdf](http://noos.org.br/portal/wp-content/uploads/2015/04/Relatorio-Mapeamento-SHAV_site.pdf).
18. Yin RK. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. 3. Ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
19. Brasil. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
20. Branco, ALUA. *A prática do psicólogo em um programa de atendimento a famílias em situação de violência*. Brasília. Monografia [Especialização em Psicologia Jurídica] - Universidade Católica de Brasília; 2010.
21. Secretaria de Estado da Mulher, Governo do Distrito Federal, Gerência de atendimentos à Família e aos Autores de Violência Doméstica. *NAFADV: Núcleo de Atendimento à Família e aos Autores de Violência Doméstica*. 1 ed. Brasília: SEMDF; 2014.
22. Gondolf EW. *Batterer Intervention Systems: Issues, outcomes, and Recommendations*. California: Sage; 2002.
23. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 6ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1999.
24. Silva ACLG. *Violência Conjugal: o perfil e o relato dos parceiros no inquérito policial*. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 10; 2013 set 16-20; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: UFSC, 2013; p.1-12.

25. Oliveira ER. Identificando os protagonistas de um problema social: o perfil dos usuários do juizado especializado em violência doméstica e familiar contra a mulher do estado de São Paulo. *Revista LEVS*, 2012; 10.
26. Dossi AP, Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. *Cad Saude Publica*, 2008; 24(8): 1939-52.
27. Gomes NP, Diniz NMF, Camargo CL, Silva MP. Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas. *Rev Gaúcha Enferm.*, 2012; 33(2):109-116.
28. Vung ND, Ostergren P, Krantz G. Intimate partner violence against women in rural Vietnam—different socio-demographic factors are associated with different forms of violence: need for new intervention guidelines? *BMC Public Health*, 2008; 8: 55.
29. Bento B. Homem não tece a dor: queixas e perplexidades masculinas. 2 ed. Natal: EDURFN, 2015.
30. Alvez SLB, Diniz NMF. “Eu digo não, ela diz sim”: a violência conjugal no discurso masculino. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2005; 58(4): 387-392.
31. Romagnoli RC, Abreu LLG, Silveira MF. A violência contra a mulher em Montes Claros: análise estatística. *Rev. Interinst. Psicol*, 2013 [Internet].
32. Bourdieu P. *A Dominação Masculina*. 7 ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2010.
33. Moraes M, Castro R, Petuco D (Organizadores). *Gênero e drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde*. Recife: Instituto PAPAI, 2011.
34. Rothman EF, Butchart A, Cerdá M. *Intervening with perpetrators of intimate partner violence: a global perspective*. World Health Organization, 2003.

35. Oliveira KLC, Gomes R. Homens e violência conjugal: uma análise de estudos brasileiros. *Revista Ciências & Saúde Coletiva*, 2011; 16 (5): 2401-2413.
36. Leôncio KL, Baldo PL, João VM, Biffi RG. O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. *Rev Enferm UERJ*, 2008; 13(3): 307-312.
37. Lindner SR, Coelho EBS, Bolsoni CC, Rojas PF, Boing AF. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2015; 31(4): 815-82.

## 5.2 ARTIGO 2

### **Acompanhamento de homens autores de violência por parceiro íntimo: um estudo de caso**

**RESUMO:** As mulheres são as principais vítimas de violência doméstica, e os parceiros ou ex-companheiros considerados os principais autores. No Brasil, leis, políticas públicas e diferentes estratégias de atenção aos envolvidos têm auxiliado no enfrentamento desta realidade, porém os serviços que atendem homens autores de violência são recentes e os resultados do acompanhamento pouco conhecidos. Assim, este trabalho tem como objetivo analisar o acompanhamento de autores de violência contra a parceira íntima. Para tanto, foi desenvolvido um estudo de caso com abordagem quanti-qualitativa no Núcleo de Atendimento à Família e aos Autores de Violência Doméstica (NAFAVD), que atende a região do Distrito Federal. Foram entrevistados 86 homens, utilizando o questionário de Acompanhamento CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*), e 7 profissionais do serviço, utilizando roteiro com perguntas abertas construído a partir do relatório publicado por Rothman et al (2003). Foram analisadas as mudanças ocorridas durante o tempo de acompanhamento e as sugestões de modificações no serviço; os dados qualitativos foram analisados a partir da análise de conteúdo descrita por Minayo (1999). A partir do relato dos participantes foram selecionadas duas categorias de estudo: estratégias de enfrentamento da violência pelos homens acompanhados e vulnerabilidades do acompanhamento. Entre os resultados observados a partir do acompanhamento no NAFAVD estão as mudanças de atitude dos homens frente a violência e reflexões sobre questões de gênero. Contudo, também foram percebidas vulnerabilidades no serviço: dificuldades enfrentadas pelos homens para participar, como o horário de acompanhamento e vínculo do serviço com o judiciário, bem como a necessidade de avaliações do programa e de educação continuada para os profissionais. Assim, embora não seja a única forma de enfrentar esse tipo de violência, e não leve todos os participantes às mesmas mudanças, o serviço de atenção a autores de violência influencia na prevenção de situações de violência e pode ser uma ferramenta para a atenção às situações de violência por parceiro íntimo.

Palavras chave: Violência contra a Mulher; Homem; Maus-tratos Conjugais; Programas de Atendimento a Homens

## INTRODUÇÃO:

Violência por parceiro íntimo (VPI) se refere a qualquer comportamento dentro deste relacionamento que cause dano ao companheiro, podendo também ser praticada pelo ex-parceiro. Inclui a violência cometida na unidade doméstica ou em qualquer relação íntima de afeto, independente de coabitação; compreendendo as violências física, psicológica, sexual, moral, patrimonial e comportamento controlador<sup>1,2</sup>.

Essa forma de violência parece partir de uma ordem social que coloca a mulher quase sempre em uma situação de submissão frente a um homem. A mulher deve ser controlada, para isso se utiliza a força física e emocional, portanto enfrentar a violência significa repensar e romper com os modelos sociais que colocam um gênero em posição de supremacia enquanto diminuem o outro<sup>3</sup>.

A proporção de mulheres que sofreram violência física praticada pelo parceiro íntimo varia de 6% na China, até 48% na Zâmbia e no Peru<sup>4</sup>. No Brasil, das 75.633 mulheres que sofreram algum tipo de violência entre 2009 e 2010, 17,5% foram vítimas do parceiro e 5,5% dos ex-parceiros<sup>5</sup>. Essas mulheres são mais propensas a relatar dores de cabeça frequentes, dor crônica, dificuldade para dormir, limitações nas atividades, e apresentam saúde física mais debilitada quando em comparação às que não sofreram este tipo de violência<sup>6</sup>.

Entre as formas de diminuir a VPI contra as mulheres está a implantação de serviços de atenção aos homens autores de violência (HAV), embasados na ideia que o sujeito pode reconhecer e responsabilizar-se pela violência que comete, procurando formas de expressão não violentas. Esses serviços surgiram no final da década de 1970 e início de 1980, nos EUA e Canadá, e posteriormente foram multiplicados em diversos países. Contudo, somente nos últimos anos ganharam espaço nas legislações e políticas públicas de cada país<sup>7,8</sup>.

Nos Estados Unidos e Reino Unido os programas de atenção a HAV têm alcançado resultados positivos: 50 a 90% das pessoas que completaram o acompanhamento não cometeram violência durante períodos de seguimento, que variaram de seis meses a três anos<sup>9</sup>.

No Brasil, organizações não governamentais passaram a desenvolver estudos, intervenções sociais e mobilizações políticas com um olhar especial para o público masculino na segunda metade da década de 1990<sup>10</sup>. Em 2006, a Lei Nº 11.340, ou Maria da Penha, importante marco no enfrentamento da violência contra a mulher no

país, incluiu o incentivo à criação e promoção de centros de educação e reabilitação para agressores, e alterou a lei de Execução Penal, permitindo que nos casos de violência doméstica contra a mulher o juiz possa determinar o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação<sup>1,8,11</sup>.

Contudo, a legislação brasileira não inclui questões sobre a organização e estrutura dos centros de atendimento aos HAV, nem sobre o que seriam as ações de educação e reabilitação<sup>10</sup>. Assim, as dificuldades para a criação e manutenção destes serviços no país incluem: políticas públicas ainda ineficientes, mudanças de gestão por questões políticas que interrompem serviços iniciados, desconhecimento sobre serviços similares para troca de experiências, necessidade de capacitação continuada, escassez de recursos e dificuldades de gestão<sup>12</sup>. Todavia, é no âmbito da avaliação que se encontra umas das maiores e principais carências destes programas, pois os efeitos da participação nestes programas são pouco analisados<sup>7</sup>.

A despeito das críticas e dificuldades, existem razões importantes para implementar os serviços de atenção a HAV: as mulheres que sofreram violência solicitam esse tipo de intervenção; para responsabilizar os que perpetram violência e erradicá-la; mulheres submetidas a violência nem sempre se separam do companheiro; necessidade de intervir com homens que, mesmo que se separem, repetem seus padrões violentos em novos relacionamentos; para romper a transmissão intergeracional da violência<sup>13</sup>. Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar o acompanhamento realizado pelo programa de atenção a autores de violência por parceiro íntimo sob a ótica dos homens e dos profissionais.

## **METODOLOGIA:**

Este estudo faz parte da tese de doutorado que analisou as situações de violência em casais cujo homem foi acompanhado pelo Núcleo de Atendimento à Família e aos autores de violência Doméstica - NAFAVD, localizado na região do Distrito Federal (DF). Realizou-se estudo de caso, com abordagem quanti-qualitativa, utilizado para compreender fenômenos sociais complexos, buscando entender como e por que acontecem. Entre as aplicações deste método está a de explorar situações em que a intervenção que está sendo avaliada não apresenta um conjunto claro e simples de resultados<sup>14</sup>.

## Conceitos Utilizados

A violência por parceiro íntimo é compreendida nesta pesquisa como qualquer ato de violência entre parceiros ou ex-parceiros, sendo uma violência relacional e de gênero<sup>1,5</sup>. Geralmente, as relações estabelecidas entre homens e mulheres, especificamente as afetivo-sexuais, são permeadas pela subordinação e opressão, em que o gênero masculino exerce sua supremacia sobre o feminino<sup>15</sup>.

O conceito de gênero é socialmente construído e se refere à organização das relações sociais e econômicas entre os sexos, especialmente na divisão do trabalho e do poder. Essa situação permeia os níveis interpessoais, organizacionais e das políticas, e variam segundo o grupo sociocultural que as sustenta. Contudo, na maior parte das sociedades, tendem a dar mais valor às atribuições e características associadas ao masculino. Mas é necessário considerar que as construções de gênero também se modificam, devido a mudanças nas condições econômicas, legais, políticas ou ambientais, sendo portanto suscetíveis a alterações mediante intervenções<sup>16</sup>.

O acompanhamento do homem autor de violência é entendido como um espaço para responsabilização e reflexão sobre diferentes formas de se expressar, e não uma forma alternativa de punição. Este serviço responde à Lei Nº 11.340, que incentiva a criação e promoção de centros de educação e reabilitação para agressores, e altera a lei de Execução Penal, permitindo que nos casos de violência doméstica contra a mulher o juiz possa determinar o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação<sup>1,11</sup>.

No âmbito da saúde, o acompanhamento a este grupo também está de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que entende que a integralidade desta atenção implica na visão sistêmica do processo da violência, requerendo a desessencialização de seu papel de agressor, por meio da consideração crítica dos fatores que vulnerabilizam o homem à autoria da violência, a fim de intervir preventivamente sobre as suas causas, e não apenas em sua reparação<sup>17</sup>.

## Contextualização do Local de Pesquisa

O Núcleo de Atendimento à Família e aos autores de violência Doméstica (NAFAVD) foi inaugurado em 20 de outubro de 2003, pelo Conselho dos direitos da Mulher (CDM), por meio de convênio com o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT). Atende a

concepção da Lei Maria da Penha de incluir o autor da agressão no acompanhamento, e embora tenha sido criado antes da promulgação desta lei, presta assistência psicossocial a estes homens com o objetivo de responsabilizá-los pelas violências cometidas, promover a reflexão sobre as questões relacionadas à violência doméstica e interromper o ciclo da mesma<sup>18,19</sup>.

O serviço foi desenvolvido pela Secretaria de Estado da Mulher, é financiado pelo Governo do Distrito Federal e funciona com um termo de cooperação técnica com o Ministério Público, que disponibiliza o espaço físico. Atualmente é formado por 9 núcleos, um no Plano Piloto, em Brasília, os demais em regiões administrativas (Santa Maria, Gama, Ceilândia, Brazlândia, Planaltina, Samambaia, Paranoá e Núcleo Bandeirante).

Os homens são encaminhados majoritariamente por decisão judicial, com participação obrigatória após serem indiciados por violência doméstica. Ocorre a suspensão condicional do processo ou da pena pelo MPDFT, em troca da participação no núcleo e de outras medidas socioeducativas, com serviços prestados à comunidade. O serviço recebe ainda homens autores de violência encaminhados pelo conselho tutelar, assistência social ou procura espontânea.

No início do atendimento é preenchida a “Evolução Administrativa”, que registra datas dos contatos e atendimentos, o “Formulário de Acolhimento”, com a trajetória de vida dos homens, a “Evolução Psicológica”, alimentada em todos os atendimentos, e assinado o “Termo de Acompanhamento Psicossocial”, pelo qual o homem se compromete em participar e atender as normas estabelecidas pelo serviço<sup>20</sup>. O acompanhamento dura no mínimo três meses, inicialmente de forma individual, e na continuidade em grupo, com encontros semanais, com duração de duas horas, sendo conduzido por profissionais de diferentes formações, mas principalmente psicólogos.

Os profissionais que realizam o acompanhamento psicossocial dos homens se baseiam em diferentes teorias feministas - Joan Scott, Heleith Saffioti, Lourdes Bandeira, Tania Mara Campos e Gláucia Diniz - e em autores que trabalham as questões da masculinidade - Fernando Acosta, Benedito Medrado e Luiz Henrique Aguiar<sup>12</sup>. Na condução dos grupos os profissionais consideram a dimensão social da violência, a perspectiva psicológica de quem a cometeu e as construções sociais sobre gênero, que incluem: divisão sexual do trabalho, papéis tradicionais de homem e mulher, paternidade, modelo de família tradicional, entre outros<sup>20</sup>.

Os temas abordados nestes grupos incluem: tipos de violência, lei Maria da Penha, questões do processo judicial, formas de comunicação, uso e abuso de álcool e outras drogas, construção social de gênero e masculinidades, estratégias não violentas para resolução de conflito, comunicação, reconhecimento e expressão de sentimentos, entre outros temas relacionados à violência contra a mulher<sup>19</sup>.

O acompanhamento é finalizado com atendimento individual, onde é avaliada a participação do homem autor da violência, realizados outros encaminhamentos e enviado relatório final ao judiciário.

### **Participantes do estudo**

Foram elegíveis para a pesquisa homens autores de violência contra a parceira acompanhados no NAFVD, no período entre os meses de março e dezembro de 2015, por no mínimo três meses. Foram convidados 167 homens que estavam no último encontro do grupo; destes, 86 aceitaram, representando sete diferentes núcleos do programa (Samambaia, Sobradinho, Planaltina, Brazlândia, Santa Maria, Gama e Plano Piloto). Quanto aos profissionais que realizavam o acompanhamento psicossocial aos homens no NAFVD, 13 foram convidados em reunião de equipe, e destes, oito aceitaram, representando seis núcleos do serviço (Samambaia, Planaltina, Brazlândia, Santa Maria, Gama e Plano Piloto).

### **Coleta dos dados**

A entrevista com os homens foi agendada previamente, no momento da finalização da participação no programa, e realizada em sala reservada do NAFVD, pela pesquisadora, utilizando o questionário *Follow-up CDC (Centers for Disease Control and Prevention)*, desenvolvido por Gondolf<sup>21</sup>, nos Estados Unidos, e adaptado previamente para o português pelas autoras.

O questionário abrangeu as seguintes questões: (1) “Qual a probabilidade de você bater na companheira nos próximos meses? ”; (2) “O que levaria você nesse momento a agredir fisicamente a companheira? ”; (3) “O que você tem feito para evitar incidentes violentos nos últimos três meses? ”; (4) “No que você mudou, se mudou, nos últimos três meses? ”; (5) “Há alguma coisa que deveria ser modificada ou melhorada no programa do homem? ” e (6) “Você recebeu ou procurou ajuda, assistência ou suporte de qualquer tipo além do programa? ”.

A probabilidade de bater na companheira (questão 1) foi categorizada em extremamente provável, pouco provável, improvável/muito improvável; a questão 2 forneceu os dados para a variável motivo para nova agressão: nada/não serei violento, problemas com filho, se ela me bater, se ela me trair. A atitude para evitar acidentes violentos, referentes à questão 3, foi classificada em: saí do cômodo ou da casa, parei de brigar, pensei antes de agir/anunciei que daria um tempo para me acalmar, discuti sobre os problemas e soluções, me afastei dela, outros. A mudança autopercebida (questão 4) foi categorizada em: saí do cômodo ou da casa, parei de brigar, pensei antes de agir/dei um tempo para me acalmar, discuti sobre os problemas e soluções, me afastei dela, outros. A questão 5, sobre mudança no programa, em: nada, terapia para a mulher, métodos de orientação/terapia, estrutura do programa, outras. E a questão 6 foi categorizada em procurou ajuda sim ou não.

Estas questões incluíam, além das opções de resposta, a possibilidade do participante comentar mais a pergunta. Assim, esses relatos, somados à resposta da questão aberta (7) “Você gostaria de fazer algum comentário sobre as coisas de que falamos, ou algo que você ache que deveríamos saber? ”, formaram o banco de dados para a análise.

A entrevista com os profissionais foi agendada individualmente e realizada em sala reservada, utilizando o roteiro de perguntas do relatório sobre serviços de atenção a homens autores de violência conjugal no mundo, publicado por Rothman et al<sup>9</sup>. Este continha as seguintes questões abertas: (1) “Qual a formação dos profissionais que trabalham no serviço? Há algum treinamento? ”, (2) “Há alguma forma de avaliação do serviço? ”, (3) Como é a experiência de atender homens autores de violência? ”.

### **Análise dos dados**

Os dados foram registrados no *software* Epidata, utilizando uma máscara construída a partir das perguntas do questionário para formar o banco. Foram analisadas as porcentagens das respostas referentes à possibilidade de bater na companheira, os motivos para nova agressão física, as atitudes para evitar acidentes violentos, as mudanças percebidas após o acompanhamento no NFAVD e as mudanças sugeridas para o programa. Os resultados foram apresentados em tabelas.

As respostas foram transcritas em planilha construída no *software* Excel. Para manter o anonimato, tanto os homens como os

profissionais receberam um número de acordo com a entrada na planilha de dados. Estes relatos foram categorizados conforme análise de conteúdo descrita por Minayo<sup>22</sup>.

Após a leitura flutuante dos relatos dos homens autores de violência contra as parceiras e dos profissionais que realizam o acompanhamento, foram identificadas duas categorias centrais para análise: estratégias de enfrentamento da violência pelos homens acompanhados e as vulnerabilidades do acompanhamento. Com a leitura aprofundada e ordenação dos dados foi possível identificar as subcategorias, de acordo com a frequência que apareceram nos relatos, conforme descritas no quadro 1.

Quadro 1. Categorias e subcategorias da análise do acompanhamento dos homens autores de violência.

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>
Estratégias de Enfrentamento da Violência pelos Homens Acompanhados	Mudanças de atitude Acompanhamento como espaço para ser ouvido Experiências compartilhadas em grupo
Vulnerabilidades do Acompanhamento	Vínculo com o judiciário Ausência de avaliação dos resultados Ausência de formação continuada para os profissionais

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) do Hospital Infantil Joana de Gusmão, de acordo com a resolução 466 de 2012 do CONEP, sob o parecer nº 882.761. Os sujeitos participaram mediante a assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

## **RESULTADOS:**

Os 86 homens autores de violência contra a parceira tinham idade entre 20 e 69 anos, com média de 38 anos (DP 10,94). A maioria (86,02%) estava na faixa etária de 20 a 49 anos; 70,24% deles estudou até o ensino médio, 70,93% estava empregado e 79,07% com renda mensal de até três salários mínimos.

Quanto ao relacionamento com a mulher que denunciou a violência e resultou na participação no programa de atenção, 67,44% deles estavam separados, e destes, 56,90% tinham outro

relacionamento, enquanto 19,76% afirmaram não ter contato com a ex-parceira (nem por telefone, e-mail ou carta) e não ter novo relacionamento. Sobre a reincidência de violência nos últimos três meses, período em que participaram do programa, chama a atenção que cinco homens cometeram violência psicológica contra a companheira, três contra a ex-parceira e um agrediu fisicamente a ex-parceira.

Participaram do estudo oito profissionais que realizavam o acompanhamento psicossocial aos homens, sendo cinco do sexo feminino e três do masculino; seis psicólogos, uma pedagoga e um publicitário. O tempo em que trabalhavam no NFAVD variou entre 10 meses e nove anos, com uma média de quatro anos.

Em relação à categoria “estratégias de enfrentamento da violência pelos homens acompanhados”, destaca-se que após a participação no programa, a maioria (97,67%) dos homens relataram ser improvável ou muito improvável bater na companheira e 84,88% afirmaram que nada os levaria a agredir fisicamente a parceira. Essa mudança de atitude é perceptível nas falas a seguir: “*não resolvo no impulso*” (Sr.13); “*aprendi a ter paciência*” (Sr.32); “*pensar duas vezes antes de fazer qualquer coisa com a mulher*” (Sr. 53). Os profissionais também perceberam mudanças positivas nos homens acompanhados: “*dá a oportunidade de eles se repensarem*” (P.7), “*é gratificante, são poucos mas você vê o resultado, tem retorno*” (P.2).

No intuito de evitar situações violentas, a principal estratégia utilizada pelos homens (31,40%) foi se afastar da companheira, seguida de sair para se acalmar (22,09%) e discutir sobre os problemas e suas soluções (22,09%). De acordo com os homens, a principal mudança ocorrida após o acompanhamento foi de comportamento (31,40%). A partir das narrativas também foi possível observar a reflexão sobre as questões de gênero, levando a mudanças na forma de os participantes perceberem a divisão das tarefas entre homens e mulheres, como evidenciado nos seguintes discursos: “*ter sensibilidade que mulher não é objeto, mesmo que trabalhe fora. Achava que ela tinha que fazer tudo, hoje lavo vasilha*” (Sr.5); “*mudei, ajudo em casa, lavo louça, passo pano na casa*” (Sr.66).

As mudanças de atitude citadas pelos participantes vão além do âmbito do relacionamento conjugal, como evidenciado nos relatos a seguir: “*refleti sobre estudar e me matriculei no supletivo, vou em frente até fazer engenharia, parei de beber pinga*” (Sr.55); “*vi erros que a gente comete em relação aos filhos, estou escutando mais ele*” (Sr.60); “*não só na convivência com a família, mas com os outros também*” (Sr.64).

Por outro lado, 4,65% dos homens relataram que a o acompanhamento não levou a nenhuma mudança: *“nada, vim por obrigação”* (Sr.6). Pode se verificar que os resultados não são iguais para todos os homens e nem sempre influenciam na forma com que pensam as questões relacionadas aos papéis de gênero, conforme ilustrado pelos seguintes relatos: *“embora não resolva em todos os casos, às vezes volta a ocorrer”* (P.3); *“me irrita ela não cuidar direito dos filhos”* (Sr.12); *“quando chego do serviço ela não fez nada em casa”* (Sr.24).

Os homens relataram que se sentiram acolhidos no serviço, reconhecendo o acompanhamento como um espaço em que eram ouvidos e respeitados: *eles deixam a gente bem à vontade*” (Sr.45), *“professores atenciosos, compreensivos”* (Sr.57), *“tratam bem demais sem nem conhecer a gente”* (Sr.64); *“sem pressão, podendo falar”* (Sr.61). Além disso, comentaram sobre a importância das experiências compartilhadas em grupo como forma de enfrentar a violência: *“em grupo escuta os outros, ouve histórias e ajuda”* (Sr.12); *“pude aprender ouvindo os outros”* (Sr.49).

Outra categoria analisada diz respeito às vulnerabilidades do acompanhamento e quanto à necessidade de melhoria no programa, 58,14% relataram não necessitar de modificação no mesmo. Entre as sugestões de mudança, os homens citaram alteração na estrutura física do programa, no tempo de acompanhamento e a inclusão da mulher, evidenciadas nas falas a seguir: *“devia ter um espaço melhor pra trabalhar* (Sr.78); *“horário mais tarde porque prejudica o serviço* (Sr.4); *“flexibilizar para ficar mais tempo”* (Sr.48); *“a mulher deveria participar do grupo, porque muitas vezes ela incita o deslize do homem”* (Sr.46). Alguns homens também relataram dificuldades enfrentadas durante o acompanhamento: *“aqui foi tudo maravilhoso, o chato é ter que falar com o patrão que vai sair pra vir”* (Sr.52); *“atrapalha a rotina, tem que explicar pros amigos porque está indo no fórum”* (Sr.55).

Ao analisar as sugestões de melhoria, apareceram muitas reclamações referentes ao processo de julgamento e à Lei Maria da Penha, relacionando o serviço com o judiciário: *“podia ter a mesma pena mas pelo menos sair com o sentimento que foi ouvido”* (Sr.45); *“Homem não é ouvido, já entra como vilão, não é acordo, se fosse ela não estaria trabalhando e eu aqui”* (Sr.40); *“eu me senti vítima da lei Maria da Penha”* (Sr.46).

Ainda é importante destacar que 73,26% não procuraram outro tipo de atendimento durante o período em que foram acompanhados

pele NAFAVD. A distribuição das respostas de acordo com estas variáveis pode ser observada na tabela 1.

Tabela 1. Percepção das mudanças após a participação no NAFAVD em 2015, n=86, Brasília-DF.

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Probabilidade de bater na companheira</b>		
extremamente provável	1	1,16
pouco provável	1	1,16
improvável/muito improvável	84	97,67
<b>Motivo para nova agressão física</b>		
nada/não serei violento	73	84,88
problemas com o filho	3	3,49
se ela me bater	8	9,30
se ela me trair	2	2,33
<b>Atitude para evitar acidentes violentos</b>		
saí do cômodo ou da casa	19	22,09
parei de brigar	8	9,30
pensei antes de agir/dei um tempo	7	8,13
discuti sobre os problemas e soluções	19	22,09
me afastei dela	27	31,40
outros	6	6,98
<b>Mudança auto percebida</b>		
mantém-se distante da mulher	5	5,81
controla a raiva, evita violência	6	6,98
mudança de comportamento	27	31,40
mudança no relacionamento	17	19,77
consciência quanto a violência cometida	19	22,09
outro	8	9,30
nenhuma mudança	4	4,65
<b>Mudança no programa</b>		
nada	50	58,14
terapia para a mulher	3	3,49
métodos de orientação/terapia	5	5,81

estrutura do programa	8	9,30
outras	20	23,25
<b>Procura por outro tipo de assistência</b>		
sim	23	26,74
não	63	73,26

A partir das entrevistas com os profissionais, também foi possível identificar algumas vulnerabilidades no serviço, especialmente a ausência de avaliação dos resultados e de formação continuada: “*não tem avaliação, nem do serviço, nem de acompanhamento*” (P.1); “*tivemos uma formação muito boa em 2013 pra trabalhar questão de gênero, o resto a gente procura* (P.5); “*falta um treinamento formal e continuado*” (P.8).

Os relatos dos participantes evidenciam que o acompanhamento reflete em mudanças na atitude dos homens, que passaram a usar técnicas para evitar situações de violência e refletiram sobre questões de gênero. Embora alguns homens relatem que a participação no programa não trouxe nenhuma modificação, a maioria disse não ser necessário melhorar nada no serviço e na maior parte dos casos é a única assistência procurada para discutir as situações de violência, e, portanto, oportunidade privilegiada de incentivar e promover mudanças.

## **DISCUSSÃO:**

Os resultados deste estudo evidenciam que o acompanhamento dos homens autores de violência pode auxiliar na prevenção de novos casos de violência, levando à utilização de estratégias para evitar episódios violentos e à reflexão sobre aspectos relacionados a questões de gênero.

Os relatos demonstram que o serviço de atenção a HAV analisado alcançou alguns dos objetivos sugeridos pelo Ministério da Saúde<sup>23</sup> para o acompanhamento a este grupo: encorajá-los a responsabilizar-se por seus pensamentos, percepções e comportamentos; auxiliá-los a compreender a gravidade de seu comportamento violento; auxiliá-los a desenvolver uma forma mais positiva de pensar e sentir sobre si mesmos, fortalecendo sua autoestima, e auxiliá-los a exercitar novas e mais adequadas formas de expressar sua agressividade.

Nesta pesquisa, a principal forma de evitar incidentes violentos

foi se afastar da companheira (31,40%). Ao entrevistar homens acusados de perpetrar violência contra a companheira, Cortez e Souza<sup>24</sup> também perceberam que eles utilizavam estratégias com o objetivo de evitar conflitos e desentendimentos, dentre elas: sair da situação, identificação de fatores estressores e considerações sobre término de relacionamento.

Utilizando o mesmo instrumento desta pesquisa, Gondolf<sup>25</sup> encontrou que 53% dos homens utilizaram métodos para interromper a situação, 19% discutiram sobre o problema e 5% buscaram respeitar a mulher. Porcentagem semelhante foi encontrada neste estudo quanto a discutir sobre os problemas (22,09%). O autor<sup>25</sup> também observou que 19% dos homens apresentaram mudanças positivas em relação à atitude para com a mulher; declararam que passaram a respeitá-la e apreciá-la mais; alguns reconheceram que suas companheiras tinham um ponto de vista diferente e que eles não deviam dizer à parceira o que fazer o tempo todo.

Para alcançar resultados, é importante que os programas de atenção a HAV trabalhem as questões de gênero e busquem desconstruir as ideologias tradicionais que justificam a violência exercida contra a mulher. Os grupos devem levar a reflexão sobre temas ligados à equidade de gênero e à violência, para que os homens se relacionem a partir de uma cultura não sexista, respeitando os direitos das mulheres<sup>7,8,26</sup>.

Embora os estudos evidenciem a forte associação entre masculinidade e violência, não devemos fixar o estereótipo de que ser homem é ser violento. O fenômeno da violência não é inerente ao homem, mas sim construído socialmente e percebido, de forma natural, como elemento constituinte da identidade masculina<sup>27</sup>.

Cada um dos dois gêneros é construído como corpo socialmente diferenciado do sexo oposto. A divisão entre os sexos parece natural, a ponto de ser inevitável, estando presente em estado objetivado nas coisas, e em estado incorporado nos corpos, funcionando como sistemas de esquemas de percepção, de pensamento e de ação<sup>28</sup>.

O serviço acompanhado nesta pesquisa atua junto aos homens com esta perspectiva de gênero, e partir do relato dos entrevistados foi percebido mudanças na percepção dos homens em relação ao papel da mulher, e esse pode ser um dos motivos da baixa reincidência de VPI durante o acompanhamento (nove casos). Contudo, alguns homens permaneceram com discursos que cobram das companheiras o cuidado da casa e dos filhos.

Essa diferença na percepção dos participantes pode estar relacionada com a curta duração do atendimento. Segundo Parra-

Cardona et al<sup>29</sup>, o tempo de acompanhamento influencia no tipo de reflexão dos participantes. Eles concluíram que homens das fases iniciais de acompanhamento declaravam que o grupo auxiliou a desenvolver uma nova perspectiva sobre os comportamentos violentos, embora não se responsabilizassem pelos atos. Enquanto que os que estavam em fases avançadas narravam de forma detalhada como foi desafiador, gradual e lento tomar consciência e se tornar responsável pelo seu comportamento violento. Os homens que eram acompanhados por mais tempo associavam o machismo a papéis de gênero rígidos, identificando-o como um precursor de violência por parceiro íntimo e outros comportamentos abusivos.

De acordo com Montero e Bonino<sup>30</sup>, a duração e graduação do atendimento aos autores de violência devem ser de acordo com o caso; não deve durar menos de um ano, e o ideal é que combine intervenção em grupo e individual. Embora associe o atendimento em grupo e individual, o programa estudado nesta pesquisa oferece acompanhamentos que duram três meses, algo bem abaixo do tempo sugerido.

Bento<sup>31</sup> destaca outra questão a ser considerada, quanto a diferença de percepção sobre as questões de gênero, que diz respeito ao desafio que os homens enfrentam no processo de questionamento e rompimento com as definições sociais do que é ser homem. As transformações na identidade masculina consistem na dissociação entre os valores com que os homens foram inicialmente socializados e os valores que foram sendo incorporados no decorrer de suas vidas.

O fato de o programa não levar todos os participantes a mesma mudança também demonstra a necessidade de considerar que há tipos distintos de violência por parceiro íntimo, que devem ser considerados no momento de abordar as situações de violência, sendo importante que os serviços de atenção a HAV tenham formas de atendimento variadas, não se limitem a classificar os envolvidos em vítima e agressor, e oferecerem o acompanhamento a todos os envolvidos na situação de violência.

De acordo com Friend et al<sup>32</sup>, a VPI é caracterológica (*characterological*) quando violência emocional e psicológica severas são usadas para dominar, controlar e manipular o parceiro. Autores deste tipo de violência são propensos a apoiar e expressar atitudes a favor da violência e podem apresentar personalidade antissocial ou limítrofes. Violência Situacional compreende a agressão física entre os parceiros, com atos de violência menos severos (como empurrar, agarrar, entre outros) que são recíprocos e ocorrem com pouca frequência. Também

inclui abuso psicológico, mas em menor frequência do que na caracterológica, e sem comportamento controlador. A violência situacional tende a ocorrer como resultado de conflitos difíceis de resolver, que se agravam e chegam à agressão física.

Johnson e Ferraro<sup>33</sup> identificaram quatro grupos principais de violência conjugal: violência conjugal comum, terrorismo íntimo, resistência violenta e controle violento mútuo. Apenas no terrorismo íntimo a violência é uma tática em um padrão controlador, e é motivada pelo desejo de exercer total controle sobre o parceiro, nos demais a VPI é pontual, e pode ser mútua ou em resposta ao comportamento do parceiro.

Segundo Holtzworth-Munroe<sup>34</sup> o perfil do homem autor de violência conjugal é apresentado com uma certa homogeneidade, porém eles formam um grupo heterogêneo que, quando analisado respeitando-se as subcategorias, permite ampliar a compreensão dos processos envolvidos nesta violência. A pesquisadora propõe um modelo teórico de análise da tipologia de homens autores de violência conjugal, considerando três dimensões: severidade e frequência da violência marital; generalidade da violência (apenas em relação à família ou também fora da família); psicopatologias ou distúrbios de personalidade apresentados pelos homens.

Assim, é necessário considerar os diferentes tipos de autores de violência e compará-los com os tipos de violência conjugal, focando não apenas no homem autor, mas em ambos os parceiros. Além disso, Bento<sup>31</sup> chama a atenção para a necessidade de ponderar que cada homem tem uma história única, que explica seus questionamentos sobre sua identidade de gênero.

Esse conhecimento seria útil para entender as causas das agressões e no desenvolvimento de programas de atenção para autores de violência. Essas questões também seriam importantes para estudar os fatores da infância envolvidos na violência por parceiro, como ocorre o desenvolvimento de relacionamentos violentos, quais as formas para sair desses relacionamentos, e questões relacionadas a políticas públicas e estratégias de intervenção<sup>33</sup>.

Outra questão a ser considerada neste estudo é que o programa atende majoritariamente homens encaminhados pelo serviço judiciário, e conforme os relatos observados - “*não investiga quem é o homem antes de condenar*” (Sr.23); “*na promotoria sim, deviam chamar o homem, ninguém escutou nossa versão*” (Sr.37) - eles não se sentem acolhidos durante o julgamento. Esses discursos devem ser observados com atenção, pois não significam necessariamente que estes homens não

perpetraram violência por parceiro íntimo, mas por outro lado podem ser uma evidência que este tipo de violência é relacional, reforçando a ideia de que os homens necessitam de espaços de atenção para refletir sobre seus comportamentos, além de políticas públicas que organizem a rede de atenção aos HAV.

Beiras et al<sup>11</sup> criticam as intervenções compulsórias ou que reforçam a conduta patologizadora do autor de violência, e propõem enfoques que não tratem o problema segundo o modelo médico “paciente-doente”. Assim, as intervenções deveriam propiciar um entendimento de que estes homens também são influenciados negativamente pelo sistema patriarcal, e as ações devem estar implicadas politicamente com movimentos feministas e com a perspectiva de gênero, questionando relações de poder<sup>11</sup>.

Por outro lado, profissionais que atuam em serviços que atendem autores de violência observaram que embora a demanda obrigatória gere resistência no início, se for bem trabalhada pode possibilitar que o sujeito identifique suas próprias demandas subjetivas<sup>12</sup>. As falas dos participantes deste estudo mostram que eles se sentiram bem recebidos no programa, e que os que inicialmente viam a participação como uma pena, passaram a perceber a importância do acompanhamento, reforçando esse achado.

Esses dados também evidenciam a importância de desenvolver serviços semelhantes na esfera da saúde, diminuindo a relação do acompanhamento com medidas punitivas e oferecendo mais oportunidades de participação com horários diferenciados, respondendo às dificuldades que os homens relataram nesta pesquisa, como conciliar o horário de trabalho com o do grupo e a vergonha de frequentar o fórum semanalmente.

Outros pontos-chave no atendimento dos HAV incluem o profissional responsável pela intervenção e a avaliação dos resultados encontrados. O fato de os homens se sentirem bem atendidos pode ser mais um motivo das mudanças ocorridas e do baixo número de relatos de violência. Parra Cardona et al<sup>29</sup> perceberam que conversar com o grupo sobre as lutas do dia a dia é uma forma de prevenir os comportamentos abusivos, e que os homens consideravam os líderes do grupo como peça-chave para o processo de mudança; eles viam os condutores do grupo como próximos a eles e motivadores das mudanças, ao mesmo tempo que eram rigorosos, metódicos e capazes de conduzir o grupo sempre que necessário.

Em levantamento sobre programas de atenção à HAV, Lima e Büchele<sup>10</sup> elencaram considerações e recomendações sobre este tipo de

atendimento, dentre elas que os programas têm efeitos modestos, mas positivos; que não há comprovação científica de qual abordagem é mais eficaz; os programas devem ser avaliados constantemente, devendo serem garantidas capacitações e material didático para os profissionais.

De acordo com os profissionais entrevistados não há uma formação continuada nem uma avaliação formal do serviço. Uma das principais críticas às intervenções com homens é a falta de avaliação dos resultados, mas as avaliações dos programas de intervenção com HAV também são criticadas, pois os homens que participam destas ações podem se tornar mais habilidosos em ocultar novas agressões; conseqüentemente os resultados das avaliações serão mais positivos do que realmente são. Além disso, os efeitos das intervenções são obtidos apenas com os homens que completaram o programa<sup>9</sup>. Assim, os programas devem incluir um sistema de avaliação bem estruturado, que inclua as mulheres e permita alterações que influenciem positivamente na sua organização e fortalecimento, a partir dos dados encontrados.

O grupo 25, formado por homens e mulheres que trabalham com questões relacionadas à violência de gênero na Espanha, propôs 11 critérios que deveriam ser cumpridos pelos programas de intervenção com homens que cometeram violência por parceiro íntimo<sup>30</sup>. Estes critérios são baseados em pesquisas e metanálises sobre programas de intervenção, e incluem considerações como: os programas devem se basear na orientação de gênero; os profissionais que desenvolvem os programas devem ser qualificados e supervisionados de forma permanente; o modelo multidimensional com perspectiva de gênero, que inclua as dimensões cognitiva, comportamental, emocional e histórica do comportamento violento é o mais apropriado; a admissão no programa deve ser precedida de uma avaliação individual do participante; a duração e graduação da intervenção devem ser de acordo com o caso; o programa não deve durar menos de um ano, e o ideal é que combine intervenção em grupo e individual; deve incluir um sistema de avaliação, que inclua medidas pré e pós-intervenção.

De acordo com os relatos, o serviço acompanhado segue alguns destes critérios, como se basear na orientação de gênero e realizar uma avaliação individual do participante, embora não preencha outros requisitos, como o tempo de acompanhamento e a realização de avaliação. Essas fragilidades podem ser reflexo da falta de políticas públicas e leis, focando especialmente a atenção a autores de violência por parceiro íntimo. No Brasil, embora a lei Maria da Penha inclua a necessidade de atuar junto aos autores de violência, essa atenção ainda não está organizada, sendo importante a construção de diretrizes e

parâmetros de atendimento a serem seguidas. Para isso, é primordial acompanhar os serviços que já funcionam no país.

Pode se perceber, então, que embora a atenção a HAV enfrente dificuldades, a intervenção tem resultados que incluem a prevenção de novo episódios de violência e que vão além do âmbito conjugal. Contudo, esses dados devem ser observados com cautela, pois podem ser influenciados pelo fato de ser um programa vinculado à justiça, gerando o receio de que as respostas possam interferir no processo jurídico, assim como ao pouco tempo de acompanhamento, e que parte dos homens não tiveram nenhum tipo de contato com a ex-parceira nem tinham uma nova parceira.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

A violência por parceiro íntimo contra a mulher tem sido objeto de diversas pesquisas e foco de leis e políticas públicas em todo o mundo. Porém, a inclusão dos homens autores de violência nos serviços de atenção ainda enfrenta dificuldades. Ao trabalharmos com um fenômeno tão complexo, com muitos fatores envolvidos, não podemos ignorar a necessidade de intervir com os autores de violência, que na maior parte das vezes são os parceiros ou ex-parceiros.

A atenção aos homens autores de violência não é uma forma de substituir as medidas jurídicas, mas de ampliar os resultados das intervenções e permitir a reflexão de questões de gênero que permeiam a sociedade e estão relacionadas à violência por parceiro íntimo, respondendo inclusive à legislação brasileira. Além disso, é necessário considerar que a VPI inclui diferentes formas de violência, sendo influenciada por diferentes fatores, e por isso é primordial construir formas de atendimento aos HAV que respeitem essas variáveis.

Conquanto esta pesquisa seja limitada a um serviço, não permitindo extrapolar os dados encontrados, e as respostas dos homens entrevistados possa ter sido influenciadas pelo receio de interferirem no processo jurídico, as informações obtidas propõem que a atenção a homens autores de violência pode interferir de forma positiva nas situações de violência por parceiro íntimo, levando a mudanças de comportamento e permitindo a reflexão das diferentes formas de se expressar.

Todavia, para que esses programas sejam fortalecidos no Brasil, passando a fazer parte da rede de enfrentamento a violência contra a mulher, é necessário construir diretrizes e parâmetros de funcionamento, além de fundos para investimento e formação continuada para os

profissionais envolvidos. Assim, os resultados poderão ser melhor avaliados e os programas modificados, a fim de se alcançar resultados melhores, e evitar novos casos de violência contra a mulher no âmbito dos relacionamentos íntimos.

## **REFERÊNCIAS:**

1. Brasil. Lei nº 9394, de 7 de agosto de 2006. Estabelece mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília; 2006.
2. World Health Organization. Multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: WHO; 2005.
3. Vinhas, W. *Construção social da violência e direitos humanos*. Irecê: UNEB; 2010 [Acesso em 11 de maio 2016] Disponível em: <https://xa.yimg.com/kq/groups/26897058/1721783726/name/Constru%C3%A7%C3%A3o+social+da+viol%C3%Aancia+e+direitos+humanos.pdf>.
4. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. The World's Women 2010: Trends and Statistics. United Nations publication: New York; 2010.
5. Brasil. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Breiding MJ; Chen J; Black MC. Intimate Partner Violence in the United States - 2010. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. 2014.
7. Toneli MJF; Lago MCS; Beiras A; Climaco DA, organizadores. Atendimento a homens autores de violência contra as mulheres: experiências latino-americanas. Florianópolis: UFSC/CFH/NUPPE; 2010.
8. Medrado B; Lemos AR; Brasilino J. Violência de Gênero: Paradoxos na Atenção a Homens. *Psicologia em Estudo*, 2011; 16(3): 471-478.

9. Rothman EF; Butchart A; Cerdá M. Intervening with perpetrators of intimate partner violence: a global perspective. World Health Organization; 2003.
10. Lima DC; Buchele F. Revisão crítica sobre o atendimento a homens autores de violência doméstica e familiar contra as mulheres. *Physis*, 2011; 21(2): 721-743.
11. Beiras A; Moraes M; Alencar-Rodrigues R; Cantera LM. Políticas e Leis sobre violência de gênero – reflexões críticas. *Psicologia e Sociedade*. 2012; 24(1): 36-45.
12. Beiras A. Relatório Mapeamento de Serviços de atenção grupal a homens autores de violência contra mulheres no contexto brasileiro. Rio de Janeiro: Instituto NOOS; 2014. Disponível em: [http://noos.org.br/portal/wp-content/uploads/2015/04/Relatorio-Mapeamento-SHAV\\_site.pdf](http://noos.org.br/portal/wp-content/uploads/2015/04/Relatorio-Mapeamento-SHAV_site.pdf). Acesso em 11 de maio 2016.
13. Antezana AP. Intervenção com Homens que Praticam violência contra seus cônjuges: reformulações teórico-conceituais para uma proposta de intervenção construtivista-narrativista com perspectiva de gênero. *Nova Perspectiva sistêmica*, 2012; 42: 9-27.
14. Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
15. Lôbo GA; Lôbo JT. Gênero, machismo e violência conjugal: um estudo acerca do perfil societário e cultural dos agressores de violência doméstica e familiar contra as mulheres. *Revista Direito & Dialogicidade*, 2015; 6(1): 45-56.
16. Gómez EG. Análisis de género: bases conceptuales y metodológicas. Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos - Curso Virtual Género y Salud. Organización Panamericana de la Salud; 2011.
17. Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
18. Branco, ALUA. A prática do psicólogo em um programa de atendimento a famílias em situação de violência. Brasília. Monografia

[Especialização em Psicologia Jurídica] - Universidade Católica de Brasília; 2010.

19. Secretaria de Estado da Mulher, Governo do Distrito Federal, Gerência de atendimentos à Família e aos Autores de Violência Doméstica. NAFADV: Núcleo de Atendimento à Família e aos Autores de Violência Doméstica. Brasília: SEMDF; 2014.

20. Monteiro AC. Autores de Violência Doméstica e Familiar: um estudo sobre um grupo de reflexão no Paranoá/ DF. Dissertação. Universidade de Brasília; 2014.

21. Gondolf EW. Batterer Intervention Systems: Issues, outcomes, and Recommendations. California: Sage; 2002.

22. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 6. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1999.

23. Brasil. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Série Cadernos da Atenção Básica n. 8, Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

24. Cortez MB; Souza L. A violência conjugal na perspectiva de homens denunciados por suas parceiras. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 2010; 62(2).

25. Gondolf EW. How batterer program participants avoid reassault. *Violence against Women*; 2000, 6: 1204-1222.

26. Oliveira KLC; Gomes R. Homens e violência conjugal: uma análise de estudos brasileiros. *Revista Ciências & Saúde Coletiva*, 2011; 16 (5): 2401-2413.

27. Assis SG (org). *Impactos da Violência: Moçambique e Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Claves, 2011.

28. Bourdieu P. *A Dominação Masculina*. 7 ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2010.

29. Parra-Cardona JR; Escobar-Chew AR; Holtrop K; Carpenter G. En el Grupo Tomas Conciencia (In Group You Become Aware): Latino

Immigrants' Satisfaction With a Culturally Informed Intervention for Men Who Batter. *Violence Against Women*, 2013, 19(1): 107-132.

30. Montero A; Bonino L. Criterios de calidad para intervenciones con varones que ejercen violencia en la pareja. *Rev. Empan*, 2009, 73: 113-119.

31. Bento B. *Homem não tece a dor: queixas e perplexidades masculinas*. 2 ed. Natal: EDURFN, 2015.

32. Friend DJ; Bradley RPC; Thatcher R; Gottman JM. Typologies of Intimate Partner Violence: Evaluation of a Screening Instrument for Differentiation. *J Fam viol*, 2011, 26: 551-563.

33. Johnson MP; Ferraro KJ. Research on Domestic Violence in the 1990s: Making Distinctions. *Journal of Marriage and the Family*, 2000, 62(4): 948-963.

34. Holtzworth-Munroe A. A Typology of Men Who are Violent Toward Their Female Partners: Making Sense of the Heterogeneity In Husband Violence. American Psychological Society; 2000.

## CONCLUSÕES

A partir das análises realizadas nesta tese de doutorado, pode se concluir que:

1. *Homens com diferentes características são acompanhados pelo serviço de atenção a autores de violência doméstica, porém homens separados, com menor escolaridade, baixa renda e que consomem álcool predominam no serviço acompanhado.*

Quando analisados os dados referentes ao perfil socioeconômico dos homens acompanhados, 67,44% finalizaram o relacionamento com a mulher que denunciou o abuso, 70,24% estudaram até o ensino médio, 79,07% possuíam renda mensal de até 3 salários mínimos e 55,82% bebiam com alguma regularidade. Esses achados evidenciam a importância de oferecer acompanhamento para os homens mesmo após o fim do relacionamento, e de considerar que vários fatores podem interferir para um maior risco de violência por parceiro íntimo.

2. *O acompanhamento dos HAV previne a ocorrência de novos casos de violência por parceiro íntimo.*

Verificou-se que apenas 9 homens cometeram violência contra a parceira ou ex-parceira durante o tempo de acompanhamento, sendo apenas um caso de violência física e os demais psicológica. Além disso a maioria dos participantes (79,07%) afirmou ser improvável bater na companheira, enquanto 84,88% asseguram que nada os levaria a agredi-la. Embora esse achado demonstre que o acompanhamento gera resultados deve ser analisado com cuidado devido a participação obrigatória e a relação com o processo jurídico. Também chama a atenção o predomínio de relatos de violência psicológica em comparação com a física, o que evidencia a necessidade de acompanhamentos mais longos, pois muitas vezes a violência psicológica pode progredir para outras formas de VPI.

3. *O acompanhamento dos HAV auxilia para que estes homens desenvolvam estratégias de enfrentamento da violência, contudo possui vulnerabilidades.*

A análise dos relatos dos homens e profissionais mostrou que o acompanhamento resulta em mudança de atitude nos homens, leva a reflexão sobre questões de gênero e influencia em outros relacionamentos, como com os filhos e colegas de trabalho. Contudo não há avaliação formal dos resultados nem formação continuada dos profissionais, e entre as principais dificuldades citadas estão as reclamações referentes ao processo jurídico. Essas vulnerabilidades podem ter relação com a falta de políticas públicas específicas no Brasil para o atendimento aos HAV, com diretrizes que comportem acompanhamentos mais longos, que respeitem as necessidades de cada participante, incluam a formação profissional e processos de avaliação.

Esses achados demonstram que o acompanhamento aos homens autores de violência pode influenciar na prevenção da violência por parceiro íntimo contra a mulher, não podendo substituir a atenção às vítimas, mas sendo uma ferramenta a ser incluída na rede de enfrentamento da violência contra a mulher. Embora apresente vulnerabilidades, o acompanhamento a este grupo é na maioria das vezes a única oportunidade dos homens refletirem sobre questões de gênero e outros fatores envolvidos na VPI. A construção de diretrizes nacionais para o acompanhamento destes homens, associada a avaliações sistematizadas, e a organização de metodologias que considerem os diferentes tipos de VPI, são necessárias para que mais resultados sejam obtidos e novas formas de atenção às pessoas em situação de violência no Brasil possam ser estruturadas.

## REFERÊNCIAS

- ABRAHAMS, N. et al. Intimate Partner Violence: Prevalence and risk Factors for men in Cape Town, South Africa. **Violence and Victims**, v. 21, n. 2, p. 247- 264, 2006.
- ACOSTA, F.; BARKER, G. **Homens, violência de gênero e saúde sexual e reprodutiva**: um estudo sobre homens no Rio de Janeiro/Brasil. Rio de Janeiro: Instituto NOOS, 2003.
- ACQUADRO, C.; CONWAY, K.; HAREENDRAN, A., AARONSON, N. European Regulatory Issues and Quality of Life Assessment (ERIQA) Group. Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. **Values in Health**, v.11, n.3, p. 509-521. 2008.
- AGUIAR, L.H.M (2009). **Gênero e Masculinidades**: Follow-up de uma intervenção com homens autores de violência conjugal. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- ALBUQUERQUE, F.P.; BARROS, C.R.S.; SCHRAIBER, L.B. Violência e sofrimento mental em homens na atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, 2013; 47(3): 531-9.
- ALVES, S.L.B; DINIZ, N.M.F. “Eu digo não, ela diz sim”: a violência conjugal no discurso masculino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.4, p.387-392, 2005.
- ALVIM, S. F.; SOUZA, L. Violência conjugal em uma perspectiva relacional: homens e mulheres agredidos/agressores. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 171-206, 2005.
- ARENDDT, H. Da Violência. Brasília: Universidade de Brasília, 1985.
- ANTEZANA, A. P. Intervenção com Homens que Praticam violência contra seus cônjuges: reformulações teórico-conceituais para uma proposta de intervenção construtivista-narrativista com perspectiva de gênero. **Nova Perspectiva sistêmica**, Rio de Janeiro, n.42, p 9-27, abr, 2012.

ASSIS, S. G. (org) et al. **Impactos da Violência: Moçambique e Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Claves, 2011.

BEATON, D. E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M. B. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation. **Spine**, v.25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BEIRAS, A. Grupos de Homens autores de violência: possibilidades de intervenções diante das recomendações propostas na lei Maria da Penha. in Ronvinski, S. L. R. e Moraes, R. org, 1 ed, São Paulo: Vetor, 2009.

BEIRAS, A. **Relatório Mapeamento de Serviços de atenção grupal a homens autores de violência contra mulheres no contexto brasileiro.** Rio de Janeiro: Instituto NOOS; 2014. Disponível em: [http://noos.org.br/portal/wp-content/uploads/2015/04/Relatorio-Mapeamento-SHAV\\_site.pdf](http://noos.org.br/portal/wp-content/uploads/2015/04/Relatorio-Mapeamento-SHAV_site.pdf). Acesso em 11 de maio de 2016.

BEIRAS, A.; MORAES, M.; ALENCAR-RODRIGUES, R.; CANTERA, L.M. Políticas e Leis sobre violência de gênero – reflexões críticas. **Psicologia e Sociedade**, 24(1), 36-45, 2012.

BOURDIEU, P. **A Dominação Masculina.** 7 ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2010.

BRANCO, A.L.U.A. **A prática do psicólogo em um programa de atendimento a famílias em situação de violência.** 2010. 37 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Psicologia Jurídica) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2010.

BRASIL. **Lei nº 10.778**, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, 2003.

BRASIL. **Lei nº 9394**, de 7 de agosto de 2006. Estabelece mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. 1984. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática.** Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Série Cadernos da Atenção Básica n. 8, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência**, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva**: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, 2008.

BRASIL. **Portaria GM/MS n. 2406**. Brasília, 2004.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM). Pacto Nacional pelo Enfrentamento da violência contra a Mulher. Brasília: SPM; 2007.

BRASIL, **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva)** : 2009, 2010 e 2011. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BREIDING, M.J.; CHEN, J.; BLACK, M.C. **Intimate Partner Violence in the United States** - 2010. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. 2014.

CANTERA, L. **Casais e Violência**: Um enfoque além do gênero. Porto Alegre: Dom Quixote, 2007.

CARRASCO-PORTIÑO, M. et al. ¿Qué sabemos sobre los hombres que maltratan a su pareja? Una revisión sistemática. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 22, n. 1, p. 55–63, 2007.

CHAVES, E.S.; RISTUM, M.; NORONHA, C.V. Estratégias para o controle e Prevenção da violência: uma experiência em saúde que integraliza ações, a partir de diferentes segmentos. **III Congresso Nacional da Rede UNI-IDA**. Salvador, BA. Resumos, p.136, 1998.

CONSELHO DOS DIREITOS DA MULHER DO DF. **Projeto de Núcleo de atendimento às famílias e aos autores de violência doméstica e sexual**. Brasília, 2003.

COUNCIL OF EUROPE. **Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence**. April, 2011.

DEEKE, L.P. et al. A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 248-258, 2009.

DIEESE. **Anuário das mulheres brasileiras**. São Paulo: DIEESE, 2011.

FRANK, S.; COELHO, E. B. S., BOING, A. F. Perfil dos estudos sobre violência contra a mulher por parceiro íntimo: 2003 a 2007. **Rev Panam Salud Publica**. v.27, n, 5, p. 376–81, 2010.

FRIEND, D.J.; BRADLEY, R.P.C.; THATCHER, R.; GOTTMAN, J.M. Typologies of Intimate Partner Violence: Evaluation of a Screening Instrument for Differentiation. *J Fam viol*, 26, p. 551-563, 2011.

GIFFIN, K. Violência de Gênero, Sexualidade e Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.10, n.1, p. 146-155, 1994.

GOMES, R. A dimensão simbólica da violência de gênero: uma discussão introdutória. **Athenea Digit**, s.l., v. 14, n. 2, p. 237-243, 2008.

GOMES, N. P. et al. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 4, dec. 2007.

GOMES, N.P.; FREIRE, N.M. Vivência de violência familiar: homens que violentam suas companheiras. **Rev Bras Enferm.** 58(2): 176-9, 2005.

GÓMEZ, E.G. **Análisis de género:** bases conceptuales y metodológicas. Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos - Curso Virtual Género y Salud. Organización Panamericana de la Salud. 2011.

GONDOLF, E. W. Patterns of Reassault in Batterer Programs. **Violence and Victims**, vol.12, n. 4, 1997.

GONDOLF, E.W. How batterer program participants avoid reassault. *Violence against Women*, vol.6, p.1204-1222, 2000.

GONDOLF, E. W. **Batterer Intervention Systems:** Issues, outcomes, and Recommendations. Sage, 2002.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. E. Cross-cultural adaptation of health quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol**, v.46, p.1417-1432, 1993.

HAYECK, C. M. Refletindo sobre a violência. **Rev. Brasileira de História e Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, julho 2009.

HOLTZWORTH-MUNROE, A. **A Typology of Men Who are Violent Toward Their Female Partners:** Making Sense of the Heterogeneity In Husband Violence. American Psychological Society. 2000.

JOHNSON, M.P.; FERRARO, K.J. Research on Domestic Violence in the 1990s: Making Distinctions. **Journal of Marriage and the Family**, vol. 62, n. 4, p. 948-963, nov, 2000.

KAUFMAN, M. Los siete P's de la violencia de los hombres. **Asociación Internacional para Estudios sobre Hombres** (International Association for Studies of Men), v. 6 , n. 2, junio de 1999.

KRONBAUER, J. F. D; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 695-701, 2005.

KRUG et al, eds. **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002.

LAMOGLIA, C.V.A.; MINAYO, M.C.S. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, Abr, 2009.

LAURITSEN, J. M.; BRUUS, M.; MYATT, M. A. Versão para o português(Brasil) por João Paulo Amaral Haddad. **Programa para criar banco de dados**. EpiData Association, Odense Denmark 2002. (v3.0).

LEÔNCIO, K. L. et al. O perfil de Mulheres Vitimizadas e de seus Agressores. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 307-312, 2008.

LIMA, D. C.; BUCHELE, F. Revisão crítica sobre o atendimento a homens autores de violência doméstica e familiar contra as mulheres. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2011.

LINDNER, S.R. et al . Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 815-826, Apr. 2015.

MARINHEIRO, A. L. V.; VIEIRA, E. M.; SOUZA, L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 604-610, 2006.

MARZIALE, M.H.P. A Violência no Setor Saúde. **Rev.Latino-am Enfermagem**, v.12, n. 2, p. 147-148, 2004.

MEDRADO, B.; LYRA, J.; AZEVEDO, M.; GRANJA, E.; VIEIRA, S. **Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde**. Recife: Instituto PAPAI, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 6ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1999.

MINAYO, M.C.S, **A violência social sob a perspectiva da saúde pública**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1994.

MINAYO, M.C.S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINAYO, M.C.S. Laços perigosos entre machismo e violência. **Cien Saude Colet**, v. 10, n.1, p. 18-26, 2005.

MINAYO, M. C. S. e SOUZA, E. R. Violence and health care as an interdisciplinary field and an arena for collective action, **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 4, n. 3, p. 513-531, nov. 1997-feb. 1998.

MONTEIRO, A.C. Autores de Violência Doméstica e Familiar: um estudo sobre um grupo de reflexão no Paranoá/ DF. Dissertação. Universidade de Brasília. 2014.

MONTERO, A.; BONINO, L. Criterios de calidad para intervenciones con varones que ejercen violencia en la pareja. **Rev. Empan**, n.73, p.113-119, marzo, 2009.

MORAES, C.L.; HASSELMANN, M.H.; REICHENHEIM, M.E. Adaptação transcultural para o português do instrumento “Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)” utilizado para identificar a violência entre casais. **Cad Saude Publica**. v. 18, n.1, p. 163-175, 2002.

MOURA, L. B. A. et al. Violência contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n.6, p. 944-953, 2009.

NOOS – Instituto NOOS de Pesquisas Sistêmicas e Desenvolvimento de Redes Sociais e Instituto PROMUNDO. **Homens, violência de gênero e saúde sexual e reprodutiva**: um estudo sobre homens no Rio de Janeiro/ Brasil, 2003.

NUNAN, A. Violência Doméstica entre Casais Homossexuais: o segundo armário? **PSICO**, v. 35, n. 1, p. 69-78, 2004.

OLIVEIRA, J. B. et al. Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 26, n. 6, p. 494-500, 2009.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatórios diversos**, jun. 1998.

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. **Violência y Salud**. Resolución n. XIX. Washington:Opas, 1994.

PASINATO, W.; SANTOS, C. M. **Mapeamento das Delegacias da Mulher no Brasil**. São Paulo: PAGU/UNICAMP, 2008.

RAMOS, M.A.P. *Masculinidades y violencia conyugal: experiencias de vida de hombres de sectores populares de Lima y Cusco*. Lima: FASPA/UPCH, 2006.

RAVAZZOLA, M.C. Violência nas Relações Familiares: Por que uma visão sistêmica e de gênero? **Pensando Famílias**, v. 11, n.1, p.11-28, jul, 2007.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev Saude Pública**, v.41, n. 4, p. 665-73, 2007.

REID, R.J, et al. Intimate partner violence among men prevalence, chronicity, and health effects. **Am J Prev Med**, v. 34, n.6, p. 478-485, 2008.

RHODES, K. V.; HOURY, D.; CERULLI, C.; STRAUSS, H.; KASLOW, N. J.; MCNUTT, L. A. Intimate Partner Violence and comorbid Mental Health condition among urban male patients. *Annals Family Medicine* , 2009; 7 (1): 47-55.

ROMANS, S. et al. Who is most at risk for intimate partner violence? A Canadian population-based study. **J Interpersonal Violence**, v.22, n.12, p. 1495-1514, 2007.

ROSA, A.G. et al. A violência Conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem autor da Violência. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 152-160, 2008.

ROTHMAN, E.F.; BUTCHART, A.; CERDÁ, M. **Intervening with perpetrators of intimate partner violence: a global perspective.** World Health Organization, 2003.

SAFFIOTI H.I.B.; ALMEIDA S.S. **Violência de gênero: poder e impotência.** Rio de Janeiro: Revinter; 1995.

SANTOS, J.V.T. A violência como dispositivo de excesso de poder. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 281-298, 1996.

SANTOS, C. M.; IZUMINO, W. P. Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil. **Estudios Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe**, v.16, n. 1, 2005.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L; FRANCA JUNIOR, I. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl. 1, p. 127-137, June 2008 .

SCHRAIBER, L.B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 797-807, 2007.

SCHRAIBER, L.B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**, v.36, n. 4, p.470-7, 2002.

SCHRAIBER, L.B., D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface Comun Saúde Educ.**, v.3 n. 5, p. 11 - 27, 1999.

SCHRAIBER, L. B.; D' OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2012.

SEMDF, Secretaria de Estado da Mulher, Governo do Distrito Federal, Gerência de atendimentos à Família e aos Autores de Violência Doméstica. **NAFADV: Núcleo de Atendimento à Família e aos Autores de Violência Doméstica.** 1 ed. 2014.

SILVA, I.V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.19, n. 2, p. 263-72, 2003.

SILVA, A.C.L.G.; COELHO, E.B.S.; MORETTI-PIRES, R.O. O que se sabe sobre o homem autor de violência contra a parceira íntima: uma revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 35, n. 4, p. 278-283, Apr. 2014 .

SPM, Secretaria de Políticas para Mulheres. **Convenções Internacionais**. Disponível em:<<http://www.spm.gov.br/legislacao-1/convencoes-internacionais/convencoes-internacionais>> Acesso em 28 de maio de 2014.

SPM, Secretaria de Políticas para Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2011a.

SPM, Secretaria de Políticas para Mulheres. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2011b.

STRAUS, M. A. Measuring intra-familial conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. **Journal of Marriage and Family**, v.41, p. 75-88. 1979.

TONELI, M.J.F., LAGO, M.C.S., BEIRAS, A., CLIMACO, D.A. (org). **Atendimento a homens autores de violência contra as mulheres: experiências latino-americanas**. Florianópolis: UFSC/CFH/NUPPE, 2010.

TONELI, M.J.F.; LAGO, M.C.S.; BEIRAS, A.; LODETTI, A.; CLÍMACO, D.A. **Programas de atenção a homens que cometem agressão contra mulheres: propostas latino- americanas e estadunidenses - debates em torno a propostas feministas e judiciais**. Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder. Florianópolis, agosto de 2008.

VENTURI, G. et al. **A mulher brasileira no espaço público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2001.

VINHAS, W. **Construção social da violência e direitos humanos**. Palestra proferida durante a Campanha pelo Fim da Violência Contra

Mulheres: "Direitos sexuais e Direitos Humanos": construção social da violência e direitos humanos. UNEB, Irecê, 04/12/2010.

WALKER, L. **The Battered Woman Syndrome**. New York: Harper and Row; 1999.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses**. Geneva, 2005.

WHA, WORLD HEALTH ASSEMBLY. WHA49.25. **Prevention of violence: a public health priority** GENEVA, may, 1996.

YIN, R.K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 3. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZUMA, C. E.; MENDES, C. H. F.; CAVALCANTI, L. F.; GOMES, R. Violência de gênero na vida adulta. In: NJAINE, K. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009.



## APÊNDICE A – Artigo da Adaptação Transcultural

### **Adaptação transcultural para o português do questionário “*Follow-up CDC (Centers for Disease Control and Prevention)*” utilizado no acompanhamento de homens autores de violência conjugal, para uso no Brasil**

Autoras: Anne Caroline Luz Grüdtner da Silva, Elza Berger Salema Coelho

**RESUMO:** A atenção às situações de violência por parceiro íntimo é direcionada especialmente as mulheres. Os serviços que atendem homens são recentes no Brasil e apresentam dificuldades, especialmente quanto a avaliação dos efeitos da intervenção para evitar novas situações de violência. Portanto o presente estudo tem como objetivo traduzir e adaptar transculturalmente o questionário “*Follow-up CDC (Centers for Disease Control and Prevention)*” para uso no Brasil, para utilizado com casais cujo homem é atendido em programa de atenção a autores de violência por parceiro íntimo. Foi utilizada a metodologia descrita por Beaton et al (2000), que incluiu: tradução, síntese, retradução e análise por comitê de especialistas. A versão final foi aplicada em uma amostra semelhante a população alvo, composta por 30 homens e 30 mulheres, que compareceram a uma delegacia especializada na atenção a mulher, devido a violência por parceiro íntimo. O processo de adaptação transcultural avaliou as equivalências semântica, idiomática, empírica e de conceito entre o instrumento original e a sua versão em português. Os resultados sugerem que o questionário poderá ser aplicado no Brasil, refletindo as mesmas informações que o instrumento original e contribuindo na estruturação de programas de atenção a casais em situação de violência.

**Palavras-Chave:** Violência contra a Mulher; Maus-tratos Conjugais; Questionários; Validação

### **INTRODUÇÃO:**

Entre as formas de violência, a de gênero, especialmente a praticada contra a mulher pelo parceiro íntimo, é uma das mais comuns. Esse tipo de violência é um fenômeno complexo, que deixou de ser apenas um objeto da justiça, e passou a ser um problema para os serviços de saúde<sup>1</sup>.

No Brasil, 25,9% das mulheres e 2% dos homens relataram ter sofrido violência física cometida pelo parceiro ou ex-parceiro<sup>2</sup>. Das

75.633 notificações de mulheres que sofreram algum tipo de violência no Brasil, registradas no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) entre 2009 e 2010, 17,5% foram vítimas do cônjuge e 5,5% dos ex-parceiros. Entre os homens vítimas de violência, 2,7% dos 38.010 casos notificados foram vítimas da parceira e 0,7% da ex-parceira<sup>3</sup>.

Diversos países têm respondido à esta questão com recursos legais, médicos e sociais para atender às mulheres em situação de violência doméstica e familiar, contudo o mesmo não ocorre em relação as intervenções com os homens autores de violência. Portanto, é necessário desenvolver metodologias de atendimento que considerem as diferentes questões culturais, e que busquem compreender as narrativas dos homens<sup>4</sup>.

Assim, para reduzir os índices de violência baseada em gênero é primordial implementar ações mais eficazes de segurança pública, aliadas a ações em saúde dirigidas aos homens, tanto de caráter preventivo como voltadas para os autores de violência. O trabalho com homens, em conjunto com trabalhos realizados junto às mulheres, seria uma alternativa mais eficaz na redução, contenção e prevenção da violência por parceiro íntimo<sup>5,6</sup>.

No Brasil, a Lei N° 11.340, ou Lei Maria da Penha, que aumentou os mecanismos de proteção às vítimas, incentiva a criação e a promoção de centros de educação e reabilitação para agressores, e altera a lei de Execução Penal; permitindo que nos casos de violência doméstica contra a mulher, o juiz possa determinar o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação<sup>5,7</sup>.

Em 2008 foi promulgada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que objetiva orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade, equidade, e atenção humanizada. De acordo com esta política, a integralidade na atenção à saúde do homem implica na visão sistêmica do processo da violência, evitando limitar o homem no seu papel de agressor, por meio da consideração crítica dos fatores que vulnerabilizam o homem à autoria da violência, a fim de intervir preventivamente sobre as suas causas, e não apenas em sua reparação<sup>8</sup>.

As diretrizes para a rede de enfrentamento à violência contra as mulheres no país, incluem as diretrizes gerais dos Serviços de Responsabilização e Educação do Agressor. Este documento apresenta conceitos, atribuições e objetivos desses serviços de responsabilização e educação à luz dos artigos 35 e 45 da Lei Maria da Penha. O principal objetivo desse serviço é o acompanhamento das penas e decisões

proferidas pelo juízo competente no que tange ao agressor, com caráter obrigatório e pedagógico para o homem processado criminalmente, e não um caráter assistencial ou de ‘tratamento’; seja psicológico, social ou jurídico<sup>9</sup>.

Contudo, a intervenção com homens que cometem violência contra a companheira é uma medida controversa em diferentes âmbitos, e as principais críticas a sua organização são: utilizar recursos econômicos que poderiam ser destinados no amparo às vítimas; impor medidas de ressocialização, reeducação ou tratamento ao invés de medidas punitivas; considerar que homens que praticam violência não mudam e portanto as intervenções não são efetivas. Entre as pessoas contrárias às intervenções, predomina a visão de que a prisão dos homens é o melhor dispositivo para a segurança das mulheres<sup>4,10</sup>.

E no âmbito da avaliação que se encontra umas das maiores e principais carências destes programas, com poucas evidências sobre seus efeitos <sup>11</sup>. Para facilitar a estruturação de programas no Brasil é importante acompanhar os seus efeitos entre os homens autores de agressão, e comparar os resultados às diferentes formas de atendimento. Considerando que não identificou-se instrumento validado no Brasil para avaliação dos programas de atenção a homens autores de violência, foi feita busca por instrumentos em outros países, e selecionado o questionário “*Follow-up CDC (Centers for Disease Control and Prevention)*”, desenvolvido por Gondolf<sup>12,13</sup>, nos Estados Unidos.

Este se estrutura em duas partes, uma aplicada ao homem e outra a mulher. É utilizado para acompanhamento de homens que participam de programas de atenção a autores de violência por no mínimo 3 meses, podendo ser repetido a cada intervalo de 3 meses; e contém perguntas abertas e fechadas sobre as situações de violência vivenciadas pelo casal – incluindo as violências física, psicológica, sexual e de comportamento controlador - uso de drogas, busca de ajuda e participação no programa de atenção.

O questionário foi aplicado pela primeira vez em um grupo de 840 homens e suas respectivas parceiras, selecionados em quatro diferentes programas de atenção, localizados em 4 estados dos Estados Unidos. Estes casais foram acompanhados por 4 anos, e mais de 12000 entrevistas realizadas utilizando o instrumento. Posteriormente, o questionário foi utilizado em estudo realizado em uma prisão na Califórnia, em um serviço de aconselhamento especializado com homens afro-americanos, e em estudo sobre tratamento suplementar e saúde mental com autores de violência presos<sup>12,13</sup>.

Para ser utilizado no Brasil, o *Follow-up CDC* deve ser traduzido e adaptado transculturalmente às circunstâncias sociais e culturais do país. Portanto o presente estudo teve como objetivo traduzir e adaptar o questionário *Follow-up CDC* para uso no Brasil.

## **MÉTODOS:**

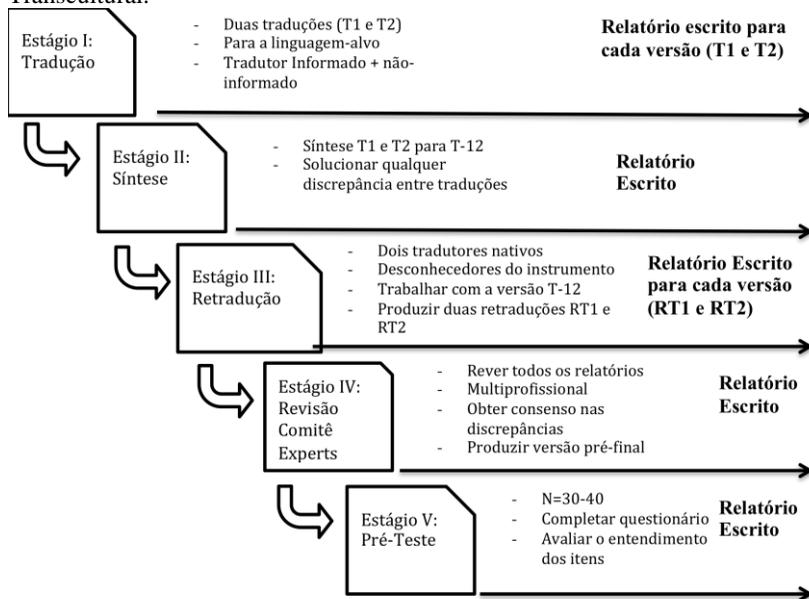
O processo de adaptação iniciou após a busca de instrumentos para acompanhamento dos participantes de programas de atenção a homens autores de violência contra a parceira. Tanto na busca nas bases de dados Scielo e LILACS, quanto no contato com serviços brasileiros de atenção às pessoas em situação de violência por parceiro íntimo, não foi identificado um instrumento validado no Brasil com este objetivo.

Foi então realizada uma busca em bases de dados internacionais e contatados serviços internacionais de atenção a homens autores de violência conjugal, sendo identificados dois questionários. O primeiro desenvolvido por Rothman et al<sup>14</sup> para levantar as características dos serviços de atenção a homens autores de violência conjugal no mundo. Este questionário é aplicado com algum responsável pelo programa e busca informações sobre a organização e funcionamento do programa; como ano de fundação, tipo de atendimento, tipo de encaminhamento, financiamento e outros, não abordando informações detalhadas sobre as pessoas acompanhadas nem sobre os efeitos do acompanhamento.

O segundo instrumento encontrado foi o questionário *Follow-up CDC (Centers for Disease Control and Prevention)*. Este instrumento foi selecionado por ser aplicado com os participantes do programa, tanto com o homem quanto a mulher, e permitir a obtenção de informações sobre as situações de violência e sobre o serviço.

A Adaptação Transcultural foi desenvolvida conforme descrita por Beaton et al<sup>15</sup>, que busca maximizar a obtenção de equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre o questionário original e o adaptado. A figura 1 descreve os estágios da Adaptação Transcultural seguidos neste estudo, segundo Beaton et al<sup>15</sup>.

Figura 1. Representação Gráfica dos estágios recomendados para a Adaptação Transcultural.



Adaptado de Beaton et al, 2000.

Os estágios deste método incluem a tradução do instrumento do inglês para português, a produção de uma síntese das duas versões traduzidas, seguida da retradução da versão síntese. Então a versão em português é analisada por um comitê de experts na área e é realizado um pré-teste com esta versão. Após completar cada estágio, um relatório das atividades e dificuldades é construído e na última fase o comitê de pesquisadores que coordenaram o processo avaliam estes relatórios e o resultado do pré-teste, ajustando a versão final do instrumento.

### Tradução, Síntese e Retradução

Inicialmente foi realizada a tradução do instrumento do inglês para o português, por dois tradutores independentes, que tinham como língua materna o idioma alvo da tradução. Um tradutor conhecia os conceitos que estavam sendo analisados no questionário, enquanto o outro não conhecia os conceitos abordados pelo questionário, e não pertencia a área da Saúde.

A partir do questionário original, das versões do primeiro tradutor (T1) e do segundo (T2), uma das pesquisadoras sintetizou as duas traduções produzindo T-12.

Então a versão T-12 foi retraduzida para o inglês por dois tradutores independentes que tinham como língua materna o inglês americano, e que desconheciam a versão original do instrumento. Estas versões foram comparadas entre si e com a versão original do questionário por uma das pesquisadoras, sendo verificado que mantinham o conteúdo do questionário original, assim a versão T-12 foi aprovada e levada para o estágio de análise pelo Comitê de Especialistas.

### **Comitê de Especialistas**

A função do comitê é consolidar todas as versões do questionário – T1, T2 e T12 - e desenvolver a versão do instrumento para o teste em campo. Foi formado por 8 profissionais (4 enfermeiras, 2 psicólogas, 1 médica e 1 fisioterapeuta), com experiência na área de violência e três com fluência na língua inglesa. O questionário e os relatórios com as incongruências das outras etapas foram analisados, tendo sido avaliadas tanto as questões quanto as opções de resposta, analisando se estavam de acordo com a cultura brasileira.

As decisões tomadas neste estágio buscaram a equivalência entre a versão original e a adaptada considerando quatro áreas, conforme descritas a seguir:

- Na equivalência Semântica observou-se se as palavras tinham o mesmo significado, se tinham múltiplos significados, e se haviam problemas gramaticais na tradução;
- Considerando que as gírias ou expressões idiomáticas são difíceis de traduzir, na equivalência idiomática o comitê buscou encontrar expressões equivalentes ou similares para a versão adaptada.
- Os itens do instrumento pretendem captar experiências da vida diária, porém, em um país ou cultura diferentes, determinada tarefa pode não ser experienciada embora possa ser traduzida. Por isso, buscando a equivalência empírica, o comitê procurou substituí-los por um item similar que seja experimentado na cultura brasileira;
- Por fim, na equivalência conceitual o Comitê examinou, tanto o questionário original quanto as versões traduzidas, buscando

essa equivalência dos diferentes significados conceituais, além de considerar as questões, as instruções e as opções de resposta.

Ao final deste estágio foi consolidada a versão do questionário para ser utilizada no próximo estágio, de pré-teste.

### **Pré-Teste da Versão Final**

Neste estágio a versão do questionário, proposta pelo comitê de especialista, foi aplicada a sujeitos alvo do instrumento original. Esse pré-teste foi realizado com homens e mulheres que compareceram à 6ª Delegacia especializada na atenção a Mulheres em Florianópolis/SC para acompanhamento devido a situação de violência por parceiro íntimo, e aceitaram participar da pesquisa após informação sobre seus objetivos.

Participaram 30 homens e 30 mulheres, que avaliaram as questões e opções de resposta do questionário, sinalizaram as que eram incompreensíveis, justificando a escolha e sugerindo mudanças no texto.. Esta etapa trouxe informações sobre a interpretação dos itens do questionário, analisado de acordo com a proporção de questões entendidas. Os itens classificados como incompreensíveis, por 10% ou mais da amostra<sup>16</sup>, foram reavaliados pelo comitê de especialistas.

### **Submissão da Documentação para os Criadores e para os Coordenadores do processo**

O último estágio do processo de adaptação foi a submissão de todos os relatórios e versões para os pesquisadores que conduziram o processo de adaptação, e a versão final para o idealizador do instrumento original. Esta etapa teve por objetivo verificar se os estágios recomendados foram seguidos, ou seja, fazer uma auditoria do processo. Neste estágio não foram feitas alterações no conteúdo do instrumento, pois se assume que seguindo todo o processo foi obtida uma tradução correta.

A versão final foi então traduzida para o inglês e enviada para o autor do instrumento original, para avaliação se o processo de adaptação do questionário manteve as características do instrumento original. O processo foi considerado adequado pelo autor do questionário.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) do Hospital Infantil Joana de Gusmão, de acordo com a resolução 466 de 2012 do CONEP, sob o Parecer nº 715.461. Os sujeitos que participaram do pré-teste foram previamente

informados sobre os objetivos do estudo e após confirmarem seu interesse em participar, assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

## RESULTADOS:

O comitê de especialistas avaliou a equivalência entre a versão adaptada e a original do questionário, nas quatro áreas: semântica, idiomática, empírica e conceitual, conforme descrito na metodologia. Assim pode ser observado que os conceitos de violência, utilizados no questionário original, se aplicam ao contexto cultural do Brasil e os termos e gírias foram traduzidos de forma a respeitarem a versão original.

Os especialistas concluíram que, de forma geral, os itens selecionados para compor o questionário “*Follow-up CDC*” são suficientes para avaliar a participação do homem em um serviço de atenção para autores de violência. Contudo, para obter mais dados sobre o homem autor de violência foi sugerido incluir no início do instrumento questões sobre o perfil do entrevistado: idade, escolaridade e renda. Além disso, optou-se por substituir a forma de identificação do entrevistado e da mulher que denunciou a violência, no original era utilizado o nome, na tradução utilizará um número.

Também foi sugerido incluir o termo centro de saúde no item sobre procura de médico ou hospital (questão 17), pois o instrumento original não incluía os diferentes níveis de atenção do sistema de saúde brasileiro. A lista de alterações realizadas pelo comitê de especialistas, no estágio IV, está apresentada na tabela 1.

Tabela 1. Modificações realizadas pelo Comitê de Especialistas.

<b>Instrumento Original</b>	<b>Versão após Tradução (T1-2)</b>	<b>Versão após Comitê de Especialistas</b>
2a. letter or phone contact only	apenas contato por carta ou telefone	apenas contato por carta/telefone/e-mail ou rede social
4d. Poor sexual relations?	relações sexuais ruins?	problemas de relacionamento sexual?
8. threatened to take away the children or harm them	ameaçou levar os filhos ou feri-los	ameaçou levar os filhos embora ou feri-los?

10a. Did you have any close calls (in which you felt like hitting you partner)?	Você experimentou alguma situação crítica (na qual sentiu vontade de bater em sua parceira)?	Você vivenciou alguma situação crítica (em algum momento você sentiu vontade de bater em sua parceira)?
11. How many different incidents or separate times of physical abuse were there in the past 3 months?	Quantos incidentes diferentes houve, ou quantas vezes houve violência física nos últimos 3 meses?	Quantas situações diferentes houve, ou quantas vezes houve violência física nos últimos 3 meses?
18. How often do you drink alcohol or use drugs?	Com que frequência você consome álcool ou usa drogas?	Com que frequência você consome álcool ou usa outras drogas?
19. How often have you been drunk or high, during the past 3 months?	Com que frequência você ficou bêbado ou sob efeito de drogas nos últimos 3 meses?	Com que frequência você ficou sob o efeito de álcool ou outras drogas nos últimos 3 meses?
19b. relationship of person to you?	qual o relacionamento da pessoa com você?	qual o grau de parentesco da pessoa com você?
21. Have you been arrested for anything other than domestic violence in the past 3 months?	Você foi preso por outro motivo que não seja violência doméstica nos últimos 3 meses?	Você foi preso ou detido por outro motivo que não seja violência doméstica nos últimos 3 meses?
31a. you are drunk or high	Se eu estiver bêbado ou sob efeito de drogas	Se eu estiver sob efeito de álcool ou outras drogas
37. For Alcohol or drug abuse treatment, including AA	Para álcool ou tratamento por abuso de drogas, inclusive AA	Para tratamento por abuso de álcool ou outras drogas, inclusive AA
14. Were you emotionally hurt by MAN'S NAME?	Você foi ferida emocionalmente pelo companheiro?	você sofreu violência psicológica cometida pelo companheiro?

16. Did you seek any medical help for injuries caused by your partner's behavior?	Você buscou algum tipo de ajuda médica para os ferimentos causados pelo comportamento de seu parceiro?	Você buscou algum tipo de ajuda para os ferimentos causados pelo comportamento de seu parceiro?
17. Have you gone to a doctor or hospital for any other reason during the past 3 months?	Você foi ao médico ou hospital por qualquer outra razão nos últimos 3 meses?	Você foi ao médico, hospital ou centro de saúde por qualquer outra razão nos últimos 3 meses?
29. family planning agency	agência de planejamento familiar	serviço de planejamento reprodutivo
32. 1) better; 2) same; 3) worse	1)mais; 2)mesmo; 3)menos	1)mais; 2)igual; 3)menos
38. getting pressured in sexual relations	sentindo-se pressionada em relações sexuais	sentindo-se forçada a ter relações sexuais

No pré-teste da versão elaborada pelos comitê de especialistas participaram no total 60 pessoas. A maioria dos homens, 36,6% (11), tinha entre 41 e 50 anos de idade, seguido da faixa entre 31 e 40 anos (30%), 56,6% estudou até o ensino fundamental. Entre as mulheres, 56,6% estava na faixa entre 31 e 50 anos de idade e 43,4% estudaram até o ensino médio. A distribuição dos participantes conforme idade e escolaridade está apresentada na tabela 2.

Tabela 2. Perfil dos participantes do pré-teste, n= 60.

	Homens		Mulheres	
	n	%	n	%
<b>Idade</b>				
19 a 30 anos	5	16,7	11	36,6
31 a 40 anos	9	30,0	7	23,3
41 a 50 anos	11	36,6	10	33,3
acima de 51 anos	5	16,7	2	6,6
total	30	100	30	100

**Escolaridade**

até ensino fundamental	17	56,6	8	26,6
até ensino médio	7	23,4	13	43,4
ensino superior	6	20	9	30
total	30	100	30	100

Os participantes deste estágio de pré-teste avaliaram as questões e opções de resposta do questionário, informando aquelas que não eram compreensíveis, e sugerindo mudanças no texto dessas questões, que facilitassem a compreensão. Duas questões foram consideradas incompreensíveis por 10% dos participantes e portanto alteradas pelo comitê de pesquisadores, a partir das sugestões, conforme a tabela 3. Esta versão foi então aprovada pelos pesquisadores que conduziram o processo de adaptação, e pelo autor do instrumento original, sendo sugerida para uso na realidade brasileira.

Tabela 3. Modificações realizadas após o estágio de pré-teste.

<b>Instrumento Original</b>	<b>Versão Pré-teste</b>	<b>Após Pré-teste</b>
12. Tell me what happened (in the most severe incident)	Diga-me o que aconteceu (no incidente mais grave)	Diga-me o que aconteceu no caso de violência física mais grave
40. Any comments about the things we talked about, or things you think we should know?	Quaisquer comentários sobre as coisas de que falamos, ou algo que você ache que deveríamos saber?	Você gostaria de fazer algum comentário sobre as coisas de que falamos, ou algo que você ache que deveríamos saber?

**DISCUSSÃO:**

Os programas de atenção direcionados aos homens autores de violência (HAV) surgiram no final da década de 70 e início da década de 80, nos EUA e Canadá. Posteriormente foram multiplicados em diversos países, contudo foi somente nos últimos anos que ganharam espaço nas legislações e políticas públicas de cada país<sup>11</sup>.

No Brasil, na segunda metade da década de 1990, organizações não governamentais passaram a desenvolver estudos, intervenções

sociais e mobilizações políticas com um olhar especial para o público masculino. Essas organizações tiveram então, junto com os movimentos feministas, papel de destaque ao mostrar a importância de ações em saúde voltadas à população masculina e jovem, buscando o bem estar de homens, mulheres e crianças e a busca da equidade de gênero<sup>4</sup>.

Embora a legislação brasileira preveja o estabelecimento desses serviços, eles ainda não estão estruturados em rede e enfrentam problemas. Entre as dificuldades para criação desses serviços estão: políticas públicas ainda ineficientes, mudanças de gestão por questões políticas e fim de mandatos que interrompem serviços iniciados, desconhecimento sobre serviços similares para troca de experiências, necessidade de capacitação continuada dificultada pela falta de recursos e dificuldades de gestão, e dificuldades na captação de recursos<sup>7,17</sup>.

A utilização de instrumentos para avaliar os efeitos destes serviços, e que permitam comparar os achados de diferentes programas, pode auxiliar na diminuição dessas dificuldades enfrentadas no Brasil. Um dos instrumentos mais utilizados no país para identificar violência entre casais é o “*Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)*”. Ele foi elaborado pelo *Family Research Laboratory* nos Estados Unidos da América e tem uma versão adaptada para a língua portuguesa e utilizada em pesquisas sobre violência por parceiro íntimo no Brasil<sup>18</sup>, porém não inclui questões referentes ao atendimento do autor da violência.

Por não encontrar instrumento já utilizado no Brasil para analisar o atendimento a homens autores de violência e considerando a importância de comparar o resultados dos serviços brasileiros, foi proposta a adaptação de um instrumento internacional.

Entre os instrumentos encontrados foi selecionado o questionário *Follow-up CDC (Centers for Disease Control and Prevention)*, desenvolvido a partir da revisão das limitações encontradas em avaliações de programas para atenção a homens autores de violência desenvolvidos anteriormente, como: avaliações delimitadas a programas ou locais específicos; a variação nos procedimentos de cada avaliação dificultando a comparação dos resultados; se basear apenas na declaração das mulheres; fazer a avaliação após um longo período (6 meses a um ano); entrevistar apenas a parceira inicial; desconsiderar a mudança de circunstâncias durante o tempo de acompanhamento. Outro ponto positivo do instrumento é incluir os atos da escala de violência física do *Conflict Tactics Scale (CTS)*<sup>13</sup>.

Assim esse questionário tem a finalidade de examinar o programa como foi implementado na sua respectiva comunidade, considerando sua complexidade e contexto; e de forma comparativa por

poder ser aplicado em diferentes programas, sendo aplicado inicialmente após 3 meses de participação no programa, podendo acompanhar os participantes por 4 anos, repetindo a aplicação do instrumento a cada 3 meses. Mesmo assim o instrumento tem limitações, como a ausência de um grupo controle que permita distinguir os efeitos exclusivos do programa, a incerteza de que componentes podem explicar os resultados, e a dificuldade de comparar diferentes programas uma vez que cada sistema de intervenção tem suas características<sup>13</sup>.

O uso de instrumentos validados em outros contextos linguístico-sócio-culturais permite comparar achados de pesquisas, agiliza processos e reduz custos. Porém há diferentes abordagens teóricas e propostas para conduzir a Adaptação Transcultural (ATC) de um instrumento, e não há consenso quanto às estratégias de execução<sup>16</sup>.

Pesquisadores de diferentes áreas vem sugerindo então que o processo de ATC de um instrumento seja uma combinação entre um componente de tradução literal de palavras e frases de um idioma para o outro, e um processo de sintonização que considere o contexto cultural e estilo de vida da população alvo da versão adaptada do instrumento. O termo ATC seria então o processo que considera tanto as questões relacionadas a tradução quanto às diferenças culturais ao preparar um questionário para uso em um cenário diferente<sup>15,16</sup>.

Ao revisar 45 artigos sobre adaptação de questionários, buscando quais as semelhanças e diferenças dos diferentes métodos de ATC, Acquadro et al<sup>19</sup> encontraram em comum um processo com várias etapas, com pelo menos uma retradução e alguma forma de pré-teste, e nos demais itens analisados os métodos variaram consideravelmente. Embora os pesquisadores não tenham encontrado evidências em favor de um método específico para adaptação, sugerem o uso de uma abordagem com várias etapas como garantia de qualidade.

O processo de Adaptação Transcultural descrito por Beaton et al<sup>15</sup> foi escolhido neste estudo porque segue as diretrizes das revisões sistemáticas sobre a temática, e recebeu destaque na revisão realizada por Acquadro et al<sup>19</sup>, que selecionou três descrições do método de ATC entre os 45 encontrados. Estes receberam destaque por não terem sido desenvolvidos para um instrumento específico e sim para uma variedade de questionários, e apresentarem uma característica que os distinguiu dos outros.

Os estágios da metodologia proposta por Beaton et al<sup>15</sup> foram seguidos, tomando cuidado na seleção dos tradutores e buscando um comitê de especialistas na área. O questionário *Follow-up CDC* pode então ser recomendado para o uso no contexto brasileiro, sendo

considerado compreensível no pré-teste realizado com amostra semelhante ao público alvo do instrumento, sendo a amostra composta por indivíduos de diferentes idades e escolaridade. Contudo o instrumento ainda deve ser mais explorado e outras formas de adaptação e validação devem ser utilizadas, buscando refinar o instrumento e buscar uma maior equivalência cultural entre a versão original e a adaptada. Também é importante comparar se os resultados dos estudos que utilizem esse instrumento no Brasil serão semelhantes àqueles encontrados em outras culturas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A adaptação transcultural do referido questionário avaliou as equivalências semântica, idiomática, empírica e de conceito entre o instrumento original e a sua versão em português. Além do conteúdo das questões, foram analisadas as opções de resposta e as instruções para aplicação. Assim o questionário adaptado para uso na língua portuguesa poderá ser aplicado refletindo as mesmas informações que o instrumento original.

Com a utilização deste questionário, espera-se dar subsídios para a estruturação de programas de atenção a casais em situação de violência, considerando a percepção dos envolvidos, auxiliando na prevenção da violência por parceiro íntimo. Contudo se sugere que o questionário passe por outras formas de validação da consistência interna, como por exemplo o teste de Cronbach e a análise de itens de Rasch. Assim, os resultados obtidos devem ser revistos com futuras avaliações psicométricas.

## **REFERÊNCIAS:**

1. Frank S, Coelho EBS, Boing AF. Perfil dos estudos sobre violência contra a mulher por parceiro íntimo: 2003 a 2007. *Rev Panam Salud Publica*. 2010, 27(5): 376–381.
2. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. *Anuário das mulheres brasileiras*. São Paulo: DIEESE, 2011.
3. Brasil. *Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva)* : 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

4. Lima DC, Buchele F. Revisão crítica sobre o atendimento a homens autores de violência doméstica e familiar contra as mulheres. *Physis*, 2011; 21(2):721-743.
5. Beiras A, Moraes M, Alencar-Rodrigues R, Cantera LM. Políticas e Leis sobre violência de gênero – reflexões críticas. *Psicologia e Sociedade*, 2012; 24(1): 36-45.
6. Medrado B, Lemos AR, Brasilino J. Violência de Gênero: Paradoxos na Atenção a Homens. *Psicologia em Estudo*, 2011; 16(3): 471-478.
7. Brasil. *Lei nº 9394*, de 7 de agosto de 2006. Estabelece mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, 2006.
8. Brasil. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
9. SPM, Secretaria de Políticas para Mulheres. *Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília, 2011.
10. Antezana AP. Intervenção com Homens que Praticam violência contra seus cônjuges: reformulações teórico-conceituais para uma proposta de intervenção construtivista-narrativista com perspectiva de gênero. *Nova Perspectiva sistêmica*, 2012; 42:9-27.
11. Toneli MJF, Lago MCS, Beiras A, Climaco DA, organizadores. *Atendimento a homens autores de violência contra as mulheres: experiências latino-americanas*. Florianópolis: UFSC/CFH/NUPPE; 2010.
12. Gondolf EW. Patterns of Reassault in Batterer Programs. *Violence and Victims*, 1997, 12(4).
13. Gondolf EW. *Batterer Intervention Systems: Issues, outcomes, and Recommendations*. California: Sage; 2002.
14. Rothman EF, Butchart A, Cerdá M. *Intervening with perpetrators of intimate partner violence: a global perspective*. World Health Organization, 2003.

15. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation. *Spine*; 2000, 25(24): 3186-3191.
16. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saude Pública*; 2007, 41(4):665-73.
17. Beiras A. Relatório Mapeamento de Serviços de atenção grupal a homens autores de violência contra mulheres no contexto brasileiro. Rio de Janeiro: Instituto NOOS; 2014 [acesso em 11 de maio 2016]. Disponível em: [http://noos.org.br/portal/wp-content/uploads/2015/04/Relatorio-Mapeamento-SHAV\\_site.pdf](http://noos.org.br/portal/wp-content/uploads/2015/04/Relatorio-Mapeamento-SHAV_site.pdf).
18. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do instrumento “Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)” utilizado para identificar a violência entre casais. *Cad Saude Publica*; 2002, 18(1): 163-175.
19. Acquadro C, Conway K, Hareendran A, Aaronson N. European Regulatory Issues and Quality of Life Assessment (ERIQA) Group. Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. *Values in Health*; 2008, 11(3): 509-521.

## APÊNDICE B – Questionário para Homem Adaptado

### ACOMPANHAMENTO CDC - HOMEM

Nota: Use a entrevista de 3 meses se o primeiro contato tiver ocorrido entre 6-18 meses, substituindo “nos últimos 3 meses” ou “desde o programa” por “nos últimos X meses” (sendo X = número de meses desde o primeiro contato). Pergunte há quanto tempo o incidente (nº 6-16) ou o pedido de ajuda (nº 24-29) ocorreu e indique o número aproximado de meses na margem esquerda do formulário da entrevista de 3 meses.

#### ENTREVISTA

3 6 9 12 15 18 meses após a entrada no programa (circule um)

Número de Identificação: \_\_\_\_\_

Iniciais do entrevistador: \_\_\_\_\_ Horário de início: \_\_\_\_\_:

Nome do programa:  
\_\_\_\_\_

#### INFORMAÇÕES SOBRE O SUJEITO

1. Qual a sua idade: \_\_\_\_\_ anos

1a. Qual a sua escolaridade?

- 1( ) pós-graduação
- 2( ) superior completo
- 3( ) superior incompleto
- 4( ) ensino médio completo
- 5( ) ensino médio incompleto
- 6( ) ensino fundamental completo
- 7( ) ensino fundamental incompleto
- 8( ) alfabetizado
- 9( ) analfabeto

1b. Você tem um emprego ou renda própria (outra que não seja seguro-desemprego ou alguma assistência social)?

- 1( ) sim 2( ) não

1c. Qual a sua situação ocupacional atual?

- 1( ) tempo integral (35-40 horas por semana)
- 2( ) meio período (menos de 35 horas por semana)

- 3( ) desempregado (sem ocupação formal)  
 4( ) outro (estudante, deficiente, etc.):
- 

1d. Seu emprego ou ocupação mais recente:

---

1d. Código Brasileiro de Ocupações (adicione após a entrevista): \_\_\_\_\_

1e. Qual o valor da sua renda mensal?

- 1( ) até 3 salários mínimos  
 2( ) entre 4 e 6 salários mínimos  
 3( ) entre 7 e 10 salários mínimos  
 4( ) maior que 10 salários mínimos

2. Parceira mais recente: M1 M2 M3 M4 M5 (circule uma, marque M1 se é a mulher que denunciou o abuso, ou marque o número que corresponda a ordem de relacionamentos depois dela)

2a. Com que frequência você tem visto M1 ultimamente (nos últimos 3 meses)? (selecione uma opção)

- 1( ) quase todos os dias  
 2( ) algumas vezes por semana  
 3( ) cerca de uma vez por semana  
  
 4( ) 1-2 vezes por mês  
 5( ) apenas ocasionalmente (menos de uma vez por mês)  
 6( ) apenas contato por carta/e-mail/redes sociais ou telefone  
 7( ) NENHUM CONTATO (confirme AUSÊNCIA de contato por carta/telefone /email ou redes social)  
 8( ) outro:
- 
- 

3. Você mora atualmente com M1?

- 1( ) sim 2( ) não 3( ) não se aplica (NUNCA morei com ela)

**SE “SIM”, VÁ PARA Nº 4**  
**SE “NÃO”, VÁ PARA AS QUESTÕES COM Nº 3**  
**(DESCARTE SE A OPÇÃO TIVER SIDO “NÃO SE APLICA”)**

3a. Quando vocês se separaram?

\_\_\_\_\_ (número de meses ou fração)

3b. SE “NÃO” em nº 3: Onde você está morando atualmente?

1( ) sozinho, em minha própria casa/apartamento

2( ) em outra casa/apartamento que não o próprio

3( ) abrigo temporário

4( ) com um parente ou amigo(a)

5( ) outro: \_\_\_\_\_

3c. SE “NÃO” em nº 3: Com que frequência você tem visto (M2-M5 em nº 2) (no último mês?) (marque uma opção)

1( ) quase todos os dias

2( ) algumas vezes por semana

3( ) cerca de uma vez por semana

4( ) 1-2 vezes por mês

5( ) apenas ocasionalmente (*menos de uma vez por mês*)

6( ) apenas contato por carta/e-mail/redes sociais ou telefone

7( ) NENHUM CONTATO (*confirme TOTAL AUSÊNCIA de contato por telefone ou carta/e-mail/redes sociais*)

8( ) outro: \_\_\_\_\_

3d. SE “NÃO” em nº 3: Você mantém algum relacionamento com outra mulher atualmente?

1( ) sim 2( ) não 3( ) outro: \_\_\_\_\_

**SE TIVER OPTADO PELO ITEM 7 NA QUESTÃO ANTERIOR, VÁ PARA nº 16;**

**SE TIVER OPTADO POR ALGUM ITEM ENTRE 1 E 6 NA QUESTÃO ANTERIOR, VÁ PARA nº4 usando M1**

Se “SIM” em 3d:

3e. Você mora atualmente com essa mulher? 1( ) sim 2( ) não 3( ) outro: \_\_\_\_\_

**SE “SIM” em 3d (com outra mulher) E NÃO HÁ QUALQUER CONTATO COM M1 (“SIM” em 3c, item 7), VÁ PARA nº 4, perguntando sobre a outra mulher (M2, M3, M4, M5)**

**SE “SIM” em 3d (com outra mulher) E HÁ CONTATO COM M1 (“SIM” em 3c, itens 1-6), FAÇA ITENS a-d a seguir, e no nº 4 pergunte sobre M1 (mulher vítima do abuso)**

3f. a) Como está seu relacionamento com M2?

\_\_\_\_\_

b) Algum conflito ou problema?

1( ) sim 2( ) não Quais? \_\_\_\_\_

c) Você já a ameaçou por alguma razão?

1( ) sim 2( ) não Por quê? \_\_\_\_\_

d) Você a agarrou ou bateu nela por alguma razão?

1( ) sim 2( ) não Por quê? \_\_\_\_\_

4. Como tem sido seu relacionamento com M1/M2 desde nosso último contato, 3 meses atrás? (Faça a pergunta mesmo se estiverem separados, dizendo “talvez você ainda tenha algum contato, por telefone ou de outra forma.” Coloque “NÃO SE APLICA” se não houver absolutamente nenhum contato. Elenque os pontos principais nos espaços a seguir. Peça que a pessoa “explique” ou “elabore”, se necessário. Estimule com: “Algum problema relevante, conflitos, desentendimentos?”; destaque os itens mais relevantes no resumo após a entrevista).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4a. Algum problema ou dificuldade importante?

1( ) sim 2( ) não Quais? \_\_\_\_\_

4b. Algum problema de comunicação?

1( ) sim 2( ) não Quais? \_\_\_\_\_

4c. Algum conflito ou discussão?

1( ) sim 2( ) não Quais/Por quê? \_\_\_\_\_

4d. Problemas de relacionamento sexual?

1( ) sim 2( ) não Quais? \_\_\_\_\_

5. **Resumo:** (não pergunte ao entrevistado; complete após a entrevista)
- 1 ( ) muito bom (sem violência ou abuso, mais solidário, comunicação positiva)
- 2 ( ) OK/bom (sem violência ou abuso, não elaborado, alguma comunicação)
- 3 ( ) tenso (sem violência física - mas ainda com problemas financeiros, com bebida, de comunicação ou envolvendo as crianças)
- 4 ( ) relacionamento terminado (sem violência física - platônico, não se falam)
- 5 ( ) violência verbal/emocional (sem violência física, com ameaças, gritos, humilhações; assédio)
- 6 ( ) violência física (por parte de um dos parceiros ou dos dois)
- 7 ( ) outro: \_\_\_\_\_

## COMPORTAMENTO ABUSIVO

*LEIA PARA O ENTREVISTADO:* "Preciso fazer algumas perguntas específicas sobre seu comportamento apenas para conferir alguns dados.."

**SE HÁ “apenas contato por carta/e-mail/redes sociais ou telefone”, USE SOMENTE OS ITENS MARCADOS COM \* NOS nº 6-8; E ENTÃO VÁ PARA Nº 16.**

6. Você tentou controlar MULHER de algumas das seguintes maneiras, nos últimos 3 meses? (Pergunte em blocos 1-2,3-4,5-6; marque todas as respostas afirmativas)
- 1 ( ) impedindo-a de usar o telefone
- 2 ( ) impedindo-a de passar tempo com os amigos(as) dela
- \*3 ( ) impedindo-a de ir a algum lugar onde ela gostaria de ir
- \*4 ( ) seguindo-a contra sua vontade ou sem que ela soubesse
- \*5 ( ) impedindo-a de usar o dinheiro dela (ou negociação ajuda financeira ou pensão a filho caso estejam separados)
- 6 ( ) tomou dinheiro dela
- 7 ( ) outro: \_\_\_\_\_

7. Nos últimos 3 meses, você: (Pergunte em blocos 1-3 e 4-6 e então marque todas as respostas afirmativas)

\*1( ) xingou MULHER ou gritou com ela (por telefone, caso estejam separados)

\* 2( ) acusou-a de estar envolvida com outro homem (por telefone, carta, e-mail/rede social, caso estejam separados)

\* 3( ) humilhou-a, insultou-a ou chamou-lhe nomes (por telefone, carta, e-mail/rede social, caso estejam separados)

4( ) jogou, quebrou, atingiu ou chutou alguma coisa

5( ) destruiu propriedade

6( ) machucou algum animal de estimação

7( ) outro: \_\_\_\_\_

8. \*Você ameaçou MULHER de alguma forma nos últimos 3 meses (por telefone ou carta, e-mail/rede social, caso estejam separados)? (Estimule-o a falar com a lista a seguir e marque todas as respostas afirmativas.)

1( ) ameaçou bater nela, atacá-la ou feri-la

2( ) ameaçou matá-la

3( ) ameaçou levar os filhos embora ou feri-los

4( ) ameaçou matar ou ferir seriamente outra pessoa (que não os filhos ou outro parceiro)

5( ) ameaçou se matar ou se ferir

6( ) outro: \_\_\_\_\_

8a. SE “SIM” para qualquer item em 8 (especialmente “matar” [2]), elabore ou descreva:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. E vamos conferir mais uma vez: nos últimos 3 meses, você, de alguma maneira, empurrou, agarrou, esbofeteou, bateu ou confrontou fisicamente MULHER?

1( ) sim 2( ) não

10. Explore a lista abaixo na medida do necessário, fazendo interrupções entre os grupos de itens. Faça perguntas específicas sobre atividade sexual (11). (Marque todas as respostas afirmativas.)

Você:

1( ) apertou-a, agarrou-a ou empurrou-a (incluindo “torcer o braço”)

2( ) esbofeteou-a

3( ) chutou, mordeu ou a atingiu com um soco

4( ) puxou seu cabelo

5( ) queimou-a

6( ) apertou seu pescoço

7( ) atingiu-a com alguma coisa, ou tentou atingi-la com alguma coisa: com o quê? \_\_\_\_\_

8( ) bateu nela

9( ) ameaçou-a com uma faca ou arma

10( ) usou uma faca ou arma contra ela

11( ) forçou-a a ter relações sexuais contra sua vontade

SE “SIM” para 11; por favor

descreva: \_\_\_\_\_

12( ) outro: \_\_\_\_\_

13( ) outro: \_\_\_\_\_

**SE “NÃO” PARA 9 e todos os itens em 10, FAÇA 10a e VÁ PARA 16**

10a. Você vivenciou alguma situação crítica (em algum momento você sentiu vontade de bater em sua parceira)?

1( ) sim 2( ) não 3( ) outro: \_\_\_\_\_

SE “SIM”, o que aconteceu: \_\_\_\_\_

**SE “SIM” em qualquer item de 10, FAÇA itens 11-14**

11. Quantas situações diferentes houve, ou quantas vezes houve violência física (conforme descritos no número 10) nos últimos 3 meses? \_\_\_\_\_

12. Diga-me o que aconteceu no caso de violência física mais grave. (Estimule-o a falar com as palavras contidas entre parênteses nos itens 12a-12f, conforme necessário.)

12a. circunstâncias (onde, quando, quem): \_\_\_\_\_

12b. motivação (por que, causa, motivo): \_\_\_\_\_

12c. ações do agressor (o que fez): \_\_\_\_\_

12d. ações da vítima (o que fez): \_\_\_\_\_

12e. reação do agressor (o que fez depois): \_\_\_\_\_

12f. reação da vítima (o que fez depois): \_\_\_\_\_

13. Você havia bebido ou usado outras drogas antes do incidente (nas três horas que o antecederam)?

1( ) sim 2( ) não

14. Você de alguma maneira feriu fisicamente MULHER nos últimos 3 meses, incluindo causar hematomas ou dores?

1( ) sim 2( ) não

**SE “NÃO”, VÁ PARA 16**

14a. SE “SIM” em 14, por favor descreva (estimule-o a falar de cada tipo e lugar onde os ferimentos ocorreram e quantos incidentes diferentes houve; numere cada incidente separadamente):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14b. Código de Ferimentos (adicione após a entrevista):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. SE “SIM” em 14: Ela buscou algum tipo de ajuda para os ferimentos causados por seu comportamento?

1( ) sim 2( ) não

**SE “NÃO”, VÁ PARA 16**

15a. SE “SIM”, que tipo de ajuda ela recebeu? (não leia a lista, marque o que se aplicar e elabore)

1( ) de um(a) conhecido(a) ou amigo(a)

- 2( ) farmácia para prescrição de medicamentos  
 3( ) paramédicos/ambulância  
 4( ) médico pessoal  
 5( ) dentista ou outro especialista; especialidade: \_\_\_\_\_  
 6( ) emergência hospitalar  
 7( ) testes ou exames em hospital  
 8( ) internação (número de dias) \_\_\_\_\_  
 9( ) acompanhamento ambulatorial ou clínico  
 10( ) clínica especializada em saúde mental ou psiquiátrica  
 11( ) outro: \_\_\_\_\_

15b. Elabore (tratamento; por exemplo, pontos, gesso, comprimidos):  
 \_\_\_\_\_

**16.** Você tem crianças morando com você (ou com a mulher, caso sejam separados)?

1( ) sim 2( ) não

*SE “NÃO”, VÁ PARA Nº 17*

16a. *SE “SIM” em 16:* Você puniu fisicamente ou bateu em alguma criança, por alguma razão, nos últimos 3 meses?

1( ) sim 2( ) não

16b. *SE “SIM” em 16a,* por favor, descreva:  
 \_\_\_\_\_

16c. *SE “SIM” em 16a:* Houve hematomas ou ferimentos?

1( ) sim 2( ) não

16d. *SE “SIM” em 16c:* por favor descreva:  
 \_\_\_\_\_

16c. Código de ferimentos (adicione após a entrevista): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## **DROGAS E OUTRAS VIOLÊNCIAS**

17. Você tem usado mais ou menos álcool ou outras drogas nos últimos 3 meses?

- 1( ) nunca bebi ou usei outras drogas  
 2( ) mais  
 3( ) a mesma quantidade  
 4( ) menos  
 5( ) outro: \_\_\_\_\_  
 9( ) não sabe ao certo/recusou-se a responder

<b>SE “NUNCA”, VÁ PARA Nº 20</b>
----------------------------------

18. Com que frequência você consome álcool ou usa outras drogas?  
*(Marque o mais comum para os últimos 3 meses.)*

- 1( ) nunca/quase nunca  
 2( ) 1-2 vezes em 3 meses  
 3( ) 1 vez por mês  
 4( ) 2-3 vezes ao mês  
 5( ) uma vez por semana  
 6( ) algumas vezes por semana  
 7( ) quase todos os dias  
 8( ) outro (*incluindo “em recuperação”*):

---

9( ) não sabe ao certo/recusou-se a responder

19. Com que frequência você ficou sob efeito de álcool ou outras drogas nos últimos 3 meses (marque um)?

- 1( ) nunca/quase nunca  
 2( ) 1-2 vezes em 3 meses  
 3( ) 1 vez por mês  
 4( ) 2-3 vezes ao mês  
 5( ) uma vez por semana  
 6( ) algumas vezes por semana  
 7( ) quase todos os dias  
 8( ) outro (*incluindo “em recuperação”*): \_\_\_\_\_

9( ) não sabe ao certo/recusou-se a responder

19a. SE “SIM”(item 2 ao 7) em 19: Você agarrou ou bateu em alguém enquanto estava sob efeito de álcool ou outras drogas?

- 1( ) sim 2( ) não

<b>SE “NÃO”, VÁ PARA Nº 20</b>
--------------------------------

19b. SE “SIM” em 19a: qual o grau de parentesco da pessoa com você?

- 1( ) parente; *tipo*: \_\_\_\_\_  
 2( ) amigo (a)  
 3( ) conhecido(a)/vizinho(a)  
 4( ) desconhecido (a)  
 5( ) autoridade (por exemplo, policial), *tipo*: \_\_\_\_\_  
 6( ) outro: \_\_\_\_\_

20. Você já ameaçou ou atingiu alguém diferente de um membro da sua família, nos últimos 3 meses?

- 1( ) sim 2( ) não

**SE “NÃO”, VÁ PARA Nº 21**

20a. SE “SIM” em 20, quem era essa pessoa (qual sua relação com ela)?

- 1( ) parente; *tipo*: \_\_\_\_\_  
 2( ) amigo (a)  
 3( ) conhecido(a)/vizinho(a)  
 4( ) desconhecido (a)  
 5( ) autoridade (por exemplo, policial), *tipo*: \_\_\_\_\_  
 6( ) outro: \_\_\_\_\_

20b. SE “SIM” em 20, o que você fez: (indique também se houve mais de um incidente ou se o incidente se repetiu, numerando cada incidente separadamente):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*20c. Código CTS (após a entrevista):* \_\_\_\_\_

21. Você foi preso ou detido por outro motivo que não seja violência doméstica nos últimos 3 meses?

- 1( ) sim 2( ) não 9( ) incerto/não se aplica

**SE “NÃO”, VÁ PARA Nº 22**

21a. SE “SIM” em 21, por favor descreva o(s) delito(s) (numere cada um separadamente):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

21b. Código de delitos (após a entrevista) \_\_\_\_\_

## COMPORTAMENTO DA MULHER

22. Alguma mulher com quem você esteve envolvido já o atacou fisicamente de alguma maneira desde que você entrou no programa? Isso inclui jogar objetos em você, empurrá-lo ou agarrá-lo, até esbofeteá-lo ou bater em você, ou mesmo usar uma arma.

1 ( ) sim; SE “SIM”, circule qual das mulheres: M1 M2 M3 M4 M5

2 ( ) não

**SE “NÃO”, VÁ PARA Nº 23**

22a. SE “SIM” em 22: por favor descreva o que ela fez (indique também se mais de um incidente ocorreu ou se repetiram, numerando cada incidente separadamente)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

22b. Código CTS (após a entrevista): \_\_\_\_\_

22c. SE “SIM” em 22, você se machucou, incluindo hematomas?

1 ( ) sim 2 ( ) não

**SE “NÃO”, VÁ PARA Nº 22e**

SE “SIM” em 22c, descreva (tipo e lugar do ferimento, e tratamento):

\_\_\_\_\_

22d. Código de ferimentos (adicione após a entrevista): \_\_\_\_\_

22e. SE “SIM” em 22: Você a agarrou ou bateu nela primeiro? (adicione mais detalhes, caso sejam fornecidos, na linha abaixo)

1 ( ) sim 2 ( ) não 9 ( ) não se aplica

Elabore: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. Há algo mais que ela tenha feito para irritá-lo ou que o tenha feito perder a paciência nos últimos 3 meses?

1( ) sim 2( ) não 9( ) não se aplica

O quê? \_\_\_\_\_

## BUSCA POR AJUDA

24-29. Alguma mulher com quem você se envolveu nos últimos 3 meses tomou qualquer uma das seguintes atitudes, por causa de seu comportamento? (*Leia cada item numerado; em caso positivo, leia os sub-itens marcados com letras; em caso negativo, use os itens marcados com \*; marque todas as respostas afirmativas; use 9 para “não sei” ou “incerto”*)

24. ( ) Entrou em contato com abrigos ou serviço/programa de apoio a mulheres

24a.( ) passou a noite em um abrigo: QUANTAS NOITES? \_\_\_

24b.( ) frequentou abrigo ou orientação/terapia individual ou em grupo? QUANTAS VEZES? \_\_\_

24c.( ) telefonou para abrigos ou serviços/programas em busca de conselho ou informações: QUANTAS VEZES? \_\_\_

24d. ( ) recebeu ligação de funcionários de abrigos, advogados ou de membros do programa:

Fonte: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

24e.( ) outro: \_\_\_\_\_

25.( ) Pensou em, ou chegou a, adotar alguma medida legal – incluindo chamar a polícia:

25a.( ) chamou a polícia por causa de seu comportamento

25b.( ) solicitou proteção, medidas de afastamento ou proteção contra abusos (PFA)

25c.( ) registrou ocorrências contra você (excluindo-se o caso que o levou ao programa)

25d.( ) solicitou o divórcio

25e.( ) consultou um advogado ou aconselhamento legal

25f.( ) outro: \_\_\_\_\_

26.( ) Outros tipos de orientação/terapia ou tratamento de saúde mental que ela possa ter recebido nos últimos 3 meses:

- 26a.( ) terapia individual  
 26b.( ) terapia de casal ou em família  
 26c.( ) outro tipo de orientação em grupo (exceto AA ou NA)  
 26d.( ) aconselhamento religiosos  
 26e.( ) clínica de saúde mental ou hospital psiquiátrico  
 26f.( ) outro: \_\_\_\_\_  
 26g.( ) não sabe  
 26h.( ) RECUSOU-SE A RESPONDER

- 27.( ) Tratamento para uso de álcool ou outras drogas, inclusive AA?  
 27a.( ) nenhum/não se aplica  
 27b.( ) desintoxicação (internações de 1-3 dias em centros de reabilitação ou hospital para isolamento)  
 27c.( ) tratamento com internação (internação e sessões em centros de reabilitação ou hospital, mais de 3dias)  
 27d.( ) tratamento sem internação (sessões de terapia/aconselhamento individual ou em grupo)  
 27e.( ) autoajuda ou programa dos doze passos (AA ou NA)  
 27f.( ) outro \_\_\_\_\_  
 27g.( ) RECUSOU-SE A RESPONDER

- 28.( ) Outros tipos de assistência, treinamento ou serviços sociais recebidos nos últimos 3 meses:  
 \*28a.( ) assistência legal, advocacia ou auxílio (outro, além daqueles voltados à violência doméstica)  
 \*28b.( ) assistência de moradia ou moradia temporária (outro, além de abrigos para vítimas de violência doméstica)  
 \*28c.( ) treinamento profissional, estágio ou programa de emprego  
 \*28d.( ) ajuda governamental, assistência social ou seguro-desemprego  
 \*28e.( ) bolsa emergencial  
 \*28f.( ) conselho tutelar ou outro programa voltado à educação infantil  
 \*28g.( ) creche ou programa de ensino pré-escolar  
 \*28h.( ) serviço de planejamento reprodutivo  
 \*28i.( ) outro: \_\_\_\_\_
- 29.( ) Outras reações (informais/sem agências) em resposta ao seu comportamento ou em busca de ajuda, de uma maneira geral?  
 \*29a.( ) telefonou ou falou a seu respeito com um(a) amigo(a) ou parente

\*29b.( ) falou a seu respeito com um líder religioso ou alguém ligado à igreja

\*29c.( ) ameaçou se divorciar ou se separar

\*29d.( ) passou a noite na casa de amigo(a) ou parente

\*29e.( ) outro: \_\_\_\_\_

\*29f.( ) outro: \_\_\_\_\_

## SEGURANÇA

30. Qual a probabilidade de você bater em MULHER nos próximos meses?

1( ) extremamente provável

2( ) muito provável

3( ) pouco provável

4( ) improvável

5( ) muito improvável

6( ) outro: \_\_\_\_\_

9( ) não sabe/indeciso

31. O que levaria você nesse momento a agredir fisicamente MULHER? Especifique, se necessário:

\_\_\_\_\_

31a. Marque todas as respostas afirmativas:

1( ) nada/não serei violento

2( ) se ela me deixar ou levar embora as crianças

3( ) ciúme

4( ) desobediência (se fizer algo de que eu não goste)

5( ) se gritar comigo

6( ) se perder o controle ou estiver sob efeito de álcool ou outras

drogas

7( ) se me desprezar

8( ) se reclamar ou importunar

9( ) se o “stress” aumentar

10( ) se eu estiver bêbado ou sob efeito de outras drogas

11( ) se ela usar uma roupa que não me agrada

12( ) outro: \_\_\_\_\_

99( ) não sabe/indeciso

32. O que você tem feito para evitar incidentes violentos nos últimos 3 meses?

(Anotar a resposta abaixo e marcar tudo que for mencionado em 34a)  
Especifique: \_\_\_\_\_

32a. NÃO LEIA A LISTA: Marque tudo que for mencionado em 34.

- a( ) NADA
- b( ) saí do cômodo ou da casa (por pouco tempo)
- c( ) parei de brigar/me retirei
- d( ) pensei antes de agir
- e( ) saí por um tempo determinado (anunciei que “daria um tempo” para me acalmar)
- f( ) conversei comigo mesmo (pensamentos e falas positivas)
- g( ) discuti sobre os problemas e suas soluções
- h( ) falei sobre meus sentimentos (frases com “Eu”)
- i( ) liguei para amigos, terapeuta ou programa de ajuda (pensei nos amigos)
- j( ) não bebi ou usei outras drogas
- k( ) me afastei dela
- l( ) respeitei e valorizei a mulher e seu ponto de vista
- m( ) outro \_\_\_\_\_
- n( ) outro \_\_\_\_\_

## PROGRAMA DO HOMEM E MUDANÇA

33. No que você mudou, se mudou, nos últimos 3 meses?

(Anotar a resposta abaixo e marcar tudo que for mencionado em 33a.)

Especifique: \_\_\_\_\_

33a. NÃO LEIA A LISTA: Marque tudo que for mencionado em 33.

- a( ) resistente (programa sem sucesso, pessoa resistente, “não há problema”)
- b( ) escape (mantém-se distante da mulher, percebe que “não vale a pena”, mantém-se quieto)
- c( ) contenção (controla a raiva, evita violência, controla-se)
- d( ) mudança de comportamento (afasta-se, utiliza técnicas; por exemplo: “dá um tempo” e outras)
- e( ) mudança no relacionamento (mais extrovertido, fala sobre os problemas, melhor comunicação, novos amigos)
- f( ) consciência (admite o abuso, trabalha problemas relacionados, tenta se modificar)

g( ) transformação (tudo vai bem, renovação, perspectivas positivas, profundo envolvimento com o programa)

h( ) outro: \_\_\_\_\_

i( ) outro: \_\_\_\_\_

j( ) nenhuma mudança (continua o mesmo que na última entrevista, de acordo com o entrevistado)

34. Há alguma coisa que deveria ser modificada ou melhorada no programa do homem?

(Anote a resposta a seguir e marque tudo que for mencionado em 36a.)

Especifique: \_\_\_\_\_

34a. NÃO LEIA A LISTA: Marque tudo que for mencionado em 34.

a( ) não sabe/indeciso

b( ) nada (bom como está, não há muito que o programa possa fazer, depende da pessoa)

c( ) contato com a mulher (solicitada contribuição, pediu mais informação sobre o programa)

d( ) orientação/terapia para a mulher (ambos precisam de orientação, incluir a mulher de alguma forma, grupos separados)

e( ) métodos de orientação/terapia (mais contato com terapeuta, menos controle do terapeuta, tocar em outros assuntos, falar sobre álcool e outras drogas)

f( ) estrutura do programa (mais longo, horários mais flexíveis, alteração nos custos, localização)

g( ) mais consequências (punição em caso de faltas, prisão, mais multas ou penalidades por atos de violência)

h( ) outro: \_\_\_\_\_

i( ) outro: \_\_\_\_\_

35. Você se afastou ou foi afastado do programa por alguma razão?

1( ) sim 2( ) não 3( ) outro: \_\_\_\_\_

**SE “NÃO” EM 35, VÁ PARA 36**

35a. SE “SIM” EM 35: Qual (quais) a(s) consequência(s) de não ter completado o programa?

(Anote resposta abaixo e marque tudo que for mencionado em 35b.)

Especifique: \_\_\_\_\_

35b. Marque tudo que for mencionado em 37a; *Estimule-o a falar nos itens 4 e 7.*

- 1( ) nada  
 2( ) mulher ameaçou deixá-lo/mulher o abandonou  
 3( ) mulher chamou a polícia  
 4( ) terapeuta/grupo falou com ele \*  
 5( ) comunicou ao órgão responsável pelo condicional  
 6( ) foi preso  
 7( ) mandado a novo juízo \*  
 8( ) mandado de volta ao programa (ou o tempo do programa foi expandido)  
 9( ) teve a prisão decretada  
 10( ) foi multado  
 11( ) outro: \_\_\_\_\_  
 99( ) não sabe/indeciso

36. Você recebeu ou procurou ajuda, assistência ou suporte de qualquer tipo além do programa, nos últimos 3 meses? (Estimule-o a falar com as categorias genéricas abaixo; marque tudo que se aplicar)

- 1( ) sim 2( ) não 9( ) não sabe

37. Para tratamento por abuso de álcool ou outras drogas, inclusive AA

- a( ) nenhum/não se aplica  
 b( ) desintoxicação (internações de 1-3 dias em centros de reabilitação ou hospital para isolamento)  
 c( ) tratamento com internação (internação e sessões em centros de reabilitação ou hospital por mais de 3 dias)  
 d( ) tratamento sem internação (sessões de terapia/aconselhamento individual ou em grupo)  
 e( ) autoajuda ou programa de doze passos (AA ou NA)  
 f( ) outro: \_\_\_\_\_

38. Para terapia, além do programa de violência doméstica:

- a( ) terapia/orientação individual  
 b( ) terapia/orientação em família ou de casal  
 c( ) outro grupo de terapia ou apoio (exceto AA ou NA)  
 d( ) aconselhamento religioso, grupo ou membro da igreja

e( ) clínica de saúde mental ou hospital psiquiátrico:

*Tipo (com ou sem internação):* \_\_\_\_\_

*medicamento:* \_\_\_\_\_

f( ) outro: \_\_\_\_\_

39. Para Outra Assistência ou Atividade (*estimule-o a falar com a lista, não deixe de estimulá-lo a falar sobre cuidados médicos e “algo mais” - outros*)

a( ) assistência de igreja

b( ) atividades de lazer (boliche, jogos de cartas, corrida)

*tipo:* \_\_\_\_\_

c( ) programa para pais

d( ) clubes especiais ou grupos de apoio (exceto AA ou NA)

e( ) treinamento profissional ou estágio

f( ) leitura de livros ou material de auto-ajuda

g( ) assistência médica, hospitalar; *motivos:* \_\_\_\_\_

h( ) outro: \_\_\_\_\_

### COMENTÁRIOS:

40. Você gostaria de fazer algum comentário sobre as coisas de que falamos, ou algo que você ache que deveríamos saber? (Escreva abaixo e use o verso se necessário.)

---



---



---

*(Pergunte se necessário: “Como você está se sentindo neste momento?” Siga para Formulário de Contato Atualizado. Agradeça e avise que poderá entrar em contato com ele novamente após 3 meses. Avise que é possível que você também entre em contato com a parceira anterior e a atual. Complete as CAIXAS DE CÓDIGOS após a entrevista e retorne à seção IMPRESSÕES.*

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

**IMPRESSÕES DO ENTREVISTADOR** (*complete após a entrevista baseando-se em suas impressões; marque uma resposta para cada pergunta*)

41. Faça uma estimativa da precisão da informação obtida:

1( ) extremamente precisa

2( ) muito precisa

3( ) relativamente precisa

4( ) pouco precisa

5( ) bastante imprecisa

6( ) outro: \_\_\_\_\_

9( ) sem opinião/indeciso(a)

*Evidência:* \_\_\_\_\_

42. Faça uma estimativa da cooperação do entrevistado:

1( ) muito cooperativo (fala com facilidade, revela informação pessoal, vai além da entrevista)

2( ) submisso (segue a entrevista e as perguntas, atende às expectativas mínimas da entrevista)

3( ) confuso (desorientado, sob efeito de álcool ou outras drogas, respostas não são relevantes)

4( ) resistente (recusa-se a responder, foge das respostas, dá respostas vagas)

5( ) não cooperativo (questiona o entrevistador, faz objeções, demanda persuasão)

6( ) hostil (tem raiva da entrevista, das perguntas pessoais, do programa, da situação)

7( ) outro: \_\_\_\_\_

9( ) sem opinião/indeciso(a)

*Evidência:* \_\_\_\_\_

43. Faça uma estimativa da mudança do homem baseada nas informações da entrevista:

1( ) continua abusivo

2( ) nega ou minimiza (não está fisicamente violento, mas nega abuso anterior e culpa os outros)

3( ) desencorajado, mas busca mudança (baixa autoestima, confuso, sem esperanças)

4( ) mudanças comportamentais apenas (emoções reprimidas, evita confrontos, teme a prisão e outras consequências)

5( ) consciência ou mudança de comportamento (admite o abuso, trabalha temas relacionados, autoconhecimento)

6( ) transformação (tudo vai bem, renovação, perspectivas positivas, profundo envolvimento com o programa)

7( ) outro: \_\_\_\_\_

9( ) sem opinião/indeciso(a)

*Evidência:* \_\_\_\_\_

44. Faça uma estimativa das reações da mulher aos abusos, baseada na entrevista:

1( ) negação (nunca foi um problema, não tem importância, a polícia exagerou, foi só um acidente)

2( ) culpa/justificativas (foi sua culpa, se um não quer dois não brigam, muito stress e conflitos; outras justificativas)

3( ) cooperação por medo (constrangida pelo medo)

4( ) persistente (tolera e persiste em um relacionamento difícil)

5( ) procura ajuda (tenta ativamente acabar com a violência)

6( ) desligada (separada e afastada da situação)

7( ) autoajuda (realiza ações para se cuidar, recuperar-se, curar-se)

8( ) união (trabalhando ativamente com o parceiro para manter um bom relacionamento)

9( ) outro: \_\_\_\_\_

10( ) sem opinião/indeciso

11( ) não se aplica/nenhum contato

*Evidência:*

\_\_\_\_\_

45. *Horário final:* \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ TEMPO TOTAL DA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_ min.

46. Outros comentários (se necessário):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## APÊNDICE C – Questionário para Mulher Adaptado

### ACOMPANHAMENTO CDC - MULHER

NOTA: Se algum acompanhamento anterior não foi feito, use “nos últimos 6 (ou 9, 12, etc.) meses”, ao invés de “nos últimos 3 meses”. Nas questões com o sinal mais (+), pergunte “há quanto tempo” o incidente registrado aconteceu e indique o número aproximado de meses na margem esquerda. Na primeira entrevista, você pode usar “desde que entrou no programa” ao invés de “nos últimos 3 meses”, especialmente se a entrevista estiver atrasada.

### ENTREVISTA

3 6 9 12 15 18 meses após a entrada no programa (circule um)

Número de Identificação: \_\_\_\_\_

Iniciais do entrevistador: \_\_\_\_\_ Horário de início: \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_

Nome do programa: \_\_\_\_\_

Mulher: M1 M2 M3 M4 M5 (marque M1 se é a mulher que denunciou o abuso, ou marque o número que corresponda a ordem de relacionamentos depois dela)

### INFORMAÇÕES SOBRE O SUJEITO

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos

2. Qual a sua escolaridade?

1( ) pós-graduação

2( ) superior completo

3( ) superior incompleto

4( ) ensino médio completo

5( ) ensino médio incompleto

6( ) ensino fundamental completo

7( ) ensino fundamental incompleto

8( ) alfabetizado

9( ) analfabeto

3. Você mora atualmente com HOMEM?

1( ) sim 2( ) não 3( ) não se aplica (NUNCA morou com ele)

**SE “SIM”, VÁ PARA Nº 4**

3a. SE “NÃO” em 3: Quando vocês se separaram? (*PASSE ADIANTE SE A RESPOSTA EM 3 TIVER SIDO “NÃO SE APLICA” [3]*)  
 \_\_\_\_\_ (número ou fração de meses)

3b. SE “NÃO” em 3: Onde você está morando agora?

- 1( ) sozinha, em minha própria casa/apartamento  
 2( ) em outra casa/apartamento que não o próprio  
 3( ) abrigo temporário  
 4( ) com um parente ou amigo(a)  
 5( ) outro: \_\_\_\_\_

3c SE “NÃO” em 3: Com que frequência você o tem visto ultimamente (nos últimos 3 meses)? (selecione uma opção)

- 1( ) quase todos os dias  
 2( ) algumas vezes por semana  
 3( ) cerca de uma vez por semana  
 4( ) 1-2 vezes por mês  
 5( ) apenas ocasionalmente (*menos de uma vez por mês*)  
 6( ) apenas contato por carta/e-mail/redes sociais ou telefone  
 7( ) NENHUM CONTATO (*confirme TOTAL AUSÊNCIA de contato por carta/telefone/e-mail/rede social*)  
 8( ) outro: \_\_\_\_\_

3d. SE “NÃO” em 3: Você mantém algum relacionamento com outro homem atualmente?

- 1( ) sim 2( ) não 3( ) outro: \_\_\_\_\_

**SE “NÃO HÁ CONTATO” (“SIM” em 3c, item 7), VÁ PARA N° 17**  
**SE “HÁ CONTATO” (“SIM” em 3c, itens 1-6), VÁ PARA N° 4 perguntando sobre o homem acusado de cometer violência**  
**SE “SIM” EM 3d (com outro homem) E “NÃO HÁ CONTATO” (“SIM” em 3c, item 7), FAÇA A PRÓXIMA PERGUNTA.**

*Pergunte sobre o “outro homem” nos itens 3e-f.*

**SE “SIM” EM 3d (com outro homem) E “HÁ CONTATO” (“SIM” em 3c, itens 1-6), FAÇA itens abaixo.**

*Use o nome do “primeiro homem” para NOME DO HOMEM no n° 4*

3e. Você mora com esse homem atualmente?

1( ) sim 2( ) não 3( ) outro: \_\_\_\_\_

3f. a) Como está seu relacionamento com esse homem?

\_\_\_\_\_

b) Algum conflito ou problema?

1( ) sim 2( ) não O quê? \_\_\_\_\_

c) Ele lhe faz alguma ameaça?

1( ) sim 2( ) não Qual? \_\_\_\_\_

d) Ele já a agarrou você ou bateu em você por qualquer razão?

1( ) sim 2( ) não Por quê? \_\_\_\_\_

4. Como tem sido seu relacionamento com HOMEM nos últimos 3 meses? (*Pergunte mesmo se estiverem separados, dizendo “talvez vocês ainda mantenham algum contato, por telefone ou de outra forma”. Use N.A. se não há absolutamente nenhum contato. Elenque os pontos principais nos espaços em branco. Peça à pessoa que “explique” ou “elabore”, se necessário. Estimule-a a falar com: “Algum problema, conflito, discussão importante?” Destaque os itens mais relevantes no resumo após a entrevista.*)

\_\_\_\_\_

4a. Algum problema ou dificuldade importante?

1( ) sim 2( ) não Qual? \_\_\_\_\_

4b. Algum problema de comunicação?

1( ) sim 2( ) não Qual? \_\_\_\_\_

4c. Algum conflito ou discussão?

1( ) sim 2( ) não Qual? \_\_\_\_\_

4d. . Problemas de relacionamento sexual?

\_\_\_\_ 1) sim; \_\_\_\_ 2) não; Qual?

5. **Resumo:** (não pergunte ao entrevistado; complete após a entrevista)

1( ) muito bom (sem violência ou abuso, mais solidário, comunicação positiva)

- 2( ) OK/bom (sem violência ou abuso, não elaborado, alguma comunicação)
- 3( ) tenso (sem violência física - mas ainda com problemas financeiros, com bebida, de comunicação ou envolvendo as crianças)
- 4( ) relacionamento terminado (sem violência física - platônico, não se falam)
- 5( ) violência verbal/emocional (sem violência física, com ameaças, gritos, humilhações; assédio)
- 6( ) violência física (por parte de um dos parceiros ou dos dois)
- 7( ) outro: \_\_\_\_\_

### COMPORTAMENTO ABUSIVO

*LEIA PARA A ENTREVISTADA:* "O programa quer que eu faça algumas perguntas específicas sobre HOMEM. É só para verificar a eficiência do programa."

**SE HOUVER "APENAS CONTATO POR CARTA/E-MAIL/REDES SOCIAIS/TELEFONE" (3c, item 6), USE APENAS \* ITENS 6-8; ENTÃO VÁ PARA Nº 17.**

+6. Seu marido ou parceiro tentou controlar você de alguma das seguintes maneiras nos últimos 3 meses? (*Agrupe as perguntas 1-2,3-4,5-6; estimule-a a falar com "algo mais" para "outro". Marque todas as respostas afirmativas.*)

- 1( ) impediu-a de usar o telefone
- 2( ) impediu-a de encontrar seus amigos(as)

\* 3( ) impediu-a de ir a algum lugar que você gostaria de ir

\* 4( ) seguiu-a contra sua vontade ou sem seu conhecimento

\* 5( ) impediu-a de usar a renda da família (negou apoio à criança ou pensão se separados)

6( ) tirou ou roubou dinheiro de você

7( ) outro: \_\_\_\_\_

**SE "NÃO HÁ CONTATO", VÁ PARA Nº 17.**

+7. Ele foi verbalmente agressivo ou quebrou objetos nos últimos 3 meses? Por exemplo, ele:

\*1( ) xingou, gritou ou insultou você (por telefone, caso sejam separados)

\*2( ) acusou você de estar envolvida com outro homem (por telefone, carta, e-mail/redes sociais, caso sejam separados)

\*3( ) enfrentou você, insultou você ou usou palavras contra você (por telefone, carta, e-mail/rede social, caso estejam separados)

4( ) jogou, quebrou, atingiu, rasgou ou chutou alguma coisa

5( ) destruiu propriedade (caso, carro, motocicleta, outro)

6( ) feriu seus animais de estimação

7( ) outro: \_\_\_\_\_

+8. \* Ele a ameaçou de alguma maneira nos últimos 3 meses (por telefone, carta, e-mail/rede social, caso estejam separados)? (*Estimule-a a falar com a lista a seguir e marque todas as respostas afirmativas.*)

1( ) ameaçou bater, atacá-la ou feri-la

2( ) ameaçou matá-la

3( ) ameaçou levar embora os filhos ou feri-los

4( ) ameaçou matar ou ferir seriamente outras pessoas (não você ou as crianças)

5( ) ameaçou se matar ou se ferir

6( ) outro: \_\_\_\_\_

+8a. SE “SIM” em qualquer item de 8, (especialmente item 2, “matar”), elabore ou descreva:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

9. E deixe-me conferir alguns detalhes: nos últimos 3 meses, HOMEM empurrou, agarrou, esbofeteou, bateu ou atacou você fisicamente de alguma maneira?

1( ) sim 2( ) não

+10. *Estimule-a a falar com a lista a seguir, fazendo uma pausa entre os grupos de perguntas. Pergunte especificamente sobre atividades sexuais (11). (Marque todas as respostas afirmativas.)*

Ele:

1( ) apertou, agarrou ou empurrou você (incluindo “torcer o braço”)

2( ) esbofeteou você

3( ) chutou, mordeu ou atingiu você com um soco

4( ) puxou seu cabelo

5( ) queimou você

6( ) apertou seu pescoço

7( ) atingiu você com alguma coisa, ou tentou atingi-la com alguma coisa: com o quê? \_\_\_\_\_

8( ) espancou você

9( ) ameaçou você com uma faca ou arma

10( ) usou uma faca ou arma contra você

11( ) forçou-a a ter relações sexuais contra sua vontade. SE “SIM”, no item (11); por favor descreva: \_\_\_\_\_

12( ) outro: \_\_\_\_\_

13( ) outro: \_\_\_\_\_

+11. Quantas situações diferentes houve, ou quantas vezes houve violência física (conforme descritos no número 10) nos últimos 3 meses? \_\_\_\_\_

+12. Diga-me o que aconteceu no caso de violência física mais grave. (Estimule-a a falar com as palavras contidas entre parênteses nos itens 12a-12f, conforme necessário.)

12a. circunstâncias (onde, quando, quem): \_\_\_\_\_

12b. motivação (por que, causa, motivo): \_\_\_\_\_

12c. ações do agressor (o que fez): \_\_\_\_\_

12d. ações da vítima (o que fez): \_\_\_\_\_

12e. reação do agressor (o que fez depois): \_\_\_\_\_

12f. reação da vítima (o que fez depois): \_\_\_\_\_

13. **HOMEM** havia bebido ou usado outras drogas antes do incidente (nas três horas que o antecederam)?

1( ) sim 2( ) não

14. Você sofreu violência psicológica cometida pelo companheiro, de alguma maneira, nos últimos 3 meses?

1( ) sim 2( ) não 9( ) não se aplica; não pode responder

14a. *SE “SIM” em 14, por favor descreva:*

\_\_\_\_\_

+15. Você foi fisicamente ferida nos últimos 3 meses, incluindo hematomas ou dores?

1( ) sim 2( ) não

**SE “NÃO”, VÁ PARA 17**

15a. *SE “SIM” em 15, por favor descreva (estimule-a a falar de cada tipo e lugar onde os ferimentos ocorreram, e quantos incidentes diferentes houve; numere cada incidente separadamente):*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**15b. Código de Ferimentos (adicione após a entrevista):** \_\_\_\_\_

16. *SE “SIM” em 15: você buscou algum tipo de ajuda para os ferimentos causados pelo comportamento de seu parceiro?*

1( ) sim 2( ) não

**SE “NÃO”, VÁ PARA 17**

16a. *SE “SIM” em 16, que tipo de ajuda ela recebeu? (não leia a lista, marque todas as respostas afirmativas e elabore)*

1( ) de um(a) conhecido(a) ou amigo(a)

2( ) farmácia para prescrição de medicamentos

3( ) paramédicos/ambulância

4( ) médico pessoal

5( ) dentista ou outro especialista; especialidade: \_\_\_\_\_

6( ) emergência hospitalar

7( ) testes ou exames em hospital

- 8( ) internação (número de dias) \_\_\_\_\_  
 9( ) acompanhamento ambulatorial ou clínico  
 10( ) clínica especializada em saúde mental ou psiquiátrica  
 11( ) outro: \_\_\_\_\_

16 b. *Elabore (tratamento; por exemplo: pontos, gesso, comprimidos):*

---



---

+17. Você foi ao médico, hospital ou Centro de Saúde por qualquer outra razão nos últimos 3 meses?

- 1( ) sim 2( ) não

**SE “NÃO”, VÁ PARA 18**

17a. *SE “SIM” em 17, especifique se “médico” ou “hospital”, quantas vezes e as razões das visitas.*

( ) Médico - número de vezes: \_\_\_\_\_

- motivos: a) \_\_\_\_\_  
 b) \_\_\_\_\_  
 c) \_\_\_\_\_

( ) Hospital: número de vezes: \_\_\_\_\_

- motivos: a) \_\_\_\_\_  
 b) \_\_\_\_\_  
 c) \_\_\_\_\_

( ) Centro de Saúde: - número de vezes: \_\_\_\_\_

- motivos: a) \_\_\_\_\_  
 b) \_\_\_\_\_  
 c) \_\_\_\_\_

+18. Houve alguma ocasião em que você quis ou precisou ir ao médico, hospital ou Centro de Saúde, mas não o fez – nos últimos 3 meses?

- 1( ) sim 2( ) não

**SE “NÃO”, VÁ PARA 19**

18a. *SE “SIM” em 18, por que você quis ou precisou ir?*

---

18b. *SE “SIM” em 18, por que você não foi?*

---

18c. *SE “SIM” em 18: seu PARCEIRO a impediu de ir?*

- 1( ) sim 2( ) não

Explique: \_\_\_\_\_

19. Você tem crianças morando com você?

1( ) sim 2( ) não

**SE “NÃO”, VÁ PARA 20**

+19a. SE “SIM” em 19: HOMEM puniu fisicamente ou bateu em alguma criança, por alguma razão, nos últimos 3 meses?

1( ) sim 2( ) não 9( ) não se aplica

Descreva: \_\_\_\_\_

+19aa. SE “SIM” em 19a: Houve hematomas ou ferimentos?

1( ) sim 2( ) não

Descreva: \_\_\_\_\_

*19aaa.* Código de ferimentos (adicione após a entrevista): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

+19b. SE “SIM” em 19: HOMEM foi violento com as crianças de alguma maneira (com agressões verbais ou abusos sexuais nos últimos 3 meses?

1( ) sim 2( ) não 9( ) não se aplica

Descreva: \_\_\_\_\_

19c. SE “SIM” em 19 e forem SEPARADOS: tem havido algum problema em relação à guarda das crianças ou aos horários de visitação?

1( ) sim 2( ) não 9( ) não se aplica

Descreva: \_\_\_\_\_

## **DROGAS E OUTRAS VIOLÊNCIAS**

20. HOMEM tem usado mais ou menos álcool ou outras drogas nos últimos 3 meses?

1( ) nunca bebeu ou usou outras drogas

2( ) mais

3( ) a mesma quantidade

4( ) menos

5( ) outro: \_\_\_\_\_

9( ) não sabe/indecisa

**SE “NUNCA” OU “NÃO SABE”, VÁ PARA Nº 22**

21. Com que frequência **HOMEM** tem consumido álcool ou usado outras drogas (nos últimos 3 meses)? (marque um)

- 1( ) nunca/quase nunca  
 2( ) 1-2 vezes em 3 meses  
 3( ) 1 vez por mês  
 4( ) 2-3 vezes ao mês  
 5( ) uma vez por semana  
 6( ) algumas vezes por semana  
 7( ) quase todos os dias  
 8( ) outro (incluindo “em recuperação”): \_\_\_\_\_  
 9( ) não sabe ao certo/recusou-se a responder

**SE “NUNCA” OU “NÃO SABE”, VÁ PARA Nº 22**

21a. SE “SIM”(item 2 ao 7) em 21: Ele agarrou ou bateu em alguém enquanto estava sob efeito de álcool ou outras drogas?

- 1( ) sim 2( ) não 9( ) não sabe/indecisa

**SE “NÃO” ou “NÃO SABE”, VÁ PARA Nº22**

21b. SE “SIM” em 21a, qual o grau de parentesco da pessoa com **HOMEM**?

- 1( ) parente; *tipo*: \_\_\_\_\_  
 2( ) amigo (a)  
 3( ) conhecido(a)/vizinho(a)  
 4( ) desconhecido (a)  
 5( ) autoridade (por exemplo, policial), *tipo*: \_\_\_\_\_  
 6( ) outro: \_\_\_\_\_

22. **HOMEM** ameaçou ou atingiu alguém fora de sua família, nos últimos 3 meses?

- 1( ) sim 2( ) não 9( ) não sabe/indecisa

**SE “NÃO” ou “NÃO SABE”, VÁ PARA Nº23**

22a. SE “SIM” em 22: quem era essa pessoa (qual a relação dele com ela)?

- 1( ) parente; *tipo*: \_\_\_\_\_  
 2( ) amigo (a)  
 3( ) conhecido(a)/vizinho(a)

- 4( ) desconhecido (a)  
 5( ) autoridade (por exemplo, policial), *tipo*: \_\_\_\_\_  
 6( ) outro: \_\_\_\_\_

22b. SE “SIM” em 22, o que ele fez:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

22c. Código CTS (após a entrevista): \_\_\_\_\_

23. HOMEM foi preso ou detido por outro motivo que não seja violência doméstica nos últimos 3 meses?

- 1( ) sim 2( ) não 9( ) não sabe/indecisa

**SE “NÃO” ou “NÃO SABE”, VÁ PARA Nº24**

23a. SE “SIM” em 23, por favor descreva o(s) delito(s) (*numere cada um separadamente*):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

23b. Código de delitos (após a entrevista) \_\_\_\_\_

## COMPORTAMENTO DA MULHER

+24. Você, por acaso, confrontou HOMEM fisicamente de alguma maneira, nos últimos 3 meses? Isso inclui jogar objetos nele, empurrá-lo ou agarrá-lo, até esbofeteá-lo ou bater nele, ou mesmo usar uma arma.

- 1( ) sim 2( ) não

**SE “NÃO” ou “NÃO SABE”, VÁ PARA Nº25**

24a. SE “SIM” em 24, por favor, descreva o que você fez:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

24b. Código CTS (após a entrevista): \_\_\_\_\_

24c. SE “SIM” em 24: Por que você o confrontou fisicamente – no caso mais grave? (Marque tudo que ela disser).

- 1( ) retaliação (ele me bateu primeiro)  
 2( ) legítima defesa (para me proteger e interromper a agressão dele)  
 3( ) vingança (para que ele pague pelo que fez)  
 4( ) raiva (Eu estava brava com ele porque \_\_\_\_\_ )  
 5( ) temi pelas crianças (achei que ele fosse feri-los)  
 6( ) temi pela minha vida (tive medo de que ele me matasse)  
 7( ) outro: \_\_\_\_\_

24d. SE “SIM” em 24: *Ele bateu em você primeiro? (adicione elaboração na linha abaixo, se necessário)*

- 1( ) sim 2( ) não 9( ) não se aplica

Elabore: \_\_\_\_\_

## BUSCA POR AJUDA

25-30. Você tomou qualquer uma das seguintes atitudes, por causa do comportamento de seu parceiro nos últimos 3 meses? (*Leia cada item numerado; em caso positivo, leia os sub-itens marcados com letras; em caso negativo, use os itens marcados com \*; marque todas as respostas afirmativas.*)

+25. ( ) Entrou em contato com abrigos ou serviço/programa de apoio a mulheres

25a.( ) passou a noite em um abrigo: QUANTAS NOITES? \_\_\_\_

25b.( ) frequentou abrigo ou orientação/terapia individual ou em grupo? QUANTAS VEZES? \_\_\_\_

25c.( ) telefonou para abrigos ou serviços/programas em busca de conselho ou informações: QUANTAS VEZES? \_\_\_\_

\*25d.( ) recebeu ligação de funcionários de abrigos, advogados ou de membros do programa:

Fonte: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

25e.( ) outro: \_\_\_\_\_

+26. ( ) Chegou a, adotar alguma medida legal – incluindo chamar a polícia:

26a.( ) chamou a polícia por causa do comportamento de seu parceiro

26b.( ) solicitou proteção, medidas de afastamento ou proteção contra abusos (PFA)

26c.( ) registrou ocorrências contra ele (excluindo-se o caso que levou o homem ao programa)

26d.( ) solicitou o divórcio

26e.( ) consultou um advogado ou aconselhamento legal

26f.( ) outro: \_\_\_\_\_

+27.( ) Outros tipos de orientação/terapia ou tratamento de saúde mental que você possa ter recebido nos últimos 3 meses?

27a.( ) orientação/ terapia individual

27b.( ) terapia de casal ou em família

27c.( ) outro tipo de orientação em grupo (exceto AA ou NA)

27d.( ) orientação de um líder religioso

27e.( ) clínica de saúde mental ou hospital psiquiátrico

27f.( ) outro: \_\_\_\_\_

27h.( ) RECUSOU-SE A RESPONDER

+28.( ) Tratamento para uso de álcool ou outras drogas, inclusive AA?

28a.( ) nenhum/não se aplica

28b.( ) desintoxicação (internações de 1-3 dias em centros de reabilitação ou hospital para isolamento)

28c.( ) tratamento com internação (internação e sessões em centros de reabilitação ou hospital, mais de 3dias)

28d.( ) tratamento sem internação (sessões de terapia/aconselhamento individual ou em grupo)

28e.( ) autoajuda ou programa dos doze passos (AA ou NA)

28f.( ) outro \_\_\_\_\_

28g.( ) RECUSOU-SE A RESPONDER

+29.( ) Outros tipos de assistência, treinamento ou serviços sociais recebidos nos últimos 3 meses

\*29a.( ) assistência legal, advocacia ou auxílio (outro, além daqueles voltados à violência doméstica)

\*29b.( ) assistência de moradia ou moradia temporária (outro, além de abrigos para vítimas de violência doméstica)

\*29c.( ) treinamento profissional, estágio ou programa de emprego

- \*29d.( ) ajuda governamental, assistência social ou seguro-desemprego
- \*29e.( ) bolsa emergencial
- \*29f.( ) conselho tutelar ou outro programa voltado à educação infantil
- \*29g.( ) creche ou programa de ensino pré-escolar
- \*29h.( ) serviço de planejamento reprodutivo
- \*29i.( ) outro: \_\_\_\_\_

- +30.( ) Outras reações (informais/sem agências) em resposta ao comportamento do parceiro ou em busca de ajuda, de uma maneira geral?
- \*30a.( ) telefonou ou falou a seu respeito com um(a) amigo(a) ou parente
  - \*30b.( ) falou a seu respeito com um líder religioso ou alguém ligado à igreja
  - \*30c.( ) ameaçou se divorciar ou se separar
  - \*30d.( ) passou a noite na casa de amigo(a) ou parente
  - \*30e.( ) outro: \_\_\_\_\_
  - \*30f.( ) outro: \_\_\_\_\_

## QUALIDADE DE VIDA

*Faça cada uma das perguntas abertas listadas a seguir e escreva a resposta da mulher no lugar indicado (use o verso, se necessário). Instrua as perguntas abertas com as listas fornecidas, usando-as para acrescentar clareza e precisão. (Se algum item já tiver sido mencionado especificamente na pergunta aberta, não há necessidade de repeti-lo.) Marque as colunas apropriadas para cada item e adicione no espaço “outro” qualquer informação mencionada que não tiver sido listada anteriormente. Coloque um 0 à frente do item que não se aplicar ao caso, e um 9 se não for possível*

31. Gostaríamos de saber como sua vida mudou nos últimos 3 meses. De uma maneira geral, você diria que sua vida ficou melhor, igual ou pior durante esse período? (*elabore nas linhas abaixo – estimule com “Por que essa mudança ocorreu?”*)

1( ) melhor 2( ) igual 3( ) pior

Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

32. O que mudou em termos financeiros?

Agora você tem:

Mais	Igual	Menos

- a. dinheiro para gastar ou economizar (vs. pagamentos e dívidas, passar necessidade)  
 b. liberdade para gastar (por exemplo, gastar mais com coisas que você quer ou considera necessárias)  
 c. acesso ao dinheiro “dele” (por exemplo, conta conjunta, pagamentos suplementares)  
 d. outro: \_\_\_\_\_

33. Você tem um emprego ou renda própria (outro que não seja seguro-desemprego ou alguma assistência social)?

1( ) sim 2( ) não

**SE “NÃO”, VÁ PARA Nº 34**

33a. SE “SIM” em 33: Com o que você trabalha (ou qual a fonte de sua renda?): \_\_\_\_\_

33b. Código Brasileiro de Ocupações (adicione após a entrevista):  
 \_\_\_\_\_

33c. SE “SIM” em 33: Quantas horas por semana? \_\_\_\_\_

33d. Qual o valor da sua renda mensal?

- 1( ) até 3 salários mínimos  
 2( ) entre 4 e 6 salários mínimos  
 3( ) entre 7 e 10 salários mínimos  
 4( ) maior que 10 salários mínimos

34. Que mudanças você observa nos seus relacionamentos com parentes e amigos(as)?

---



---

Você tem mais ou menos:

Mais	Igual	Menos	NA

- a. tempo com amigos (vs. isolada)
- b. conflitos com parentes (por exemplo: vs. bom relacionamento com parentes)
- c. liberdade para se expressar (por exemplo: sorrir abertamente, dar risadas, falar alto e claro)
- d. problemas com as crianças (por exemplo: tensão ou agitação, menos desavenças entre as crianças)
- e. outro: \_\_\_\_\_

35. Que mudanças houve com seus hábitos e sua saúde física?

\_\_\_\_\_

Você tem mais ou menos:

Mais	Igual	Menos	NA

- a. dores e sofrimentos
- b. dores de cabeça
- c. dores na região abdominal (por exemplo: problemas estomacais, úlceras, problemas com a menstruação)
- d. distúrbios do sono (por exemplo, noites insones, problemas para adormecer, pesadelos)
- e. maus hábitos alimentares (por exemplo, comer em excesso, não comer o bastante, não ingerir alimentos apropriados)
- f. álcool ou drogas; tipo: \_\_\_\_\_
- g. outro: \_\_\_\_\_

36. Que alterações houve em suas emoções e sentimentos?

\_\_\_\_\_

Você está mais ou menos:

Mais	Igual	Menos

a. relaxada, tranquila (vs. ansiosa, com raiva, perturbada, confusa)

b. deprimida, solitária, triste (vs. feliz, otimista, com pensamentos positivos)

c. alterações de humor (por exemplo: altos e baixos, explosões, lembranças do passado)

Você se sente melhor ou pior:

Melhor	Igual	Pior

d. em relação a você mesma (vs. baixa autoestima, sentindo-se inadequada, perdedora)

e. outro:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

37. Que mudanças espirituais você percebe em sua vida nos últimos 3 meses?

\_\_\_\_\_

Você tem mais ou menos:

Mais	Igual	Menos	NA

a. boas expectativas (por exemplo: menos desilusões, sensação de vazio)

b. fé religiosa (por exemplo: maior crença em um poder superior)

c. frequência ou envolvimento com a igreja

d. outro:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

38. Sua percepção em relação à sua liberdade pessoal ou independência foi alterada?

---

Você está mais ou menos:

Mais	Igual	Menos	NA

a. tomando decisões por conta própria (vs. ordens, regras e “acordos”)

b. saindo de casa (vs. confinada)

c. fazendo coisas sozinha (vs. depender dos outros)

d. sentindo-se forçada a ter em relações sexuais

e. outro:

---



---

39. Como sua sensação de segurança foi alterada nos últimos 3 meses?

---

Você está/tem mais ou menos:

Mais	Igual	Menos	NA

a. medo de ser atacada, agredida, assediada

b. sensação de estar “pisando em ovos” (por exemplo, apreensão, precaução)

c. medo de que as crianças sejam feridas

d. medo de que seu parceiro se machuque ou tente o suicídio

e. outro:

---



---

### SEGURANÇA

40. Qual a probabilidade de **HOMEM** bater em você nos próximos meses?

1( ) extremamente provável

2( ) muito provável

3( ) pouco provável

- 4( ) improvável  
 5( ) muito improvável  
 6( ) outro: \_\_\_\_\_

41. Quão segura você se sente a essas alturas? (*marque uma*)

- 1( ) muito segura  
 2( ) um pouco segura  
 3( ) um pouco amedrontada  
 4( ) totalmente amedrontada  
 5( ) outro: \_\_\_\_\_

## PROGRAMA DO HOMEM

42. O que HOMEM tem feito para evitar situações violentas nos últimos 3 meses?

*Elabore/especifique:*

---



---



---

42a. Marque todos que forem citados. Não leia a lista, exceto para esclarecer alguma dúvida.

- a( ) NADA  
 b( ) saiu do cômodo ou da casa (por pouco tempo)  
 c( ) parou de brigar/se isolou  
 d( ) pensou antes de agir  
 e( ) saiu por um tempo determinado (anunciou que “daria um tempo” para me acalmar)  
 f( ) conversei consigo mesmo (pensamentos e falas positivas)  
 g( ) discuti sobre os problemas e suas soluções  
 h( ) falou sobre sentimentos (frases com “Eu”)  
 i( ) liguei para amigos, terapeuta ou programa de ajuda (pensou nos amigos)  
 j( ) não bebeu ou usou outras drogas  
 k( ) afastou-se  
 l( ) respeitou-me e valorizou meu ponto de vista  
 m( ) outro \_\_\_\_\_

43. HOMEM mudou de alguma forma nos últimos 3 meses? (*selecione a resposta mais apropriada e elabore abaixo*)

*Elabore/especifique:*

---



---

43a. Marque tudo que for mencionado; não leia a lista, exceto para esclarecer alguma dúvida.

a( ) não mudou (programa sem sucesso, pessoa resistente, “não há problema”)

b( ) escape (mantém-se distante da mulher, percebe que “não vale a pena”, mantém-se quieto)

c( ) contenção (controla a raiva, evita violência, controla-se)

d( ) mudança de comportamento (afasta-se, utiliza técnicas; por exemplo: “dá um tempo” e outras)

e( ) mudança no relacionamento (mais extrovertido, fala sobre os problemas, melhor comunicação, novos amigos)

f( ) consciência (admite o abuso, trabalha problemas relacionados, tenta se modificar)

g( ) transformação (tudo vai bem, renovação, perspectivas positivas, profundo envolvimento com o programa)

h( ) outro: \_\_\_\_\_

i( ) outro: \_\_\_\_\_

43b. HOMEM agora admite que tem um problema?

1( ) sim 2( ) não 9( ) indecisa/não sabe

*Explique, se necessário:*

---

44. O que você acha que deveria ser modificado ou melhorado no programa do homem? (Da segunda à quinta entrevista de acompanhamento, adicione “*Algo além daquilo apontado em nossa última entrevista?*”)

*Elabore/especifique:* \_\_\_\_\_

44a. Marque tudo que for mencionado em 44 abaixo:

a( ) não sabe/indecisa

b( ) nada (bom como está, não há muito que o programa possa fazer, depende da pessoa)

- c( ) contato com a mulher (ligou para subsídio, pediu mais informação sobre o programa)
- d( ) orientação/terapia para a mulher (ambos precisam de orientação, incluir a mulher de alguma forma, grupos separados)
- e( ) métodos de orientação/terapia (mais contato com terapeuta, menos controle do terapeuta, tocar em outros assuntos, falar sobre álcool e outras drogas)
- f( ) estrutura do programa (mais longo, horários mais flexíveis, alteração nos custos, localização)
- g( ) mais consequências (punição em caso de faltas, prisão, mais multas ou penalidades por atos de violência)
- h( ) outro: \_\_\_\_\_
- i( ) outro: \_\_\_\_\_

45. Seu parceiro recebeu ou procurou ajuda, assistência ou apoio de qualquer tipo, além do programa nos últimos 3 meses? (Estimule-a a falar com as categorias genéricas abaixo; marque todas as respostas afirmativas.)

- 1( ) sim 2( ) não 9( ) não sabe

**SE “ABSOLUTAMENTE NENHUM CONTATO”,  
VÁ PARA Nº 49**

+46. Para abuso de álcool ou tratamento por abuso de outras drogas, inclusive AA

- a( ) nenhum/não se aplica
- b( ) desintoxicação (internações de 1-3 dias em centros de reabilitação ou hospital para isolamento)
- c( ) tratamento com internação (internação e sessões em centros de reabilitação ou hospital por mais de 3 dias)
- d( ) tratamento sem internação (sessões de terapia/aconselhamento individual ou em grupo)
- e( ) autoajuda ou programa de doze passos (AA ou NA)
- f( ) outro: \_\_\_\_\_
- g( ) não sabe

+47. Para terapia, além do programa de violência doméstica:

- a( ) terapia/orientação individual
- b( ) terapia/orientação em família ou de casal
- c( ) outro grupo de terapia ou apoio (exceto AA ou NA)
- d( ) aconselhamento religioso, grupo ou membro da igreja
- e( ) clínica de saúde mental ou hospital psiquiátrico:

Tipo (com ou sem internação): \_\_\_\_\_

medicamento: \_\_\_\_\_

f( ) outro: \_\_\_\_\_

g( ) não sabe

+48. Para Outra Assistência ou Atividade (*estimule-a a falar com a lista, não deixe de estimulá-lo a falar sobre cuidados médicos e “algo mais” - outros*)

a( ) frequentar a igreja

b( ) atividades de lazer (boliche, jogos de cartas, corrida) *tipo:*

\_\_\_\_\_

c( ) programa para pais

d( ) clubes especiais ou grupos de apoio (exceto AA ou NA)

e( ) treinamento profissional ou estágio

f( ) leitura de livros ou material de auto-ajuda

g( ) assistência médica, hospitalar; *motivos:* \_\_\_\_\_

h( ) outro: \_\_\_\_\_

## COMENTÁRIOS:

49. Você gostaria de fazer algum comentário sobre as coisas de que falamos, ou algo que você ache que deveríamos saber? (Escreva abaixo.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Faça perguntas, se necessário. Siga para Formulário de Contato Atualizado, Agradeça e avise que poderá entrar em contato com ela novamente após 3 meses. Complete as CAIXAS DE CÓDIGOS após a entrevista e retorne à seção IMPRESSÕES.)

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

**IMPRESSÕES DO ENTREVISTADOR** (Complete após a entrevista baseando-se em suas impressões; marque uma resposta para cada pergunta.)

50. Faça uma estimativa da precisão da informação obtida:

1( ) extremamente precisa

2( ) muito precisa

3( ) relativamente precisa

4( ) pouco precisa

5( ) bastante imprecisa

6( ) outro: \_\_\_\_\_

9( ) sem opinião/indeciso(a)

*Evidência:* \_\_\_\_\_

51. Faça uma estimativa da cooperação da entrevistada:

1( ) muito cooperativa (fala com facilidade, revela informação pessoal, vai além da entrevista)

2( ) submissa (segue a entrevista e as perguntas, atende às expectativas mínimas da entrevista)

3( ) confusa (desorientado, sob efeito de álcool ou outras drogas, respostas não são relevantes)

4( ) resistente (recusa-se a responder, foge das respostas, dá respostas vagas)

5( ) não cooperativa (questiona o entrevistador, faz objeções, demanda persuasão)

6( ) hostil (tem raiva da entrevista, das perguntas pessoais, do programa, da situação)

7( ) outro: \_\_\_\_\_

9( ) sem opinião/indeciso(a)

*Evidência:* \_\_\_\_\_

52. Faça uma estimativa da mudança do homem baseada nas informações da entrevista:

1( ) continua abusivo

2( ) nega ou minimiza (não está fisicamente violento, mas nega abuso anterior e culpa os outros)

3( ) desencorajado, mas busca mudança (baixa autoestima, confuso, sem esperanças)

4( ) mudanças comportamentais apenas (emoções reprimidas, evita confrontos, teme a prisão e outras consequências)

5( ) consciência ou mudança de comportamento (admite o abuso, trabalha temas relacionados, autoconhecimento)

6( ) transformação (tudo vai bem, renovação, perspectivas positivas, profundo envolvimento com o programa)

7( ) outro: \_\_\_\_\_

8( ) não se aplica/sem contato

9( ) sem opinião/indeciso

*Evidência:* \_\_\_\_\_

53. Faça uma estimativa das reações da mulher aos abusos, baseada na entrevista.

1( ) negação (nunca foi um problema, não tem importância, a polícia exagerou, foi só um acidente)

2( ) culpa/justificativas (foi sua culpa, se um não quer dois não brigam, muito stress e conflitos; outras justificativas)

3( ) cooperação por medo (constrangida pelo medo ou deprimida para fazer qualquer coisa)

4( ) persistente (tolera e persiste em um relacionamento difícil)

5( ) procura ajuda (tenta ativamente acabar com a violência)

6( ) desligada (separada e afastada da situação)

7( ) autoajuda (realiza ações para se cuidar, recuperar-se, curar-se)

8( ) união (trabalhando ativamente com o parceiro para manter um bom relacionamento)

9( ) outro: \_\_\_\_\_

10( ) sem opinião/indeciso(a)

*Evidência:* \_\_\_\_\_

54. *Horário final:* \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ TEMPO TOTAL DA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_ min.

55. Outros Comentários (se necessário):

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE D – TCLE para Adaptação do Questionário**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -  
TCLE**

O(A) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa sobre **“Adaptação Transcultural do Questionário de Acompanhamento CDC (Centers for Disease Control and Prevention) para o idioma português”**. Sua colaboração neste estudo é MUITO IMPORTANTE, mas a decisão de participar é VOLUNTÁRIA, o que significa que o(a) Senhor(a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento.

Esta pesquisa tem como objetivo fazer a adaptação transcultural do questionário de Acompanhamento CDC para o idioma português. Tem como objetivo avaliar os programas de atenção a autores de violência conjugal, a partir das informações dos casais cujo homem participa do programa.

Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO. Ou seja, o seu nome não será mencionado em qualquer hipótese ou circunstância, mesmo em publicações científicas. HÁ UM RISCO MÍNIMO para sua saúde emocional, pois poderá lhe trazer recordações sobre alguma situação vivenciada anteriormente, porém você poderá interromper a pesquisa sempre que achar necessário. E o BENEFÍCIO será adaptar um questionário para conhecer a realidade dos programas de atenção a homens autores de violência conjugal, o qual poderá fornecer informações para melhorar os serviços de atenção a pessoas em situação de violência.

Será realizada uma entrevista para avaliar se as perguntas do questionário estão compreensíveis. Para isso será necessário aproximadamente 40 minutos.

Em caso de dúvida o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com Professora Elza Berger Salema Coelho, coordenadora deste projeto de pesquisa, no endereço abaixo:

**DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO DE PESQUISA:**

Nome completo: Professora Elza Berger Salema Coelho

Doc. de Identificação: CPF 43328946934

Endereço completo: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC  
Departamento de Saúde Pública - Trindade / Florianópolis/SC - 88040-900

Fone: (+55 48) 3721-9388 ramal 202 ou (+55 48) 99471177

Endereço de e-mail: elzacoelho@gmail.com

**IDENTIFICAÇÃO E CONSENTIMENTO DO VOLUNTÁRIO:**

Nome completo \_\_\_\_\_

Documento de Identificação \_\_\_\_\_

**CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:**

“Declaro que, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, concordei em participar, na qualidade de participante do projeto de pesquisa intitulado **“Adaptação Transcultural do Questionário de Acompanhamento CDC (Centers for Disease Control and Prevention) para o idioma português”**, após estar devidamente informado sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável pelo projeto, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador.”

“As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto.”

“Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados.”

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_

(local e data)

---

(Assinatura do voluntário)



## APÊNDICE E - Ficha de levantamento para Programas de Atenção ao Autor de Violência

Nome do Programa: \_\_\_\_\_

Local/Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Responsável/Contato: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo o programa funciona (data de fundação): \_\_\_\_\_

Tipo de Atendimento:

- Profissionais que atuam: \_\_\_\_\_
- Horário atendimento: \_\_\_\_\_
- Dias de atendimento: \_\_\_\_\_
- Trabalho em grupo: \_\_ sim \_\_ não
- Atendimento individual: \_\_ sim \_\_ não

Público atendido:

- homens: \_\_ sim \_\_ não
- mulheres: \_\_ sim \_\_ não
- crianças: \_\_ sim \_\_ não
- idosos: \_\_ sim \_\_ não
- número de atendimentos/mês: \_\_\_\_\_
- área atendida: \_\_ município \_\_ Estado \_\_ Regional de Saúde  
outro: \_\_\_\_\_

Forma de entrada no programa:

- procura espontânea: \_\_ sim \_\_ não
- encaminhamento jurídico: \_\_ sim \_\_ não
- encaminhamento por profissional da saúde: \_\_ sim \_\_ não
- outro: \_\_\_\_\_

Forma de financiamento do Programa:

- público: \_\_ sim \_\_ não
- ONG: \_\_ sim \_\_ não
- Outro: \_\_\_\_\_

Conhece outro programa que atende homens agressores (nome, local e/ou contato): \_\_\_\_\_



## APÊNDICE F – TCLE para Entrevistas com Homens



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O(A) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa sobre **“Atenção a casais em situação de violência por parceiro íntimo: a abordagem ao homem autor de violência”**. Sua colaboração neste estudo é MUITO IMPORTANTE, mas a decisão de participar é VOLUNTÁRIA, o que significa que o(a) Senhor(a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar os programas de atenção a autores de violência conjugal, a partir das informações dos casais cujo homem participa do programa.

Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO. Ou seja, o seu nome não será mencionado em qualquer hipótese ou circunstância, mesmo em publicações científicas. HÁ UM RISCO PEQUENO para sua saúde emocional, pois poderá lhe trazer recordações sobre alguma situação vivenciada anteriormente, porém você poderá interromper a pesquisa sempre que achar necessário. E o BENEFÍCIO será conhecer a realidade dos programas de atenção a homens autores de violência conjugal, o que poderá fornecer informações para melhorar os serviços de atenção a pessoas em situação de violência.

Será realizada uma entrevista utilizando um questionário sobre suas informações pessoais, seu relacionamento com a(o) companheira(o) e o programa de atenção a pessoas em situação de violência conjugal. Para isso será necessário aproximadamente 50 minutos.

Em caso de dúvida o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com Professora Elza Berger Salema Coelho, coordenadora deste projeto de pesquisa, no endereço abaixo:

**DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO  
DE PESQUISA:**

Nome completo: Professora Elza Berger Salema Coelho

Doc. de Identificação: CPF 43328946934

Endereço completo: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC  
Departamento de Saúde Pública - Trindade / Florianópolis/SC - 88040-900

Fone: (+55 48) 3721-9388 ramal 202 ou (+55 48) 99471177

Endereço de e-mail: elzacoelho@gmail.com

**IDENTIFICAÇÃO E CONSENTIMENTO DO VOLUNTÁRIO:**

Nome completo \_\_\_\_\_

Documento de Identificação \_\_\_\_\_

**CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:**

“Declaro que, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, concordei em participar, na qualidade de participante do projeto de pesquisa intitulado **“Atenção a casais em situação de violência por parceiro íntimo: a abordagem ao homem autor de violência”**, após estar devidamente informado sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável pelo projeto, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador.”

“As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto.”

“Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados.”

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_

(local e data)

\_\_\_\_\_

(Assinatura do voluntário)



**APÊNDICE G – TCLE para Entrevista com Profissionais****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -  
TCLE**

O(A) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa sobre **“Atenção a casais em situação de violência por parceiro íntimo: a abordagem ao homem autor de violência”**. Sua colaboração neste estudo é MUITO IMPORTANTE, mas a decisão de participar é VOLUNTÁRIA, o que significa que o(a) Senhor(a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar os programas de atenção a autores de violência conjugal, a partir das informações dos casais cujo homem participa do programa e dos profissionais que atuam nestes serviços.

Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO. Ou seja, o seu nome não será mencionado em qualquer hipótese ou circunstância, mesmo em publicações científicas. HÁ UM RISCO PEQUENO para sua saúde emocional, pois poderá lhe trazer recordações sobre alguma situação vivenciada anteriormente, porém você poderá interromper a pesquisa sempre que achar necessário. E o BENEFÍCIO será conhecer a realidade dos programas de atenção a homens autores de violência conjugal, o que poderá fornecer informações para melhorar os serviços de atenção a pessoas em situação de violência.

Será realizada uma entrevista utilizando um questionário sobre o serviço no programa de atenção a pessoas em situação de violência conjugal. Para isso será necessário aproximadamente 40 minutos.

Em caso de dúvida o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com Professora Elza Berger Salema Coelho, coordenadora deste projeto de pesquisa, no endereço abaixo:

**DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO  
DE PESQUISA:**

Nome completo: Professora Elza Berger Salema Coelho

Doc. de Identificação: CPF 43328946934

Endereço completo: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC  
Departamento de Saúde Pública - Trindade / Florianópolis/SC - 88040-900

Fone: (+55 48) 3721-9388 ramal 202 ou (+55 48) 99471177

Endereço de e-mail: elzacoelho@gmail.com

**IDENTIFICAÇÃO E CONSENTIMENTO DO VOLUNTÁRIO:**

Nome completo \_\_\_\_\_

Documento de Identificação \_\_\_\_\_

**CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:**

“Declaro que, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, concordei em participar, na qualidade de participante do projeto de pesquisa intitulado **“Atenção a casais em situação de violência por parceiro íntimo: a abordagem ao homem autor de violência”**, após estar devidamente informado sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável pelo projeto, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador.”

“As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto.”

“Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados.”

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_

(local e data)

\_\_\_\_\_

(Assinatura do voluntário)



## ANEXO A – Aprovação CEP para Adaptação do Questionário

HOSPITAL INFANTIL JOANA  
DE GUSMÃO/ SES -SC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Adaptação Transcultural do Questionário de Acompanhamento CDC (Centers for Disease Control and Prevention) para o idioma português

**Pesquisador:** Elza Berger Salema Coelho

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 31045614.3.0000.5361

**Instituição Proponente:**

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 715.461

**Data da Relatoria:** 10/07/2014

#### Apresentação do Projeto:

Entre as formas de violência contra a mulher, a praticada pelo parceiro íntimo é uma das mais comuns. Apesar de na maioria dos casos o homem ser o autor da agressão, é necessário considerar que ele também demanda assistência. Então na abordagem a estes homens, é fundamental conhecer os fatores associados a este comportamento, para evitar condutas culpabilizadoras ou vitimistas. E enfatizar que a violência conjugal é relacional, portanto todos devem ser assistidos para ser possível transformar padrões de comportamento. O questionário se estrutura em duas partes, uma aplicada ao homem e outra a mulher, e foi desenvolvido para acompanhamento de homens que participam de programas de atenção a autores de violência por no mínimo 3 meses. Contém informações sobre o sujeito, comportamento abusivo, busca por ajuda, programa de atenção e outros. O processo de Adaptação Transcultural iniciou com a tradução do inglês para português por dois tradutores independentes. Em seguida foi produzida uma síntese das duas versões traduzidas, e a versão resultante foi retraduzida para o inglês por dois tradutores americanos, avaliando se não houve perda do sentido. A versão em português foi analisada por um comitê de experts na área, considerando a equivalência com o original. Para analisar se esta versão do questionário está adaptada para uso

**Endereço:** Rui Barbosa, nº 152

**Bairro:** Agronômica

**CEP:** 88.025-301

**UF:** SC

**Município:**

**Telefone:** (483)251-9092

**Fax:** (483)251-9092

**E-mail:** cephig@saude.sc.gov.br

HOSPITAL INFANTIL JOANA  
DE GUSMÃO/ SES -SC



Continuação do Parecer: 715,461

no contexto brasileiro, ela será aplicada com uma amostra semelhante ao público alvo. Assim, homens e mulheres que comparecerem a uma delegacia especializada na atenção à mulher, para consulta com o psicólogo da instituição serão convidados a analisar o

questionário. Os sujeitos que aceitarem participar da entrevista vão avaliar a compreensão de cada questão do questionário, com o uso de uma escala numérica de 0 a 10, onde 0 significa incompreensível e 10 totalmente compreensível. Os participantes poderão ainda escrever o que entenderam da pergunta ou expressar o que não ficou claro.

**Critério de Inclusão:** Homens e mulheres que comparecerem a instituição para acompanhamento devido a situação de violência conjugal

**Critério de Exclusão:** Homens e mulheres que comparecerem a instituição para acompanhamento devido a outro tipo de violência. As respostas dos participantes serão compiladas em planilha e analisadas estatisticamente, sendo que as questões consideradas incompreensíveis ou pouco compreensíveis por mais de 15% dos participantes serão readaptadas.

**Desfecho Primário:** Validar a adaptação do instrumento para uso no Brasil.

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar a adaptação transcultural do Questionário de Acompanhamento CDC (Centers for Disease Control and Prevention) para o idioma Português.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Benefícios:** Adaptar um questionário para conhecer a realidade dos programas de atenção a homens autores de violência conjugal, o qual poderá fornecer informações para melhorar os serviços de atenção a pessoas em situação de violência.

As pesquisadoras colocam que interromperão a avaliação se houver qualquer desconforto durante a execução do questionário.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa bem fundamentada na literatura e de grande importância, visto a relevância do assunto na atualidade e da necessidade de projetos e serviços que atendam não somente as vítimas, mas também seus agressores.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

As pesquisadoras responderam adequadamente todas as pendências que foram levantadas no Parecer 6882575.

**Endereço:** Rui Barbosa, nº 152

**Bairro:** Agrônômica

**CEP:** 88.025-301

**UF:** SC

**Município:**

**Telefone:** (483)251-9092

**Fax:** (483)251-9092

**E-mail:** cephijg@saude.sc.gov.br

HOSPITAL INFANTIL JOANA  
DE GUSMÃO/ SES -SC



Continuação do Parecer: 715,461

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto encontra-se bem formulado e fundamentado, não apresentando questões éticas relevantes que contra indiquem sua aprovação.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme preconizado na Resolução 466/2012, XI.2, item d, cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e final.

Assim sendo, o(a) pesquisador(a) deve enviar relatórios parciais semestrais da pesquisa ao CEP (a partir de janeiro de 2015) e relatório final quando do seu encerramento.

Um modelo deste relatório está disponibilizado no site <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/cep/deveresdopesquisador.htm>

11 de Julho de 2014

---

**Assinado por:**  
**Vanessa Borges Platt**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rui Barbosa, nº 152

**Bairro:** Agrônômica

**CEP:** 88.025-301

**UF:** SC

**Município:**

**Telefone:** (483)251.-9092

**Fax:** (483)251.-9092

**E-mail:** cephijg@saude.sc.gov.br



**ANEXO B - Entrevista para Profissionais do Serviço de Atenção**

1) Por que o serviço foi criado?

---

---

2) Como o serviço é financiado?

---

---

3) Como os usuários são encaminhados ao serviço?

---

---

4) Qual público o serviço atende?

---

---

5) Qual a definição de violência por parceiro íntimo é utilizada?  
(inclui violência psicológica e outros tipos?)

---

---

6) Qual a orientação teórica seguida pelo programa?

---

---

7) Quais assuntos são discutidos no programa de atenção?

---

---

8) Há algum grupo que não é atendido no serviço, ou alguma condição do usuário que inviabiliza sua participação?

---

---

9) Como funciona o contato com a vítima?

---

---

10) Qual o principal objetivo da intervenção com os autores de violência?

---

---

11) Há algum grupo que não é atendido no serviço, ou alguma condição do usuário que inviabiliza sua participação?

---

---

12) Qual a formação dos profissionais que trabalham no serviço e se há algum treinamento?

---

---

13) Há alguma forma de avaliação do serviço?

---

---

14) Por que você decidiu trabalhar nessa área e como é a experiência de atender homens autores de violência?

---

---

## ANEXO C – Aprovação do CEP para as Entrevistas com os Homens

HOSPITAL INFANTIL JOANA  
DE GUSMÃO/ SES -SC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ATENÇÃO A CASAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO: a abordagem ao homem autor de violência

**Pesquisador:** Elza Berger Salema Coelho

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 36493214.1.0000.5361

**Instituição Proponente:**

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 882,761

**Data da Relatoria:** 12/11/2014

#### Apresentação do Projeto:

A violência não é um tema recente, sendo caracterizada como um fenômeno social, despertou a preocupação do poder público assim como de pesquisadores de várias áreas, tais como: Ciências Sociais, História, Geografia, Economia, Medicina, Psicologia e Direito. Entretanto, a questão sobre a violência começou a ser debatida em maior número principalmente a partir da década de 1980, quando se toma consciência da dimensão do problema que passa a fazer parte do modo de viver do homem em sociedade, ou seja, a violência torna-se banalizada, passa a ser algo comum entre os homens. (HAYECK, 2009). Entre as formas de violência, a de gênero, principalmente aquela praticada contra a mulher pelo parceiro íntimo, é uma das mais comuns. Sendo considerado um fenômeno complexo, este tipo de violência deixou de ser apenas um objeto da justiça, e passou a ser um problema para os serviços de saúde e tema de diversas pesquisas na área. (DOSSI et al, 2008; FRANK et al, 2010). A atenção a homens que cometem violência contra as mulheres é recente e este pode ser o motivo das dificuldades enfrentadas por estes programas; como o abandono dos usuários, a ausência de suporte financeiro e a falta de reconhecimento. Contudo é no âmbito da avaliação que se encontra umas das maiores e principais carências destes programas, pois os efeitos da participação nestes programas são pouco analisados. (TONELI et al, 2010). Considerando estas questões, este trabalho

**Endereço:** Rui Barbosa, nº 152

**Barrio:** Agronômica

**CEP:** 88.025-301

**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3251-9092

**Fax:** (48)3251-9092

**E-mail:** cephijg@saude.sc.gov.br

**HOSPITAL INFANTIL JOANA  
DE GUSMÃO/ SES -SC**

Continuação do Parecer: 882,761

visa responder quem são os homens que participam de programas de atenção a autores de violência conjugal, e se as situações de violência são alteradas a partir da participação dos homens nestes programas.

**TIPO DE PESQUISA:**

Será realizada uma pesquisa descritiva com abordagem quanti-qualitativa, através de um estudo de caso de um serviço de atenção a autores e violência, com a aplicação do questionário de Acompanhamento CDC (Centers for Disease Control and Prevention), previamente adaptado para uso no Brasil.

**Metodologia:**

Utiliza-se o estudo de caso para compreender fenômenos sociais complexos, buscando entender como e por que eles acontecem. Este método é utilizado de forma extensiva nas ciências sociais, e para Yin (2005) é uma investigação empírica, um método que abrange planejamento, técnicas de coleta de dados e análise dos mesmos. Entre as aplicações deste método estão explicar os possíveis vínculos causais em intervenções da vida real que são complexos demais para as estratégias experimentais ou as utilizadas em levantamentos, e para explorar aquelas situações em que a intervenção que está sendo avaliada não apresenta um conjunto claro e simples de resultados. (YIN, 2005).

**Instrumento:**

Para alcançar os objetivos propostos pela pesquisa será aplicado o questionário CDC (Centers for Disease Control and Prevention) Follow-up, que foi desenvolvido por Gondolf (1997, 2000). Ele se estrutura em duas partes, uma aplicada ao homem e outra a mulher; e foi desenvolvido para acompanhamento de homens que participam de programas de atenção a autores de violência por no mínimo 3 meses. Contém informações sobre o sujeito, comportamento abusivo, busca por ajuda, uso de drogas e outras violências, busca por ajuda, programa de atenção e outros. Assim este instrumento foi selecionado por ser aplicado com os participantes do programa, tanto com o homem quanto a mulher, e permitir a obtenção de informações sobre as situações de violência e sobre o serviço. Este instrumento foi adaptado para uso no Brasil, seguindo a metodologia proposta por Beaton et al (2000), em pesquisa realizada previamente. O questionário previamente adaptado para o contexto brasileiro será aplicado com casais cujo homem participa de um programa de atenção a autores de violência conjugal.

**Endereço:** Rui Barbosa, nº 152**Bairro:** Agrônômica**CEP:** 88.025-301**UF:** SC**Município:** FLORIANOPOLIS**Telefone:** (48)3251-9092**Fax:** (48)3251-9092**E-mail:** cephig@saude.sc.gov.br

HOSPITAL INFANTIL JOANA  
DE GUSMÃO/ SES -SC



Continuação do Parecer: 882,761

Para selecionar o serviço a ser estudado, primeiramente foram levantados os locais de atenção a homens autores de violência contra a parceira no Brasil. O levantamento iniciou pelo contato telefônico com as delegacias especializadas no atendimento a mulheres registradas no site da Secretaria de Políticas para as mulheres. Depois foi realizado contato telefônico e por e-mail os locais de atendimento informados pelas delegacias, e utilizada a técnica de Bola de Neve para levantar novos locais de atenção. Dessa forma, cada programa informava se conhecia outros serviços semelhantes. No total foram encontrados 17 serviços de atenção ao homem em situação de violência, que incluíam intervenções no âmbito da saúde. Estes programas receberam uma ficha para preencher com dados do serviço, como: tempo de funcionamento, tipo de atendimento, profissionais envolvidos, população atendida, número de atendimentos por mês, forma de entrada e financiamento do programa, conforme apêndice B.

**Amostra:**

A amostra será composta por homens que estejam sendo atendidos pelo NAFAVD, há pelo menos 3 meses e que aceitem participar da pesquisa; e por mulheres cujo companheiro esteja participando do programa há pelo menos 3 meses. A amostra incluirá todos os homens e mulheres que aceitarem participar do estudo, sendo que eles serão contatados primeiramente pelo serviço, e depois pela pesquisadora, sendo agendado um horário para a realização da entrevista no serviço de atenção. As companheiras dos homens que responderem ao questionário, e que também estejam sendo acompanhadas pelo serviço também serão convidadas a participar.

**Coleta de Dados:**

Os dados referentes aos casais serão obtidos por meio de entrevista utilizando o questionário previamente adaptado. Após esta etapa os dados quantitativos serão registrados no programa Epidata (LAURITSEN,2002), através de uma máscara construída a partir dos dados presentes no questionário, para formar um banco de dados. Enquanto os dados qualitativos serão transcritos em uma planilha própria. Para manter o anonimato, cada casal receberá um número, de acordo com a entrada na planilha de dados, sendo o homem identificado como Sr,1 e a mulher Sra,1, e assim sucessivamente.

**Análise dos Dados:**

As informações quantitativas serão analisadas com o uso do programa Stata 9, para obtenção das porcentagens, médias e relações entre as variáveis, sendo apresentados em tabelas. Serão

**Endereço:** Rui Barbosa, nº 152  
**Bairro:** Agronômica **CEP:** 88,025-301  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3251-9092 **Fax:** (48)3251-9092 **E-mail:** cephiijg@saude.sc.gov.br

**HOSPITAL INFANTIL JOANA  
DE GUSMÃO/ SES -SC**

Continuação do Parecer: 882.761

analisados que fatores apresentaram relação com os casos de reincidência de violência. Para os dados qualitativos será adotada a análise de conteúdo, proposta por Bardin (1977) e sintetizada por Minayo (1999).

**Objetivo da Pesquisa:****OBJETIVO GERAL:**

Analisar as situações de violência em casais cujo homem participa de programa de atenção a autores de violência.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar o perfil dos homens atendidos nos programas de atenção a autores de violência conjugal;
- Caracterizar os tipos de violência cometida e sofrida no contexto dos relacionamentos;
- Buscar quais as estratégias que os homens que participam dos programas de atenção utilizam para não agredir a parceira;
- Analisar os fatores envolvidos na reincidência de violência;
- Identificar qual a percepção do homem em relação ao programa de atenção a autores de violência conjugal.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:****Riscos:**

Há um risco para a saúde emocional dos participantes, pois poderá trazer recordações sobre alguma situação vivenciada anteriormente, porém o participante poderá interromper a pesquisa sempre que achar necessário.

**Benefícios:**

Conhecer a realidade dos programas de atenção a homens autores de violência conjugal, o que poderá fornecer informações para melhorar os serviços de atenção a pessoas em situação de violência.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante principalmente por ser um tema de grande repercussão que começou a ser abordado recentemente.

**Endereço:** Rui Barbosa, nº 152  
**Bairro:** Agronômica **CEP:** 88.025-301  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3251-9092 **Fax:** (48)3251-9092 **E-mail:** cephijg@saude.sc.gov.br

HOSPITAL INFANTIL JOANA  
DE GUSMÃO/ SES -SC



Continuação do Parecer: 882,761

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Parcialmente respondidos, ainda faltando considerações sobre orçamento e cronograma da pesquisa.

**Recomendações:**

Sugere-se acrescentar na metodologia o que ficou faltando:

1..sobre Orçamento

sabe-se que em toda a pesquisa há gastos - material de expediente, reprografia, etc. O pesquisador deve apresentar uma planilha orçamentária, deixando claro que não haverá gastos para a instituição e nem para o sujeito de pesquisa.

2. sobre Cronograma sugere-se acrescentar o cronograma de realização da pesquisa, reforçando que a coleta de dados deve ser iniciada após a aprovação do CEP da instituição onde a pesquisa será desenvolvida, considerando-se desvio ético grave o início da mesma sem a referida aprovação

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O parecer ora em tela refere-se à apreciação das respostas às pendências elencadas por este CEP no Parecer Consubstanciado número 829.661, datado de 09/10/2014, descritas e analisadas a seguir:

Solicita-se acrescentar na metodologia os seguinte tópicos:

1.Sobre Monitoramento: citar como será realizado o monitoramento e segurança dos dados coletados. Recomenda-se que deverão ser arquivados em local seguro pelo período de cinco anos e posteriormente incinerados.

Resposta: A pesquisadora apresenta a seguinte resposta: "Após a coleta dos dados, os questionários serão armazenados em local seguro, pelo período de cinco anos. Passado este período, estes documentos serão incinerados.".

Análise: Pendência atendida.

2.Sobre Privacidade e Confidencialidade: a pesquisadora deve deixar claro que em nenhum momento o participante de pesquisa será identificado e que somente os pesquisadores terão acesso aos dados coletados.

Resposta: A pesquisadora apresenta a seguinte resposta: "Os dados obtidos na pesquisa serão acessados apenas pelas pesquisadoras responsáveis e em nenhum momento os participantes da

**Endereço:** Rui Barbosa, nº 152  
**Bairro:** Agronômica **CEP:** 88.025-301  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3251-9092 **Fax:** (48)3251-9092 **E-mail:** cephijg@saude.sc.gov.br

**HOSPITAL INFANTIL JOANA  
DE GUSMÃO/ SES -SC**

Continuação do Parecer: 882,761

pesquisa serão identificados.'.

Análise: Pendência atendida.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme preconizado na Resolução 466/2012, XI.2, item d, cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e final.

Assim sendo, o(a) pesquisador(a) deve enviar relatórios parciais semestrais da pesquisa ao CEP (a partir de maio/2015) e relatório final quando do seu encerramento.

Um modelo deste relatório está disponibilizado no site <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/cep/deveresdopesquisador.htm>

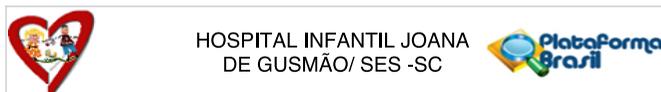
FLORIANOPOLIS, 24 de Novembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Jucélia Maria Guedert**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rui Barbosa, nº 152**Bairro:** Agrônômica**CEP:** 88,025-301**UF:** SC**Município:** FLORIANOPOLIS**Telefone:** (48)3251-9092**Fax:** (48)3251-9092**E-mail:** cephijg@saude.sc.gov.br

## ANEXO D - Aprovação do CEP para as Entrevistas com os Profissionais



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ATENÇÃO A CASAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO: a abordagem ao homem autor de violência

**Pesquisador:** Elza Berger Salema Coelho

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 36493214.1.0000.5361

**Instituição Proponente:**

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.366.948

#### Apresentação do Projeto:

O presente Parecer Consubstanciado trata da solicitação de adendo/emenda ao projeto de pesquisa acima nomeado e previamente aprovado por este CEP.

Devido a uma greve no local da pesquisa e a alterações no financiamento do mesmo, houve atraso no início da coleta de dados e uma diminuição no número de profissionais e conseqüentemente no número de pessoas atendidas. Isso resultará em uma amostra bem menor que a estimada para a pesquisa, e para que não prejudique os dados e respeite a metodologia do estudo de caso, em que a deve ser aprofundados os dados do local selecionado para a pesquisa, solicitamos incluir na amostra os profissionais que atendem os homens autores de violência atendidos pelo serviço.

O objetivo de incluir os profissionais é conhecer mais sobre a forma de organização do serviço, para isso será feita uma entrevista com estes profissionais, que seguem as perguntas utilizadas pela Organização Mundial de Saúde para levantamento de serviços de atenção a autores de violência, conforme Anexo A. Nesta inclusão serão seguidos os mesmos cuidados éticos do restante da coleta, os dados serão confidenciais, acessados apenas pelas pesquisadoras responsáveis, as entrevistas serão armazenadas por 5 anos em local seguro, e após este período

**Endereço:** Rui Barbosa, nº 152

**Bairro:** Agronômica

**CEP:** 88.025-301

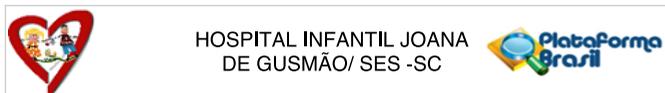
**UF:** SC

**Município:** FLORIANÓPOLIS

**Telefone:** (48)3251-9092

**Fax:** (48)3251-9092

**E-mail:** cep@ijig@saude.sc.gov.br



Continuação do Parecer: 1.366,948

serão incineradas, os profissionais que aceitarem participar não serão identificados e preencherão o TCLE conforme anexo B.

Serão convidados para participar da pesquisa todos os profissionais que trabalham no serviço de atenção, no atendimento aos homens autores de violência conjugal. São no total 10 profissionais, os que aceitarem participar serão informados sobre a pesquisa, assinarão o TCLE e a entrevista será feita em local e hora combinada com o profissional.

**Objetivo da Pesquisa:**

Segundo documento PB\_Informações\_Básicas\_632504\_E1.pdf

**Objetivo Primário:**

Analisar as situações de violência em casais cujo homem participa de programa de atenção a autores de violência.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Há um risco para a saúde emocional dos participantes, pois poderá trazer recordações sobre alguma situação vivenciada anteriormente, porém o participante poderá interromper a pesquisa sempre que achar necessário.

**Benefícios:** Conhecer a realidade dos programas de atenção a homens autores de violência conjugal, o que poderá fornecer informações para melhorar os serviços de atenção a pessoas em situação de violência.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo é relevante do ponto de vista social pelo conhecimento a ser gerado. Não há impedimentos éticos na solicitação em análise.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos adequadamente entregues.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há impedimentos éticos na solicitação em análise.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Rui Barbosa, nº 152  
**Bairro:** Agronômica **CEP:** 88.025-301  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3251-9092 **Fax:** (48)3251-9092 **E-mail:** cephijg@saude.sc.gov.br



HOSPITAL INFANTIL JOANA  
DE GUSMÃO/ SES -SC



Continuação do Parecer: 1.366.948

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_632504_E1.pdf	24/11/2015 22:52:35		Aceito
Outros	adendo.docx	24/11/2015 22:44:47	Elza Berger Salema Coelho	Aceito
Outros	Respostas a_¿s Pende_¿ncias do Projeto.doc	13/10/2014 19:32:16		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto.jpg	22/09/2014 10:09:25		Aceito
Outros	autorizac_¿a_¿o instituic_¿a_¿o.jpg	19/09/2014 15:14:26		Aceito
Outros	Questiona_¿rio Mulher.docx	19/09/2014 15:11:42		Aceito
Outros	Questiona_¿rio Homem.doc	19/09/2014 15:11:10		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	19/09/2014 16:10:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto CEP.doc	19/09/2014 16:07:25		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 14 de Dezembro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Jucélia Maria Guedert**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rui Barbosa, nº 152

**Bairro:** Agronômica

**CEP:** 88.025-301

**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3251-9092

**Fax:** (48)3251-9092

**E-mail:** cephiig@saude.sc.gov.br



## **ANEXO E – Normas para Publicação na Revista de Saúde Pública**

### **Revista de Saúde Pública – Informações aos Autores**

Os manuscritos submetidos à publicação na Revista de Saúde Pública devem ser apresentados de acordo com as Instruções aos Autores.

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscritos de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (ver **Estrutura do Texto**). Em cada uma das partes não se deve dividir o texto em subtítulos, exceto nos casos que requerem maior detalhe, sobretudo em Resultados e Discussão. Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscrito (revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

O texto submetido deve ter páginas e linhas numeradas para fins de revisão.

O uso de siglas deve ser evitado.

Recomendamos que o autor consulte o **checklist** correspondente à categoria do manuscrito submetido.

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos a seguir.

### **Categorias de artigos**

#### **Artigos Originais**

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

## **Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais**

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, à avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos novos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Deve ser detalhada a proposição, a seleção e a confecção dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras. O trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares necessitam ser descritos no texto. A avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto e/ou dimensional deve ser apresentada em detalhe.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e/ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre **adaptação transcultural** de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, faz-se necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem, igualmente, justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente quais e como foram seguidas as etapas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

Obs: O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- **CONSORT** checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- **STARD** checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- **MOOSE** checklist e fluxograma para meta-análise
- **PRISMA** checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- **STROBE** checklist para estudos observacionais em epidemiologia
- **RATS** checklist para estudos qualitativos

#### Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a

descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

**Comunicações Breves** – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

#### Informações complementares

- Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura* e até 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até *100 palavras*.

## **ARTIGOS DE REVISÃO**

**Revisão sistemática e meta-análise** - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de **meta-análise**).

**Revisão narrativa/crítica** - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação

compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

#### Informações complementares:

- Sua extensão é de até 4.000 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.
- Não há limite de referências.

### **COMENTÁRIOS**

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

#### Informações complementares:

- Sua extensão é de até 2.000 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências
- O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.
- As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

**Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.**

### **Identificação do manuscrito**

#### **Título no idioma original do manuscrito e em inglês**

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer um título em português.

**Título resumido**

Deve conter até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

**Descritores**

Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "**Descritores em Ciências da Saúde**" (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no **Medical Subject Headings (MeSH)**. Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos não existentes nos conjuntos citados.

**Número de figuras e tabelas**

A quantidade de figuras e tabelas de cada manuscrito é limitada a cinco em conjunto. Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como *figura* ou *tabela*, e numerados seqüencialmente a partir de um, e não como *quadros*, *gráficos*, etc.

**Co-autores**

Identificar os co-autores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

**Financiamento da pesquisa**

Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

**Apresentação prévia**

Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

**Preparo dos manuscritos****Resumo**

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das **categorias de artigos**.

Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivos do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

### **Estrutura do texto**

*Introdução* – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

*Métodos*– Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

*Resultados* – Devem ser apresentados em uma seqüência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

*Discussão* – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e

provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

## Referências

*Listagem:* As referências devem ser normalizadas de acordo com o estilo **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication**, ordenadas alfabeticamente e numeradas. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Medline, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos abaixo.

### Exemplos:

#### Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005.

Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão. *Cad Saude Coletiva*[Internet]. 2005;21(1):256-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/28.pdf> DOI:10.1590/S0102-311X2005000100028

## Livros

Nunes ED. Sobre a sociologia em saúde. São Paulo; Hucitec;1999.

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13]  
Disponível em: [http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=10149](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149)

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (“Citing Medicine”) da National Library of Medicine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>).

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

**Citação no texto:** A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de **expoente** após a pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes e similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por &. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de et al. em caso de autoria múltipla).

### Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans & Stoddart,<sup>9</sup> que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al<sup>9</sup> (2006), a prevalência se transtornos mentais em

estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.<sup>12,15</sup>

### **Tabelas**

Devem ser apresentadas depois do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 12 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela.

Tabelas que não se enquadram no nosso limite de espaço gráfico podem ser publicadas na versão eletrônica. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras, em sobrescrito e negrito.

Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização para sua reprodução, por escrito.

### **Figuras**

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital que permitam sua impressão, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras em cores são publicadas quando for necessária à clareza da informação. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

### **Submissão Online**

A entrada no sistema é feita pela página inicial do *site* da RSP ([www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a

opção “submissão de artigo”. Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá cadastrar-se. Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção “submissão de artigos” e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção “consulta/ alteração dos artigos submetidos”. Ao todo são 8 situações possíveis:

- **Aguardando documentação:** Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.
- **Em avaliação na pré-análise:** A partir deste “status”, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.
- **Em avaliação com relatores:** O manuscrito está em processo de avaliação por relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam à Editoria.
- **Em avaliação com Editoria:** Os pareceres são analisados e o resultado é encaminhado ao autor responsável. A decisão pode ser: condicionado a alterações, aprovado e reprovado.
- **Condicionado a alterações:** a) O autor recebe a decisão da Editoria, acompanhada dos pareceres dos relatores. Estes podem indicar: alterações mais sucintas ou amplas alterações, condicionando a aprovação do manuscrito à apresentação de uma versão reformulada do manuscrito. O autor, após modificar o manuscrito, o encaminha acompanhado de um documento explicando cada um dos itens solicitados e atendidos, com as justificativas necessárias. b) O editor faz a apreciação da nova versão reformulada, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor ou mesmo encaminhar a nova versão para revisão de outros relatores.
- **Reformulação:** O manuscrito reformulado é encaminhado para nova avaliação da Editoria, acompanhado de documento esclarecendo os itens atendidos e justificando casos de discordâncias.
- **Aprovado:** Aprovado em sua última versão, o manuscrito

é encaminhado para revisão da redação científica para ser publicado. O autor recebe a comunicação da Editoria e envia o documento de transferência de direitos autorais, imprescindível para publicação.

- **Reprovado:** Quando a avaliação final do manuscrito não foi positiva, o autor responsável é comunicado.