

Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde

Violence against women by intimate partners: use of health services

Resumo

Objetivo: Estimar a associação entre violência por parceiro íntimo (VPI) e uso de serviços de atenção primária à saúde em São Paulo. **Métodos:** Estudo transversal com seleção dos serviços por amostragem de conveniência e de mulheres usuárias desses serviços por amostragem do tipo consecutivo. As unidades amostrais finais de 2.674 mulheres de 15 a 49 anos de idade foram categorizadas, segundo a ocorrência e repetição de episódios de qualquer tipo de VPI na vida, como “não”, “sim com alguma repetição” e “sim com muita repetição”. Por meio de regressão logística polinomial, testou-se a associação entre VPI, uso de serviços de saúde e diagnósticos ou queixas das mulheres usuárias (tipo e frequência de registro), ajustadas pelas variáveis sociodemográficas e de saúde sexual e reprodutiva. **Resultados:** Foi observada uma prevalência de 59% de VPI independente de sua repetição. O maior número de consultas mostrou-se associado com VPI repetitiva, após o ajuste dos efeitos de possíveis variáveis de confundimento. Os diagnósticos e/ou queixas de agravos psicoemocionais registrados, mais de uma vez, no último ano, mostraram-se associados com VPI, aumentando sua magnitude com a maior repetição da violência. **Conclusões:** É crucial um maior diagnóstico dos casos de VPI entre mulheres usuárias dos serviços de saúde, bem como a implementação de ações que previnam a violência e de cuidado relativamente às necessidades particulares de saúde dessas mulheres. Tais medidas, se adotadas, produzirão impactos também no padrão de uso dos serviços.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Uso de serviços de saúde. Agravos à saúde. Problemas psicoemocionais. Violência por parceiro íntimo. Repetição de episódios de violência.

Líli Blima Schraiber¹

Cláudia Renata dos Santos Barros^{1,II}

Euclides Ayres de Castilho¹

¹ Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

^{II} Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

A pesquisa em que se baseou este estudo foi financiada pela FAPESP, Linha Políticas Públicas, Processo nº 98/14070-9.

Correspondência: Líli Blima Schraiber. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Av. Dr. Arnaldo, 455 2º andar Cerqueira Cesar – São Paulo, SP CEP 01246-903 E-mail: liliibli@usp.br

Abstract

Objective: To estimate the association between intimate partner violence (IPV) and use of primary healthcare services in São Paulo.

Methods: This is a cross-sectional study based on a convenience sample of healthcare services, and on a consecutive type sample of women users of those healthcare facilities. The final sample of 2,674 women 15 to 49 years was classified according to occurrence and repetition of episodes of any type of lifetime IPV as: “no”, “yes with some repetition” and “yes with a lot of repetition”. Association between IPV, use of health healthcare facilities and diagnoses or health care demands (types and frequency of registration) of women users was tested by polynomial logistic regression analysis, and adjusted for sociodemographic and sexual and reproductive health variables.

Results: An IPV prevalence of 59% regardless of its repetition was observed. The highest number of visits was associated with repetitive IPV, after adjusting for the effects of potential confounders. Even after adjusting for the effects of possible confounders, the diagnostic and / or psycho-emotional complaints of injuries reported more than once in the past year were associated with IPV, increasing its magnitude with the highest repetition of violence.

Conclusions: Better diagnosis of cases of IPV among women users of healthcare services is crucial as is the implementation of actions to prevent violence and to provide health care for the special needs of these women. The adoption of these measures will impact the pattern of use of healthcare services.

Keywords: violence against women, use of health services, damages to health, psycho-emotional problems, intimate partner violence, repeated episodes of violence

Introdução

É expressiva a presença nos serviços de saúde de mulheres que estão ou estiveram em situação de violência em suas relações afetivo-conjugais, sendo seus tipos mais estudados as violências psicológica, física e/ou sexual por seus parceiros íntimos (VPI). Extensa revisão de estudos norte-americanos publicados entre 1993 a 2003 sobre VPI¹ mostra, entre usuárias da atenção primária, prevalências de 20% a 40% de violência física ao menos uma vez na vida, e de 40% a 54% na vida para mais de um tipo de violência. Já para violência no último ano, o mesmo estudo aponta as prevalências 7% a 9% entre suas usuárias para a violência física, e de 13 a 18% para qualquer tipo de violência. Outros estudos reiteram essas altas prevalências entre usuárias dos serviços, mostrando de 20 a 54% de violência física e/ou sexual por parceiro ao menos uma vez na vida, e de 12% a 25% no último ano²⁻⁶. No Brasil, pesquisas com usuárias da atenção primária e serviços de emergência apontam prevalências de VPI do tipo físico entre 38% a 40% na vida e de violência sexual, também na vida, entre 9% a 21%⁷⁻¹⁰. Em termos dos agravos à saúde, Plichta (2004)¹ mostra associações da violência com efeitos imediatos, como as lesões e traumas que levam as mulheres aos serviços de emergência, tanto quanto efeitos indiretos e de longo prazo, como as dores crônicas, problemas gastrintestinais, fibromialgias, doenças sexualmente transmissíveis, infecções urinárias de repetição, problemas com a menstruação e disfunções sexuais, entre outras. Seu estudo chama a atenção para as altas taxas de associação da violência, medidas pela *odds ratio*, com o comprometimento da saúde mental das usuárias. Nos Estados Unidos da América do Norte, pesquisas realizadas ainda na última década do século XX^{11,12} já apontavam para o fato de que as mulheres que vivem em situação de violência fazem uso mais intenso dos serviços de saúde, tanto ambulatoriais como hospitalares, delineando assim uma clientela expressiva e específi-

ca, questão que tem sido mais estudada a partir dos anos 2000. Embora o tema seja pesquisado internacionalmente, não há nenhum estudo brasileiro que caracterize o perfil de consumo, mostrando o número de diferentes consultas ou o número de vezes em que o serviço é usado, por ano, por parte das mulheres em situação de violência. Encontram-se disponíveis poucos estudos das prevalências dessas mulheres entre a clientela de determinados serviços^{7,8,10,13} e até um estudo populacional que aponta apenas para o consumo de consultas por problemas emocionais e internações psiquiátricas¹⁴, mas nenhum outro padrão de uso. Diante desse quadro, o presente trabalho buscou estimar a associação da violência por parceiro íntimo com uso aumentado de serviços de atenção primária em São Paulo, buscando-se qualificar esse uso em termos das demandas por cuidado. Para tal, analisou-se parte de dados de pesquisa realizada em serviços da rede pública da Grande São Paulo (SUS-GSP) cujo objetivo primário foi estimar a prevalência de casos de mulheres em situação de violência, no último ano e na vida, entre usuárias desses serviços¹³.

Material e Método

Estudo transversal com seleção dos serviços por amostragem de conveniência, cujos critérios foram volumes de demanda entre 800 a 1.000 atendimentos/mês; presença de equipe multiprofissional; serviços com funcionamento regular e capazes de serem referências em suas regiões para atendimentos de casos de violência; prontuários médicos com bom acesso e qualidade das anotações; garantia de privacidade nas entrevistas; sensibilidade da “chefia” e das equipes ao problema; e pertencimento a distintas regiões administrativas de saúde. A seleção dos serviços respeitou a distribuição geográfica nas regiões Norte, Sul, Centro, Oeste e Leste do Município de São Paulo, abrangendo ainda os Municípios de Santo André, Diadema e Mogi das Cruzes da Grande São Paulo.

Os sujeitos da pesquisa – mulheres entre 15 a 49 anos a serem entrevistadas por aplicação de questionário face a face – foram selecionados por amostragem do tipo consecutiva, por ordem de chegada à unidade¹³. Essa amostra foi estabelecida de modo independente, para cada um dos 9 sítios de investigação em que foram agrupados 19 serviços de saúde participantes da pesquisa. Seu cálculo e distribuição por sítio encontram-se detalhados em outra publicação¹³, destacando-se que o total de entrevistas aplicadas em cada sítio por períodos do dia (manhã e tarde) e dia da semana foi distribuído de modo proporcional ao volume usual de demandas de cada serviço, a cada dia e período.

Para o presente trabalho, das 3.193 mulheres pesquisadas nos 19 serviços, a amostra foi composta só por aquelas usuárias da atenção primária e com um ano ou mais de tempo de usuária no serviço, o que correspondeu a 2.674 usuárias de 18 serviços. Esse recorte objetivou a investigação do uso do serviço, feito com as informações do questionário e as registradas nos prontuários médicos das entrevistadas.

As variáveis independentes relativas às características sociodemográficas foram: idade, em anos; estado marital; anos de estudo; cor da pele; religião.

As variáveis que medem aspectos da saúde sexual e reprodutiva foram: número de gestações e idade da primeira relação sexual.

Em relação ao uso dos serviços, foram coletadas informações sobre o número de consultas feitas no último ano e sobre quais os diagnósticos e/ou queixas das usuárias anotados a cada consulta e suas repetições ao longo do último ano, o que permitiu estimar as demandas por cuidado, feitas pelas mulheres, quanto aos seus tipos e ao número de vezes com que foram registrados nos prontuários. No que tange às consultas, estipulou-se o corte em 5 consultas. Esse critério seguiu aquele usualmente adotado na maior parte dos estudos disponíveis na literatura^{1,15-17}, os quais em geral delimitam tal uso de serviço com base na procura es-

pontânea pela mulher. Procedendo também dessa forma, do uso do serviço analisado no presente trabalho foram excluídas as situações em que a frequência de uso é provocada pelo serviço, tais como os diversos tipos de retornos programados com base na modalidade de cuidado ofertado, neste caso os retornos ligados à assistência em saúde mental e à assistência durante o pré-natal. Quanto aos diagnósticos/queixas levantados, eles foram agrupados pelos tipos: psicoemocional, ginecológico, problemas gastrintestinais, dor no corpo (exceto a dor pélvica e a gastrintestinal) e realização de exames sorológicos para detectar infecção pelo HIV e para outras infecções sexualmente transmissíveis. Essas variáveis foram categorizadas quanto à frequência de seus registros nos prontuários, considerando-se nenhum, um e mais de um registro.

A variável dependente foi “ter experimentado qualquer tipo de violência por parceiro íntimo”, considerando a frequência com que ocorreram os episódios, com base nas perguntas se os episódios ocorreram uma, poucas ou muitas vezes, agrupando-se uma e poucas vezes na categoria “alguma repetição”. Foi considerada a violência experimentada ao menos uma vez na vida e não somente a do último ano, com base em estudos que mostram que experimentar violência tem impactos de longo prazo na saúde, podendo acarretar maior uso dos serviços ou a presença de agravos mesmo após terem cessados os episódios^{18,19}.

As situações de violência experimentadas foram indagadas por atos bem discriminados e como perguntas relativas a cada um dos tipos de violência examinado: psicológico, físico e sexual, como detalhado em outras publicações do instrumento utilizado^{9,13,20} e validado para diferentes contextos brasileiros. Cada tipo de violência compreendeu diversos itens relativos aos atos de agressão, tendo a psicológica 4 itens, a física 6 itens e a sexual 3 itens.

A coleta de dados por aplicação dos questionários foi realizada por profissionais treinados em abordagens de temas “sensíveis”. A leitura dos prontuários médicos foi

realizada por profissionais familiarizados com os serviços pesquisados e seus registros, com treinamento específico na ficha padronizada de leitura, elaborada para esse fim, e sob monitoramento por supervisão especializada. Maior detalhamento dos instrumentos e trabalho de campo encontra-se em Schraiber et al. (2007)¹³, incluindo as perguntas sobre cada tipo de violência: psicológica, física e sexual.

Em termos da ética em pesquisa, houve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital das Clínicas da FMUSP, em 12/05/2000. Recorreu-se ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além de outras medidas éticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde para temas sensíveis como a violência^{9,20}.

Análise dos dados

A análise descritiva é apresentada por meio das frequências absolutas e relativas. A estatística-teste de X^2 de Pearson e o teste exato de Fisher foram usados para análise de associação entre duas variáveis, a um nível de significância de 0,5%.

No modelo multivariado para teste de associação conjunta das variáveis relativas ao uso de serviço e VPI, foi conduzida uma análise de regressão logística polinomial, usando-se o pacote estatístico Stata 10.0. A variável de referência foi não ter experimentado nenhuma VPI na vida. As variáveis independentes que apresentaram $p < 0,20$ na análise univariada (qui-quadrado) foram selecionadas para o modelo múltiplo para obtenção da *Odds Ratio*. O modelo de análise utilizado testou a associação da VPI com o uso de serviço, incluindo outras variáveis preditoras (independentes) para efeito de ajuste, mas sem se debruçar detalhadamente em suas associações específicas. A opção por este tipo de modelagem, a que nomeamos de “tipo confirmatório”, deve-se ao fato de se tentar destacar (confirmar) a relevância da violência como fator de impacto na frequência do uso de serviços de saúde e na repetição de queixas ou diagnósticos

registrados, enfatizando-se a permanência dessa associação.

Resultados

As mulheres analisadas têm, em sua maioria, entre 19 e 28 anos idade, são casadas ou vivem em “união livre”, têm 9 a 11 anos de estudo, cor de pele não-negra e pertencem à religião católica. A maioria delas experimentou algum tipo de VPI na vida, sendo a maior parte com pouca repetição dos episódios (Tabela 1).

Ainda na Tabela 1 observa-se que a maior parte das mulheres teve de 1 a 3 gestações e iniciou a vida sexual após os 15 anos. Quanto ao número de consultas, a maioria fez menos de 5 consultas no último ano. Nos diagnósticos e queixas registradas em prontuário, foi observada relevante prevalência de registros anotados mais de uma vez de agravos como os psicoemocionais, ginecológicos, gastrintestinais e dores no corpo, indicando serem estes os tipos de diagnósticos ou queixas anotados, e que o são muitas vezes.

As variáveis referentes ao uso de serviços incluídas no modelo polinomial foram: o número de consultas, agravos psicoemocionais e dores no corpo. O modelo final foi ajustado por todas as variáveis sociodemográficas, de saúde sexual e reprodutiva.

O número de mais de 5 consultas no último ano mostrou-se associado a VPI de muita repetição, após o ajuste das demais variáveis. Os diagnósticos e/ou queixas psicoemocionais, registrados mais de uma vez no último ano, mostraram-se associados a VPI independente da repetição de seus episódios. Ainda, observa-se um aumento crescente das magnitudes das associações à VPI de muita repetição. No entanto, mesmo quando as mulheres foram diagnosticadas com esses agravos em apenas uma vez no último ano essa ocorrência está associada à VPI de muita repetição (Tabela 2).

As dores no corpo não se mostraram associadas à VPI de alguma repetição em nenhuma etapa da análise. VPI de muita repetição que se mostrou associada na aná-

lise univariada, após o ajuste para as demais variáveis independentes no modelo multivariado, perdeu a associação (Tabela 2).

Discussão

O presente estudo reitera aqueles outros mencionados não apenas ao apontar para o uso maior de serviços de saúde por parte das mulheres que experimentam ou já experimentaram violência por seus parceiros íntimos, mas também por confirmar que esse maior uso relaciona-se à gravidade maior da situação de violência, bem como à sua reiteração, em nosso caso avaliada pela alta repetição dos episódios. Pode-se afirmar, assim, com base nos resultados encontrados, que as mulheres que convivem com VPI repetitiva apresentam maior frequência de uso de serviços de saúde e de agravos à sua saúde, em especial problemas de saúde mental, este dado corroborando outro estudo brasileiro¹⁴. Assim, Fanslow e Robinson (2004)²¹, em estudo de base populacional, mostram que mulheres de 15 a 49 anos que relataram VPI apresentaram uma razão de *Odds* duas vezes maior de ida a serviço de saúde nas últimas 4 semanas prévias à investigação do que aquelas que não relataram episódios de violência. Já Kernic, Wolf e Holt (2000)²², em estudo caso-controle, realizado com mulheres de 18 a 44 anos, mostraram que há, entre as mulheres-casos (as que haviam solicitado ordem judicial de proteção contra seus parceiros íntimos no ano anterior à pesquisa), em comparação com as do grupo controle, um risco relativo de 2,1 para a internação por qualquer diagnóstico, e riscos relativos aumentados para tentativa de suicídio (3,7), diagnósticos psiquiátricos (3,6), lesões e envenenamentos (1,8) e agravos do sistema digestivos (1,9).

Outra questão a se apontar está no fato de que, embora no presente trabalho não se tenha examinado o impacto em custos financeiros desse maior uso dos serviços, este impacto é relevante, sobretudo para a atenção primária. Coker et al. (2004)²³ apontam um risco 3 vezes maior entre

Tabela 1 - Frequência das características sociodemográficas, ocorrência e repetição de violência na vida por parceiro íntimo, quantidade de consultas no último ano, e tipos e frequência de registros de queixas ou diagnósticos das mulheres atendidas nos serviços de saúde da cidade de São Paulo. 2005.

Table 1 - Frequency of sociodemographic characteristics, occurrence and repetition of lifetime intimate partner violence, amount of consultations in the last year and type and frequency of registration of diagnoses or health demands of registration of women attending health services in São Paulo. 2005.

Variáveis	N	%
Sociodemográficas		
<i>Idade (anos)</i>		
15 a 18	244	9,1
19 a 28	1040	38,9
29 a 38	769	28,8
39 a 49	621	23,2
<i>Estado Marital</i>		
Casada/união livre	1803	67,4
Tem parceiro(a)/não vive junto	371	13,9
Tem parceiro(a)/sem relação sexual	41	1,5
Não tem parceiro(a)	459	17,2
<i>Anos de estudo</i>		
Nenhum	66	2,5
1 a 8	801	30,0
9 a 11	1300	48,7
>12	507	19,0
<i>Cor de pele</i>		
Negra	1015	38,0
Não negra	1659	62,0
<i>Religião</i>		
Católica	1597	59,7
Não católica	1077	40,3
Saúde Sexual e reprodutiva		
<i>Número de gestações</i>		
Nenhuma	459	17,2
1 a 3	1615	60,4
4 ou mais	600	22,4
<i>Idade da primeira relação sexual(anos)</i>		
Não sabe	97	3,63
≤ 15	685	25,6
> 15	1892	70,8
Ocorrência e repetição de violência na vida por parceiro íntimo(n=2575)		
Não	1065	41,4
Sim com alguma repetição	1007	39,1
Sim com muita repetição	503	19,5
Número de consultas no último ano, exceto pré-natal e saúde mental (n=1885)		
< 5	1468	78,0
≥ 5	417	22,1

Tabela 1 - Continuação**Table 1** - Continuation

Variáveis	N	%
Diagnósticos e queixas no último ano por tipo e frequência de registro		
<i>Psico-emocional</i>		
Nenhum	1993	74,5
Uma vez	345	12,9
Mais de uma vez	336	12,6
<i>Ginecológico</i>		
Nenhum	1239	46,3
Uma vez	859	32,1
Mais de uma vez	576	21,5
<i>Gastrintestinais</i>		
Nenhum	1937	72,4
Uma vez	367	13,7
Mais de uma vez	370	13,8
<i>Dores no corpo</i>		
Nenhum	1752	65,5
Uma vez	466	17,4
Mais de uma vez	456	17,1
<i>Teste anti-HIV e/ou outras DSTs</i>		
Nenhum	2414	90,3
1 a 2 vezes	11	0,4
Mais de 2 vezes	249	9,3

Tabela 2 - Odds ratios brutas e ajustadas das mulheres que experimentaram VPI segundo número de consultas e diagnósticos e/ou queixas (por tipo e frequência de registro) no último ano.**Table 2.** Crude and adjusted odds ratio of women that experienced IPV by number of visits and diagnoses and/or health demands (by type and frequency of registration) in the last year

Variáveis	violência com alguma repetição					violência com muito repetição				
	%	OR bruta	IC (95%)	OR ajustada	IC(95%)	%	OR bruta	IC (95%)	OR ajustada	IC(95%)
Consultas no último ano										
< 5 consultas	79,3	1,00		1,00		70,7	1,00		1,00	
≥ 5 consultas	20,7	1,03	(0,77;1,29)	1,06	(0,81;1,38)	29,3	1,58	(1,18;2,11)	1,54	(1,13;2,11)
Diagnósticos ou queixas										
<i>Psico-emocional</i>										
Nenhuma vez	73,5	1,00		1,00		68,8	1,00		1,00	
Uma vez	12,3	1,09	(0,83;1,43)	1,09	(0,83;1,44)	16,7	1,58	(1,17;2,15)	1,40	(1,01;1,94)
Mais que uma vez	14,2	1,50	(1,14;1,96)	1,49	(1,13;1,97)	14,5	1,63	(1,18;2,26)	1,48	(1,05;2,08)
<i>Dores no corpo</i>										
Nenhuma vez	65,5	1,00		1,00		58,8	1,00		1,00	
Uma vez	17,2	1,14	(0,91;1,45)	1,12	(0,88;1,43)	20,5	1,52	(1,15;2,01)	1,28	(0,94;1,72)
Mais que uma vez	17,3	1,20	(0,94;1,53)	1,17	(0,92;1,50)	20,7	1,60	(1,21;2,12)	1,33	(0,98;1,80)

Nota: Os modelos foram ajustados pelas seguintes variáveis: sociodemográficas; de saúde sexual e reprodutiva.

Note: The models were adjusted by the following variables: sociodemographic; sexual and reproductive health.

mulheres com VPI do tipo físico no último ano, comparativamente àquelas sem VPI, de despesas acima das médias usuais, quer para consultas com médicos, medicamentos, gastos hospitalares e gastos totais com saúde. Ulrich et al. (2003)²⁴, em estudo, com mulheres de 18 anos ou mais, mostraram que, para as mulheres que sofrem violência doméstica, após ajuste para co-morbidades de doenças crônicas, havia um aumento entre 1,6 a 2,3 vezes nos custos da assistência. Ademais, este último estudo mostra um uso muito maior da atenção primária relativamente a outros serviços, o que é corroborado por Loxton et al. (2004)⁶, em estudo populacional nacional com 14.100 mulheres entre 45-50 anos.

No mesmo sentido, Rivara et al. (2007)¹⁹, em estudo longitudinal de coorte com mulheres de 18 a 64 anos, comparando aquelas com (n = 1.546) e sem história de VPI (n = 1.787), concluíram que as visitas a serviços primários, especializados ou de farmácia, foram em número entre 14 a 21% maior para as mulheres com VPI, e para estas o número de visitas à atenção primária foi maior do que para serviços especializados. As frequências foram maiores durante o período da VPI e decresceram após a cessação da violência. Contudo, mesmo 5 anos após ter cessado a VPI, as mulheres com história pregressa apresentaram significativamente taxas maiores para todos os tipos de serviços estudados (saúde mental, serviços para controle de uso de álcool/drogas, ambulatórios hospitalares e serviço de emergência), exceto para as internações.

Esses dados, assim como nossos resultados, apontam para o quanto os serviços de atenção primária são importantes para as mulheres que sofrem de VPI e o quanto um aprimoramento de sua atenção seria relevante para a saúde dessas mulheres. Esse aspecto é crucial para a melhor qualidade da assistência e o reconhecimento dos direitos das mulheres, sem falar da melhoria na economia da prestação de serviços que

o sistema de saúde como um todo pode ter.

Por outro lado, embora alguns autores apontem a associação entre VPI e agravos como dor crônica^{1,25}, neste trabalho essa associação, observada na análise univariada, não se manteve na análise multivariada. Esse resultado pode ser atribuído ao tamanho de amostra utilizado, podendo indicar já uma das limitações do presente estudo. Outra limitação é ser do tipo transversal, impedindo que se faça uma análise da VPI em relação ao tempo, impossibilitando a estimação de impactos da violência de modo mais preciso.

Mesmo assim, ao ser o primeiro estudo brasileiro da relação entre a VPI e a frequência de consumo dos serviços de saúde do tipo atenção primária, além da modalidade de consulta buscada, nossos achados já apontam a associação entre a ocorrência de VPI e a alta frequência de procura dos serviços, tal qual mostram os estudos internacionais apontados. Também se verifica a associação da VPI com determinados agravos para a saúde das mulheres que sofrem a violência, confirmando a importância de seu impacto em termos de saúde mental. As associações observadas mostram importantes questões da qualidade de vida das mulheres que experimentam VPI e que devem ser enfrentadas, bem como o descompasso dos serviços em sua atenção, uma vez que poucos reconhecem esses casos^{13,26,27}.

Conclusão

Tal resultado, portanto, já permite concluir pela necessidade de maior diagnóstico desses casos entre usuárias de serviços de saúde. Ademais, indicam a necessidade de implantação de ações que não apenas cuidem das particularidades nos agravos à saúde das mulheres com VPI, mas principalmente que previnam e controlem a violência, com o que ocorrerão impactos também no padrão de uso dos próprios serviços.

Referências

1. Plichta SB. Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *J Interperson violence* 2004; 19(11): 1296-323.
2. Eisenstat SA, Bancroft L. Domestic violence. *New England Journal Medicine* 1999; 341(12): 886-9.
3. Maiuro RD, Vitalino PP, Sugg NK, Thompson DC, Rivara FP, Thompson RS. Development of a health care provider survey for domestic violence: psychometric properties. *Am J Prev Med* 2000; 19(4): 245-52.
4. Naumann P, Langford D, Torres S, Campbell J, Glass N. Women battering in primary care practice. *Fam Pract* 1999; 16(4): 343-52.
5. Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Primary Care. *BMJ* 2002; 324(7332): 274.
6. Loxton D, Schofield M, Rafat H. History of domestic violence and health service use among mid-aged Australian women. *Aust N Z J Public Health* 2004; 28(4): 383-88.
7. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(5): 695-701.
8. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(Supl 2): 263-72.
9. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Jr I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em duas regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(5): 797-807.
10. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(4): 604-10.
11. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med* 1995; 123(10): 737-46.
12. Koss M, Koss PK e Woodnuff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Arch Intern Med* 2000; 151(1991): 342-7.
13. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand J et al. Violência contra a mulher entre usuárias de serviços básicos de saúde da rede pública da grande São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(3): 359-67.
14. Palazzo LS, Kelling A, Béria JU, Figueiredo ACL, Gigante LP, Raymann B et al. Violência Física e fatores associados: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(4): 622-29.
15. Andersson S-O, Mattsson B, Lynoe N. Patients frequently consulting general practitioners at a primary health care centre in Sweden – a comparative study. *Scand J Soc Med* 1995; 4: 251-7.
16. Byrne M, Murphy AW, Plunkett PA, Murray A, Bury G. Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile and psychosocial characteristics. *Ann Emerg Med* 2003; 41: 309-18.
17. Malone RE. Heavy Users of emergency services: social construction of a policy problem. *Soc Sci Med* 1995; 40(4): 469-77.
18. Ellsberg M., C., T., Herrera, A., Winkvist, A., & Kullgren, G.. Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women: results from a population based study. *Am Psychol* 1999; 54(1): 30-6.
19. Rivara FP, Anderson ML, Fishman P, Bonomi AE, Reid RJ, Carrel D, Thompson RS. Healthcare Utilization and Cost for Women with History of Intimate Partner Violence. *Am J Prev Med* 2007; 32(2): 89-96.
20. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH, (on behalf of the WHO Multi-country Study Team) et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 368: 1260-9.
21. Fanslow J, Robinson E. Violence against women in New Zealand: prevalence and health consequences. *J N Z Med Assoc* 2004; 117(1206): 1-12.
22. Kernic MA, Wolf ME, Holt VL. Rates and Relative Risk of Hospital Admission among women in Violent Intimate Partner Relationships. *Am J PH* 2000; 90(9): 1416-20.
23. Coker AL, Reeder CE, Fadden MK, Smith PH. Physical Partner Violence and Medicaid Utilization and Expenditures. *Public Health Reports Association of Schools of Public Health* 2004; 119: 557-67.
24. Ulrich YC, Cain KC, Sugg NK, Rivara FP, Rubanowice DM, Thompson RS. Medical Care Utilization Patterns in Women with diagnosed domestic violence. *Am J Prev Med* 2003; 24(1): 9-15.
25. Holtz, AH. Domestic Violence: the new standard of care. *NJ Med* 1996; 93(8): 33-6.
26. Sugg NK, Innui T. Primary care physician's response to domestic violence. Opening Pandora's Box. *JAMA* 1992; 267(23): 3157-60.
27. Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro R, Rivara FP. Domestic violence and primary care. Attitudes, practices and beliefs. *Arch Fam Med* 1999; 8(4): 301-6.

Recebido em: 28/01/10

Versão final reapresentada em: 03/03/10

Aprovado em: 19/04/10