

STEFANIE FRANK

**A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER POR PARCEIRO ÍNTIMO EM ARTIGOS
CIENTÍFICOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DO PERÍODO 2003-2007**

FLORIANÓPOLIS

2009

STEFANIE FRANK

**A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER POR PARCEIRO ÍNTIMO EM ARTIGOS
CIENTÍFICOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DO PERÍODO 2003-2007**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Elza Berger Salema Coelho

Co-orientador: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

FLORIANÓPOLIS

2009

Para as mulheres da minha família.
E para todas as mulheres que lutam pela
igualdade de gênero.

FRANK, Stefanie. **A violência contra a mulher por parceiro íntimo em artigos científicos. Uma revisão sistemática do período 2003-2007.** 2009. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

RESUMO

A partir de uma revisão sistemática para identificar aspectos metodológicos, características bibliométricas e as abordagens da violência contra a mulher em artigos sobre o tema, publicados entre 2003 e 2007 e disponíveis nas bases de dados PsycInfo, Pubmed, Scielo e Lilacs, foram selecionados 171 artigos que abordaram a violência contra a mulher por parceiro íntimo. Observou-se que estes artigos foram publicados, em sua maioria, no idioma inglês (84,2%), em revistas das ciências médicas (49,1%) e com enfoque metodológico quantitativo (86,5%). Foi identificada uma diversidade significativa de países onde os estudos foram realizados, com destaque para a América do Norte (43,9%). Dentre os sujeitos, foram mais pesquisadas mulheres entre 20 e 39 anos, casadas (72,5%) e cujo agressor constituía o parceiro íntimo atual (97,1%). Os sujeitos foram abordados principalmente em amostras por domicílios (30,4%) e em serviços de saúde (29,8%). Em relação à abordagem da violência, houve prevalência da associação dos diferentes tipos, que foram descritos predominantemente por atos e/ou comportamentos de abuso/agressão. Destacou-se a violência física. Foi observada a invisibilidade das formas subjetivas da violência, apesar de ocorrerem sobrepostas aos outros tipos e serem consideradas fatores de risco às agressões físicas. Os resultados sugerem que futuras pesquisas associem diferentes enfoques metodológicos e detalhem as especificidades dos sujeitos, assim como investiguem os abusos emocionais e o controle, e sua relação com a dinâmica de violência.

Palavras-chave: violência contra a mulher, violência por parceiro íntimo, violência conjugal, metodologia, revisão sistemática.

FRANK, Stefanie. **Intimate partner violence against women in scientific articles. A systematic review of the period 2003-2007.** 2009. 100 p. Dissertation (Master in Public Health) – Post-graduation Program in Public Health, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

ABSTRACT

This systematic review aimed to identify the methodological aspects, bibliometric features and approaches to violence against women, of papers about violence against women, published between 2003 and 2007 and available in the databases PsycInfo, Pubmed, Lilacs and Scielo. 171 articles addressing intimate partner violence against women were selected. These papers were published, mostly, in English (84.2%), in medical sciences journals (49.1%) and with quantitative methodological approach (86.5%). The studies were conducted in a significant diversity of countries, led by North America (43.9%). The studied subjects were women in the age between 20 and 39 years, married (72.5%) and the main aggressor was the current intimate partner (97.1%). The subjects were assessed primarily in households samples (30.4%) and medical care services (29.8%). Regarding the approach about violence, there was prevalence of the association of different types, which were described predominantly by acts and/or behaviors of abuse/aggression, with emphasis on physical violence. The invisibility of the subjective forms of violence was noted, although they overlap with other types and are considered risk factors for physical attacks. The results suggest that future studies should involve different methodological approaches and specific details of the subjects, and should investigate the abuse and emotional control and its relationship with the violence dynamics.

Key words: violence against women, intimate partner violence, spouse abuse, methodology, systematic review.

APRESENTAÇÃO

A dissertação intitulada “A violência contra a mulher por parceiro íntimo em artigos científicos. Uma revisão sistemática do período 2003-2007” insere-se na linha de pesquisa em Saúde da Mulher e Políticas Públicas, da área de concentração em Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, e está estruturada em três partes.

A Parte I contém a introdução e a contextualização que justificam a escolha do tema, a revisão de literatura sobre conceitos de violência contra a mulher e sua contextualização, a Lei Maria da Penha e a atuação da Organização Mundial da Saúde nessa temática. Finaliza com uma revisão de literatura, que contribuiu para a construção dos objetivos e elaboração da metodologia de pesquisa.

Os resultados da pesquisa e a sua discussão estão apresentados na Parte II, em formato de artigo científico, conforme o regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Foram produzidos dois manuscritos, sendo o primeiro intitulado “Violência contra a mulher por parceiro íntimo: uma revisão sistemática do período 2003-2007”, submetido ao periódico *Revista Panamericana de Salud Publica*. O segundo, denominado “Violência contra a mulher por parceiro íntimo: como vem sendo abordada? Uma revisão sistemática do período 2003-2007”, será submetido à revista científica *Violence against women*, após tradução para o idioma inglês.

A Parte III está constituída pelo apêndice 1, que contém o glossário utilizado para a tradução de termos constantes dos artigos científicos analisados; o apêndice 2, com a relação das referências dos artigos analisados no presente estudo; e os anexos 1 e 2, que apresentam as normas dos periódicos escolhidos para a submissão dos manuscritos.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS	viii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	ix
PARTE I – CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	1
1. Introdução	2
2. Fundamentação Teórica	4
2.1 A violência contra a mulher e seu contexto	4
2.2 A Lei Maria da Penha	5
2.3 A violência contra a mulher em números.....	6
2.4 A violência contra a mulher e a saúde pública.....	7
2.5 A Organização Mundial da Saúde e a violência contra a mulher.....	7
3. Objetivos	10
3.1 Objetivo geral.....	10
3.2 Objetivos específicos	10
4. Metodologia	11
4.2 Análise dos dados.....	12
4.2.1 Categorias bibliométricas.....	12
4.2.2 Categorias sobre violência contra a mulher	13
5. Referências.....	14
PARTE II – ARTIGOS CIENTÍFICOS.....	17
Violência contra a mulher por parceiro íntimo: uma revisão sistemática do período 2003-2007	18
Violência contra a mulher por parceiro íntimo: como vem sendo abordada? Revisão sistemática do período 2003-2007	28
PARTE III – APÊNDICES E ANEXOS	41
Apêndice 1 – Glossário Inglês/Espanhol/Português	42
Apêndice 2 – Referências dos artigos selecionados para análise	44
Anexo 1 – Normas de submissão de manuscrito da Revista Panamericana de Salud Pública.....	55
Anexo 2 – Normas de submissão de manuscrito da revista Violence Against Women.....	64

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Definições operacionais para violência segundo Garcia-Moreno et al. (2005)	18
Figura 1: Esquema metodológico da revisão sistemática sobre violência contra a mulher e seleção de artigos para análise	21

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
DST's – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA – Estados Unidos da América
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
SCAD – Serviço de cópia de documentos da BVS

PARTE I – CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

1. Introdução

A violência constitui um dos temas mais debatidos atualmente, devido aos seus profundos impactos sociais (Nilo, 2004). Para a OMS, a violência constitui 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).

A institucionalização da desigualdade socioeconômica é considerada por Nilo (2004) a causa da violência, que faz parecer natural a distinção entre homens que possuem algo e os que não possuem. Corroborando com isso a afirmação de Sanmartín (2004), que coloca a situação econômica e as desigualdades sociais como os dois fatores sociais mais importantes da violência. Isto pode ser verificado nos índices de morte violenta, que nos países pobres representam mais que o dobro dos índices dos países ricos (Waters *et al.*, 2004).

A violência pode ser classificada em três tipologias: a) violências auto-inflingidas; b) violências interpessoais, que incluem a violência intrafamiliar entre conhecidos ou estranhos sem a intenção de furto e, c) violências coletivas, que permeiam o âmbito macrossocial, político e econômico, por dominação de determinados grupos ou pelo Estado (Waters *et al.*, 2004; Minayo, 2006). Alguns autores acrescentam um quarto tipo, a violência institucional, exercida pelos serviços públicos ou referentes a processos sociais e econômicos que por meio de ação ou omissão reproduzem e cristalizam as desigualdades sociais (Minayo, 2006; Rosa, 2006).

A violência pode ocorrer de diversas formas, entre as quais aquela praticada contra a mulher, no seu ambiente familiar, doméstico ou de intimidade (Cunha e Pinto, 2007). A forma mais comum de violência contra a mulher é aquela cometida pelo parceiro íntimo, a qual se refere a qualquer ato ou comportamento dentro de uma relação íntima que causa dano físico, psíquico ou sexual aos membros da relação (Krug *et al.*, 2002). Inclui as agressões físicas, o maltrato psíquico, as relações sexuais forçadas e outras formas de coação sexual, e diversos comportamentos dominantes (Krug *et al.*, 2002; Garcia-Moreno *et al.*, 2005).

A OMS, em pesquisa internacional em 10 países, revelou elevadas prevalências de violência física (12,9 a 61,0%), sexual (6,2 a 58,6%) e psicológica (19,6 a 75,1%) perpetradas por parceiros íntimos contra as mulheres (Garcia-Moreno *et al.*, 2006). Na América Latina e no Caribe, aproximadamente uma entre três mulheres foi vítima de violência sexual, física ou psicológica durante sua vida (Pan American Health Organization, 2007).

No Brasil, a violência física e/ou sexual durante a vida assumiu os índices de 28,9 e 36,9%, nos contextos urbano e rural, respectivamente (d'Oliveira *et al.*, 2009). Estima-se que em 2001, 23% das mulheres estiveram sujeitas à violência doméstica e que 2,1 milhões de mulheres sofreram violência física grave no país, ou seja, ocorrem no Brasil 4 espancamentos a cada 15 segundos (Narvaz e Koller, 2006).

Estatísticas indicam que apenas 10 a 30% dos casos de violência contra a mulher são denunciados. Esses dados revelam o caráter privado deste tipo de violência e uma relativa tolerância social, que têm contribuído para inibir a visibilidade do problema em suas justas proporções (Sanmartín, 2004).

A violência contra a mulher, além de ser uma violação aos direitos humanos, corresponde a um problema de saúde pública em função do impacto que gera na qualidade de vida, pelas implicações na saúde das vítimas e pelas demandas dos serviços de saúde (Krug *et al.*, 2002; Brasil, 2004; Minayo, 2004). As mulheres em situação de violência também apresentam perda de produtividade e maior uso dos serviços sociais, além de índices mais elevados de desemprego e trocas frequentes de emprego, fatores possivelmente influenciados pelo abalo psicológico e físico que sofrem (The World Bank, 2003).

A produção científica sobre violência acompanha o novo perfil de problemas de saúde no mundo e no Brasil, que associa as morbidades crônico-degenerativas com as violências e os acidentes (Minayo, 2006). Especificamente sobre a violência contra a mulher, a produção científica tem seu início com os movimentos feministas na década de 1970, contudo, é mais expressiva no final dos anos 1990 (Johnson e Ferraro, 2000; Penna *et al.*, 2004; Schraiber *et al.*, 2006).

As pesquisas sobre violência contra a mulher fornecem informações sobre a magnitude do problema, constituindo a chave para o desenvolvimento de programas para a sua eliminação (Kilpatrick, 2004; Ruiz-Perez *et al.*, 2007). No entanto, vários são os fatores que dificultam a qualidade e a comparabilidade dos dados referentes à violência contra a mulher, entre eles a variação dos critérios para seleção dos participantes, os resultados de diferentes fontes de dados e a difícil aceitação dos participantes em falar abertamente e honestamente sobre violência (Krug *et al.*, 2002; Castro e Riquer, 2003; Ruiz-Perez *et al.*, 2007). Também existem incertezas quanto à validade metodológica dos estudos sobre violência por parceiro íntimo e pouco se conhece sobre as características bibliométricas desses estudos, dificultando a descrição e análise sistematizada da produção científica na área.

Desta forma, destaca-se a necessidade de aprofundamento na discussão científica do tema, pois, mesmo que a dimensão estatística da violência contra a mulher seja representativa, sua visibilidade ainda deixa a desejar. Por isso, propõe-se investigar a produção científica sobre a violência contra a mulher, na forma de artigos, para responder a seguinte pergunta: *quais abordagens sobre violência contra a mulher são evidenciadas em artigos científicos?*

2. Fundamentação Teórica

2.1 A violência contra a mulher e seu contexto

Nos últimos anos a violência contra a mulher alcançou cifras alarmantes, devido provavelmente à maior divulgação do problema. Por mais estranho que possa parecer, o lar – em princípio, espaço de carinho, companhia mútua e satisfação das necessidades básicas do ser humano – pode converter-se num lugar de riscos de condutas violentas (Sanmartín, 2004). Às relações de poder e à diferenciação cultural atribuída a cada sexo e suas peculiaridades biológicas refere-se a questão de gênero (Minayo, 2006). A violência contra a mulher é um indicador de discriminação de gênero contra a mulher e encontra justificativa nas normas sociais de gênero, que se diferenciam em cada grupo social (Brasil, 2004).

A violência contra a mulher configura um fenômeno crônico que se fará visível num longo tempo após o seu início (Sanmartín, 2004). Em muitos países com culturas tradicionais, a violência contra a mulher é vista de forma natural como punição, pelo fato de a mulher não ser a esposa, mãe ou dona-de-casa conforme as expectativas socialmente impostas. No Egito, punir a mulher é uma causa justa e, no Paquistão, a violência é justificada social e religiosamente com o fim de desencorajar futuras transgressões, sendo o agressor considerado dono ou chefe da mulher. Nessas culturas, muitas mulheres optam por permanecer na relação de violência para não ter de enfrentar o estigma de ser separada ou divorciada (Krug *et al.*, 2002).

No Brasil, uma pesquisa realizada pela OMS sobre o consentimento das mulheres para as justificativas da violência contra si, concluiu que 5% das mulheres concordam com a violência caso a mulher não cuide corretamente da casa, 10% quando desobedecem ao marido e 30% quando é infiel (Garcia-Moreno *et al.*, 2005).

Há um consenso de que a violência contra a mulher é consequência da relação de fatores pessoais, situacionais, sociais e culturais. Dentre os fatores individuais, observou-se que os homens jovens, vindos de uma infância permeada de delinquência e de baixo nível sócio-econômico, são os que mais cometem violência física. Um fator importante é a história familiar de violência, pois boa parte dos homens agressores sofreram violência quando criança e/ou assistiram a mãe ser espancada (Krug *et al.*, 2002).

Os homens agressores podem ser enquadrados num perfil de consumo de álcool e drogas, ciúmes patológicos, transtornos de personalidade, falta de controle sobre a raiva, dificuldade de expressar sentimentos, distorções cognitivas sobre o papel da mulher e sobre o relacionamento, déficit de habilidades para a comunicação e para a resolução de problemas e baixa auto-estima. Para Sanmartín (2004), estes antecedentes imediatos da vida adulta são mais significativos que os antecedentes remotos da infância.

Num estudo envolvendo 30 casais com queixas de agressão numa delegacia do Estado de Santa Catarina, Brasil, concluiu-se que a escolaridade não influencia o perfil da mulher e do homem em situação de violência, mas sim o estado empregatício. Segundo a pesquisadora, as mulheres que trabalham fora são mais autônomas e estão menos vulneráveis à violência doméstica (Deeke, 2007).

A dinâmica da violência contra a mulher envolve diversas peculiaridades. Krug *et al.* (2002) apontam duas formas de violência: a) a severa, que engloba múltiplas formas de abuso, terror e ameaças, comportamento possessivo e controlador do agressor e b) a moderada, com frustrações contínuas e raiva que desencadeiam a violência física, e que também é denominada “violência doméstica comum”.

Estudos retratam que as manifestações de violência física e sexual geralmente vem acompanhadas de abusos psicológicos e formas de controle (Garcia-Moreno *et al.*, 2005; Krantz e Garcia-Moreno, 2005). No Japão, em 613 mulheres vítimas de algum tipo de agressão, 57% referiram os três tipos de violência e menos de 10% relataram apenas violência psicológica. Em Monterrey, México, 52% das mulheres vítimas de violência psicológica também haviam sofrido abusos sexuais pelos parceiros (Krug *et al.*, 2002).

A forma mais comum de violência contra a mulher é aquela cometida pelo parceiro íntimo (namorado, companheiro, marido, ex-marido, ex-namorado). O fato de, em muitos casos, a mulher

estar envolvida emocionalmente e economicamente com o parceiro implica na dinâmica da violência (Krug *et al.*, 2002; Deeke, 2007).

Quando se compara, num relacionamento violento, as agressões masculinas e femininas, geralmente as femininas resultam de auto-defesa e, quando a mulher é a vítima, ela tem três vezes mais chance de ser ferida, cinco vezes mais chance de receber assistência médica e 5 vezes mais medo de morrer, como revelam estudos no Canadá e nos EUA. O foco em apenas um caso de agressão num relacionamento pode mascarar toda uma atmosfera de terror (Krug *et al.*, 2002).

Na saúde da mulher, as conseqüências da violência doméstica são profundas e podem persistir muito tempo após as agressões terem cessado. São inúmeras as influências da violência na saúde, que vão desde fraturas, hematomas, DST's e gravidez indesejada, até doenças crônicas, como fibromialgia e hipertensão arterial. Além destas, são freqüentes as queixas vagas resultantes da somatização e as questões psicológicas, como depressão, baixa auto-estima e intenção suicida (Venguer *et al.*, 1998; Schraiber e d'Oliveira, 1999; Baldry, 2003; Blanco *et al.*, 2004; Plichta, 2004). Além disso, o impacto de diferentes tipos de abuso e dos múltiplos episódios parece ser cumulativo (Brasil, 2004).

Para regulamentar as penas aos agressores e promover políticas de prevenção da violência contra a mulher, foi promulgada no Brasil, a Lei nº 11.340/2006, que recebeu o nome de uma mulher, a Sra. Maria da Penha, vítima de violência contra a mulher, homenageada em razão da sua luta durante décadas contra a impunidade e para o reconhecimento deste problema social.

2.2 A Lei Maria da Penha

A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) visa a alcançar as obrigações da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, a denominada Convenção de Belém do Pará, realizada em 1994. Esta convenção propôs programas de educação para a sociedade em geral e capacitação de pessoal envolvido (na administração da justiça, policiais e outros); reforça o atendimento à mulher vítima de violência com serviços especializados, assim como programas de reabilitação e capacitação; e estimula os meios de comunicação a promover a difusão da erradicação da violência doméstica e incentiva a investigação das estatísticas e das conseqüências sociais e econômicas da violência contra a mulher, além de promover a troca de experiências entre organizamos internacionais (Cunha e Pinto, 2007).

Na Lei Maria da Penha (Brasil, 2006) encontra-se a seguinte definição de violência contra a mulher:

“[...] configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral e patrimonial:

I – no âmbito da unidade doméstica, compreendida como espaço de convívio permanente de pessoas [...];

II – no âmbito da família [...];

III – em qualquer relação íntima de afeto [independente da orientação sexual]”.

Em seu Artigo 7º, são aprofundadas as diferentes formas de violência contra a mulher (Brasil, 2006):

a) Violência física, entendida como qualquer comportamento que ofenda a integridade ou a saúde corporal;

b) Violência psicológica, entendida como qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da auto-estima da mulher, ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição, 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;

c) Violência sexual, entendida como qualquer ação que constranja a mulher 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;

d) 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;

e) Violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação e injúria.

A mulher agredida passou a contar com a Lei Maria da Penha, não apenas de caráter repressivo, mas principalmente, preventivo e assistencial, criando mecanismos para conter a violência contra a mulher. Também o homem pode ser vítima da violência doméstica, sendo incluído nos termos da Lei. As medidas de assistência e proteção, contudo, se limitam à mulher (Cunha e Pinto, 2007).

Por outro lado, experiências têm mostrado que apenas esforços de mudanças institucionais de cultura e prática têm impacto sobre a violência doméstica, muito mais do que reformas legais e policiais. Os homens continuarão agredindo suas esposas se a sociedade não se reorganizar de tal modo que homens e mulheres compartilhem o poder igualmente (Sanmartín, 2004). A OMS ressalta que, dos 34 estudos que avaliam intervenções em todo o mundo, 19 abordam questões legais para lidar com a violência contra a mulher por meio do sistema criminal, revelando que é desta forma que muitos governos estão lidando com esta questão (Krug *et al.*, 2002).

Por outro lado, estudos sobre a resiliência das mulheres em situação de violência demonstram que a maioria das mulheres agredidas não permanece passiva, resistindo de forma a proteger os filhos e a sua própria vida. Os motivos para a mulher permanecer no relacionamento violento variam desde o medo de vingança do agressor, a dependência econômica e/ou emocional, o medo de perder a guarda dos filhos, o leque de apoio de familiares e amigos e, principalmente, a esperança de que o companheiro agressor mude (Krug *et al.*, 2002; Sanmartín, 2004).

O tratamento dos agressores domésticos é, junto a outras medidas judiciais e sociais, uma atuação necessária. Tratar o agressor não significa considerá-lo não responsável, assim como é um falso dilema considerá-lo como maldoso, que merece as medidas punitivas adequadas, ou como enfermo, que necessita então de um tratamento médico e psiquiátrico. É necessário proteger a vítima e melhorar a auto-estima do agressor (Sanmartín, 2004).

Sendo assim, a criação da Lei Maria da Penha no Brasil foi um reconhecido avanço na área da violência contra a mulher, mas são necessários mais esforços da sociedade para reduzir as desigualdades sociais que geram e reproduzem as diferenças entre homens e mulheres e culminam na violência contra a mulher.

2.3 A violência contra a mulher em números

Uma estimativa da Fundação Perseu Abramo realizada em 2001, concluiu que 2,1 milhões de mulheres sofreram violência física grave no Brasil naquele ano. Esse número representa 175mil mulheres agredidas diariamente, ou seja, 4 espancamentos a cada 15 segundos (Saffioti, 2004). Outra pesquisa nacional revelou que 43% das mulheres admitiram que sofreram algum tipo de violência cometida por parceiro íntimo na vida, 33% alguma forma de violência física, 13% violência sexual e 27% violência psicológica (Schraiber *et al.*, 2006).

Na Colômbia, das mulheres pesquisadas, 20% admitiram ter sofrido violência física e 33% psicológica. A porcentagem aumenta na Costa Rica, onde 54% das mulheres admitiram ter sofrido violência física. No México, de 44 a 57% das mulheres sofreram algum tipo de violência perpetrada pelo companheiro, sendo que 6% acusaram a violência sexual (Ayres, 1998).

Um estudo coordenado pela OMS em 48 países identificou que 10 a 69% das mulheres relataram violência física em algum momento de suas vidas por um parceiro íntimo (Krug *et al.*, 2002). Dentre os homicídios femininos, de 40 a 70% são causados por maridos ou namorados das vítimas, encerrando uma história de relacionamento violento. Esse dado contrasta com a porcentagem de homens assassinados por esposas, namoradas e ex-esposas, que nos Estados Unidos e na Austrália

chega a 4 e 8,6%, respectivamente (Krug *et al.*, 2002). Em muitos casos, a violência física geralmente vem acompanhada de outros comportamentos abusivos (Krantz e Garcia-Moreno, 2005).

2.4 A violência contra a mulher e a saúde pública

O foco da saúde pública é lidar com doenças, condições e problemas que afetam a saúde, com o intuito de proporcionar o máximo de benefícios para o maior número de pessoas, sem ignorar características individuais. Desta maneira, a violência contra a mulher, no domicílio ou fora dele, é um problema de saúde pública e violação dos direitos humanos, com profundas repercussões sociais (Ayes, 1998; Minayo, 2006). As consequências da violência doméstica são profundas, afetando a saúde e a felicidade de indivíduos e o bem-estar de comunidades inteiras (Krug *et al.*, 2002).

Apesar de todos os esforços, o tema violência tem entrado lentamente nas agendas da saúde. A militância do movimento feminista conseguiu com êxito a inserção da violência contra a mulher na pauta dos serviços de saúde, e vem exigindo respostas concretas ao problema, invés de apenas tratamento para as lesões e traumas provenientes da violência (Minayo, 2006).

A implicação da violência contra a mulher para os sistemas de saúde, segundo estudos na Nicarágua, nos Estados Unidos e em Zimbábue, refere-se ao aumento da procura por estes serviços entre as mulheres agredidas, fato agravado ao considerarmos que as consequências da violência repercutem durante longo prazo (Krug *et al.*, 2002).

Neste sentido, o serviço de saúde mostra-se um lugar propício para identificar a violência contra a mulher, considerando que aproximadamente 35% das queixas trazidas pelas mulheres aos serviços de saúde estejam associadas a essa causa (Minayo, 2006). Por outro lado, apenas 11 a 16% das mulheres vítimas de violência procuram os serviços de saúde, indicando que há dificuldade de acesso pouca divulgação destes serviços. Diferentes experiências com o intuito de aumentar a visibilidade dos serviços de saúde em Curitiba e Campo Grande, resultaram no aumento da procura por mulheres vítimas de violência física e sexual (Brasil, 2004).

De modo geral, desde 2002 observa-se maior investimento público nos serviços de apoio à mulher vítima de violência. Em 1999, 17 instituições hospitalares em regiões metropolitanas estavam preparadas para atender mulheres vítimas de estupro e, em 2002 este número passou para 82, sendo que 44 delas realizam o aborto pós-estupro (Brasil, 2004).

De acordo com Minayo (2006), a saúde pública está preocupada com as vítimas e não com a repressão, não no sentido de inocentar alguém, mas de atuar na promoção da vida e na qualidade de vida. Neste sentido, a OMS posicionou-se criticamente ante a concepção de a violência ser pertinente exclusivamente à lei e à ordem, restando aos profissionais da saúde lidar apenas com as suas consequências (Schraiber *et al.*, 2006).

2.5 A Organização Mundial da Saúde e a violência contra a mulher

A inserção da Organização Mundial da Saúde (OMS) na temática da violência iniciou em 1995, com a declaração de Beijing, que identificou a falta de informações adequadas sobre a prevalência, a natureza, as causas e as consequências da violência em geral. O trabalho da OMS sobre a violência baseada em gênero iniciou em 1996 com a convocação de consultores especialistas em violência contra a mulher, que recomendaram que promova e dê suporte a pesquisas internacionais para explorar a dimensão, as consequências para a saúde e os fatores de riscos da violência contra a mulher. Neste mesmo ano, a Assembléia da OMS declarou a violência contra a mulher e contra a criança um problema de saúde pública prioritário, que necessita de ações urgentes (Garcia-Moreno *et al.*, 2005).

Para a OMS, a violência contra a mulher e o binômio HIV/AIDS constituem áreas-chave, que ainda são pouco referenciadas na discriminação baseada em gênero e suas consequências para a saúde da mulher. Neste sentido, a OMS desenvolveu trabalhos para estes temas que incluem: um estudo multi-cêntrico sobre a saúde e a violência contra a mulher, iniciativas sobre pesquisas em violência sexual, o desenvolvimento de linhas para programas sobre HIV/AIDS e gênero, e uma iniciativa para promover a saúde da mulher em linhas emergenciais (World Health Organization, 2008).

Também prevê as seguintes estratégias prioritárias (World Health Organization, 2008):

- Aumentar o conhecimento e as evidências sobre o impacto das diferenças sexuais e das iniquidades de gênero sobre os problemas de saúde, os serviços de saúde e respostas bem sucedidas;
- Desenvolver ferramentas para promover e expandir políticas do setor saúde, e intervenções e programas nos níveis regional e nacional que localizem sistematicamente as preocupações com a questão de gênero, inclusive a violência baseada em gênero;
- Desenvolver habilidades e capacidades na OMS e fora dela para promover políticas e programas mais responsivas para as barreiras que afetam homens e mulheres para viver de forma saudável e para os benefícios dos serviços de atenção à saúde;
- Melhorar a compreensão pública sobre o tema, desenvolvendo materiais e atividades defensoras;
- Criar a consciência e prover o suporte para que os membros da OMS possam promover políticas e estratégias de saúde sensíveis em relação a gênero.

Assim, no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, lançado em 2002 em Genebra, a OMS propõe quatro tipos de comportamento violento contra a mulher, cometidos por companheiros íntimos (Krug *et al.*, 2002; p. 89):

- Atos de violência física – como bofetadas, golpes, chutes e espancamentos;
- Abuso psicológico – como intimidação, depreciação constante e humilhação;
- Intercurso sexual forçado ou outras formas de coerção sexual;
- Vários comportamentos controladores – como isolar a pessoa de seus familiares e amigos, monitorar seus movimentos, e restringir seu acesso a informações e assistência.

Estes conceitos são propostos com o intuito de definir a violência contra a mulher, dada a dificuldade em pesquisas sobre o tema em relação à inconsistência de informações, pela variação de conceitos utilizados (Krug, Dahlberg *et al.*, 2002). Estes tipos de violência são mais detalhados no *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women* realizado em 2005 por Garcia-Moreno *et al.* (2005), conforme o Quadro 1.

Neste sentido, percebe-se que a OMS tem adotado recentemente estratégias prioritárias de incentivo para as nações elaborarem estratégias com o intuito de levantar dados sobre a magnitude, criar espaços de apoio às vítimas e erradicar a violência contra a mulher, além de influenciar substancialmente na quantidade e qualidade dos estudos científicos na área.

Quadro 1: Definições operacionais para violência, segundo Garcia-Moreno *et al.* (2005)

<p>Violência Física por um parceiro íntimo: Foi esbofetada ou teve algo atirado nela que poderia machucá-la Foi empurrada ou esbarrada Foi golpeada com o punho ou outro objeto que poderia machucá-la Foi chutada, arrastada ou espancada Foi estrangulada ou queimada propositalmente O perpetrador ameaçou usar ou já utilizou arma de fogo, faca ou outra arma contra ela</p>	<p>Abuso Emocional por um parceiro íntimo: Foi insultada ou feita para sentir-se mal sobre si mesma Foi depreciada ou humilhada em frente a outras pessoas O perpetrador tem feito coisas para assustar ou intimidá-la propositalmente, por exemplo, na forma como a olha, como chora ou quebra coisas. O perpetrador tem ameaçado machucar alguém por quem ela tem afeto</p>
<p>Violência Sexual por um parceiro íntimo: Foi forçada fisicamente a manter intercuro sexual quando ela não o desejava Teve intercuro sexual quando não o desejava por medo da atitude do parceiro</p>	<p>Comportamento controlador por um parceiro íntimo: Ele tenta evitar que ela veja amigos Ele tenta restringir o contato dela com sua família de origem Ele insiste em saber onde ela está em todos os momentos Ele a ignora ou a trata indiferentemente Ele fica bravo quando ela fala com outro homem Ele frequentemente suspeita que ela o trai</p>

Foi forçada a fazer algo sexual que ela achou degradante ou humilhante	Ele espera que ela peça permissão antes de procurar um serviço de assistência à saúde para si mesma
--	---

3. Objetivos

3.1 Objetivo geral

Identificar a abordagem e os tipos de violência contra a mulher em artigos científicos, publicados no período compreendido entre 2003 e 2007, e indexado nas bases de dados on-line Medline, Psycinfo, LILACS e Scielo.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar as características bibliométricas dos artigos científicos que abordaram a violência contra a mulher.
- Traçar o perfil dos sujeitos em estudos sobre violência contra a mulher nos artigos científicos.
- Identificar os tipos de violência contra a mulher evidenciados em artigos científicos.
- Relacionar os tipos de violência contra a mulher identificados nos artigos científicos com os estabelecidos pela OMS.

4. Metodologia

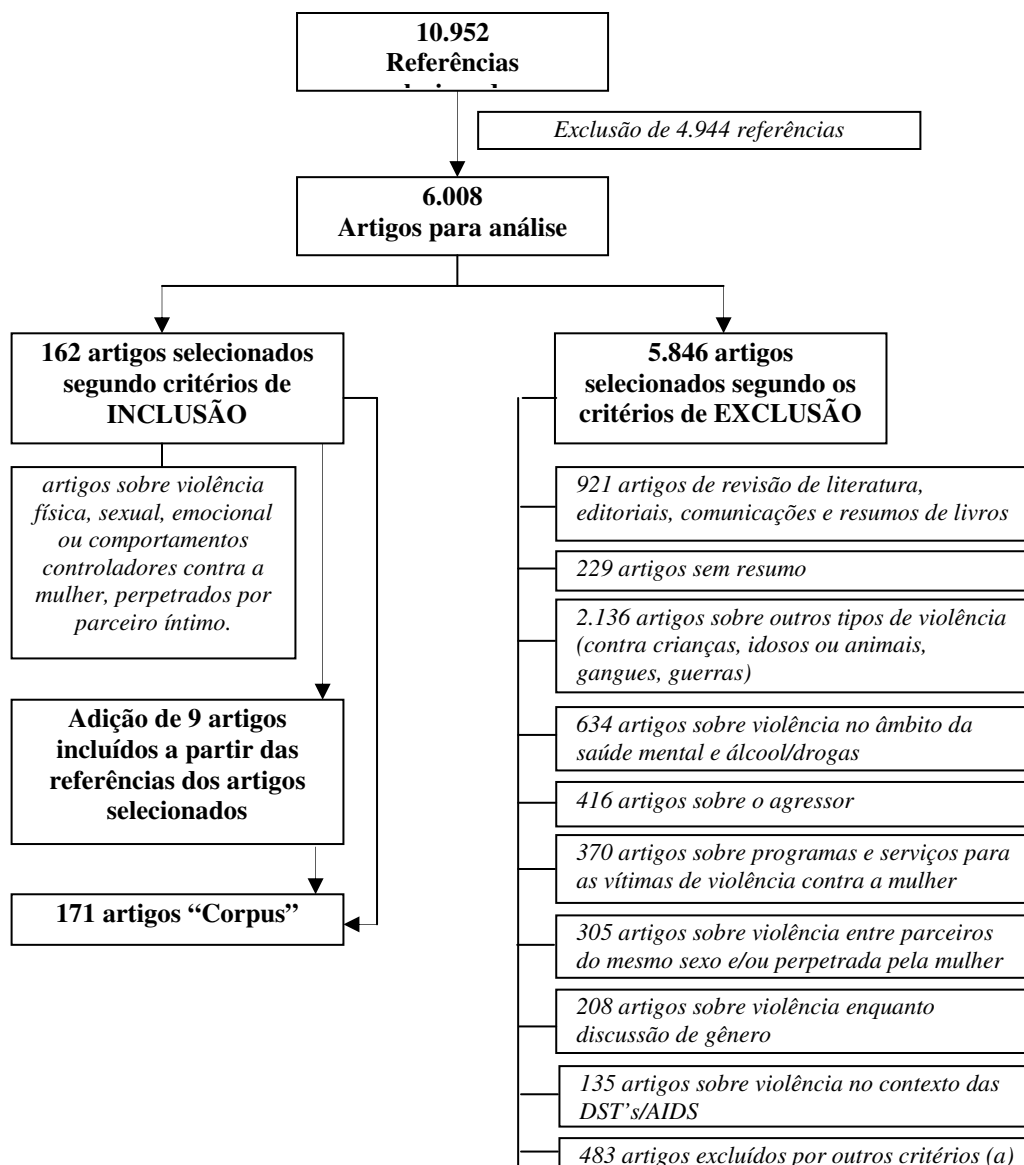
Este estudo, de cunho quali-quantitativo, utilizou métodos sistemáticos e explícitos de coleta de dados. A revisão sistemática constitui um tipo de investigação científica que objetiva reunir, avaliar criticamente e conduzir uma síntese de múltiplos estudos primários (Cordeiro *et al.*, 2007). Dessa forma, é possível identificar, selecionar e avaliar as pesquisas relevantes, que são incluídas na revisão.

4.1 Coleta de dados

No período de janeiro a maio de 2008 foi realizada a revisão sistemática nas bases de dados sobre saúde Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), PsychInfo (Psychological Abstracts), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Eletronic Library Online).

Na busca utilizaram-se os termos e expressões “violence AND against AND women” (estratégia 1), “domestic AND violence” (estratégia 2), “battered AND women” (estratégia 3), “sexual AND violence” (estratégia 4), “spouse AND abuse” (estratégia 5), “violence AND family” (estratégia 6), “violência baseada em gênero” (estratégia 7) e “violência doméstica e sexual contra a mulher” (estratégia 8). As palavras-chave foram escolhidas a partir dos tesouros das bases de dados investigadas, sendo que os descritores das estratégias 7 e 8 são próprios do LILACS e foram aplicados somente nesta base de dados. Foram considerados potencialmente elegíveis os artigos originais, publicados em todos os idiomas, entre janeiro de 2003 e dezembro de 2007. A decisão de limitar a busca neste período se baseou na intenção de examinar dados mais recentes e por compreender o maior número de artigos em relação a outros períodos.

Figura 1: Esquema metodológico da revisão sistemática sobre violência contra a mulher e seleção de artigos para análise



(a) Violência contra gestantes, femicídio, divulgação de produtos, higiene, conseqüências da violência para a saúde da mulher, entre muitos outros.

(b) Em processo pelo SCAD/BVS¹.

Os 10.674 artigos inicialmente identificados foram transferidos para uma biblioteca EndNote X.0.2, que descartou 3.356 referências duplicadas. Os artigos restantes foram subdivididos por ano de publicação, seus títulos e resumos transferidos para arquivos Word, lidos e classificados conforme os critérios de inclusão e exclusão. Neste processo, mais 1.588 referências duplicadas foram excluídas, constituindo assim uma amostra de 6.008 artigos.

Foram incluídos na análise os artigos que investigaram a violência física, sexual, emocional e/ou comportamentos controladores contra a mulher perpetrados por parceiro íntimo. Os artigos excluídos trataram (1) de outros tipos de violência, como a cometida pelas mulheres contra crianças, idosos, animais, por gangues ou em guerras; (2) violência no âmbito da saúde mental e no contexto álcool/drogas; (3) programas e serviços para as vítimas; (4) violência entre parceiros do mesmo sexo e/ou perpetrada pela mulher; (5) violência enquanto discussão de gênero; (6) no contexto das DST's/AIDS; (6) outras exclusões, como violências cometidas por pessoas com outros vínculos com a vítima que não a de parceiro íntimo, contra gestantes, que abordavam conseqüências para a saúde da mulher, femicídio, divulgação de produtos, apresentação de questionários e escalas de mensuração da violência contra a mulher, higiene, entre outros; (7) revisões de literatura, editoriais, comunicações e resumos de livros; e (8) artigos sem resumo indexado nas bases de dados (Figura 1).

Com base nos critérios de inclusão e de exclusão, foram selecionados 177 artigos, dos quais 9 artigos ainda não foram incluídos, mas estão em processo de aquisição pelo serviço SCAD/Bireme. Assim, resultaram 162 artigos selecionados, cujas referências apontaram mais 9 artigos que se enquadravam nos critérios de inclusão, permitindo, assim, sua inclusão. Enfim, resultaram 171 artigos para leitura (Figura 1). As referências dos artigos selecionados estão relacionadas no Apêndice 2.

4.2 Análise dos dados

A análise dos dados foi dividida em dois eixos, conforme as peculiaridades das variáveis do estudo: as categorias com as características bibliométricas foram analisadas com métodos estatísticos simples; as categorias constituídas pelos tipos de violência contra a mulher foram analisadas conforme o método de análise de conteúdo de Bardin (1977), utilizando-se como referencial teórico os conceitos de violência propostos pela OMS (Garcia-Moreno *et al.*, 2005), como será descrito a seguir.

4.2.1 Categorias bibliométricas

Os 171 artigos selecionados para a leitura foram analisados nos seguintes aspectos:

- Área de conhecimento da revista: adotou-se a classificação proposta por Carrasco-Portiño *et al.*, que classifica os periódicos nas áreas violência, psicologia e psiquiatria, ciências sociais, ciências médicas, ciências jurídicas e criminalísticas (Carrasco-Portino *et al.*, 2007);
- Sexo dos autores: feminino ou masculino. Os nomes cuja identificação do sexo não foi possível foram classificados como ignorados;
- Continente em que a pesquisa ocorreu: os países nos quais as pesquisas foram realizadas foram agrupados em continentes (África, América do Norte, América Central, América do Sul, Ásia, Europa e Oceania). Nos estudos multicêntricos, todos os continentes envolvidos no estudo foram contabilizados;
- Idioma: língua em que o artigo foi publicado;
- Enfoque metodológico: os estudos foram considerados quantitativos quando envolviam inferências estatísticas com descrição matemática; qualitativos quando compreendiam as relações e atividades humanas representadas nas consciências coletivas ou individuais; e quali-

¹ Acesso por: <http://scad.bvs.br/php/index.php>.

quantitativos quando ambos os enfoques foram usados de maneira complementar, conforme os conceitos de Minayo e Sanches (1993);

- **Sujeitos da pesquisa:** faixa etária (10 a 19 anos de idade, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59 e 60 anos ou mais); estado civil da mulher (casada ou união estável, separada ou divorciada, solteira e viúva); vínculo da mulher com o agressor (parceiro íntimo atual ou parceiro íntimo anterior). Alguns estudos, além do parceiro íntimo, investigaram outros vínculos do agressor com as vítimas. Tais casos foram analisados em três categorias: membro da família, conhecido e desconhecido; e local da pesquisa (serviço de saúde, serviço de apoio à vítima de violência, estudos de base populacional e outros).

4.2.2 Categorias sobre violência contra a mulher

A sistematização dos dados foi baseada na análise de conteúdo proposta por Bardin (1977) e, estruturada nos momentos:

- **Pré-análise:** os artigos foram subdivididos por ano de publicação; seus títulos e resumos lidos e classificados conforme os critérios de seleção (Figura 1). Foram incluídos na análise os artigos que investigaram a violência física, sexual, emocional e/ou comportamentos controladores contra a mulher, perpetrados por parceiro íntimo. A análise das referências dos 162 artigos selecionados para a leitura permitiu a inclusão de mais 9 artigos, resultando em 171 artigos que constituíram o corpus. Para o material de análise relativo ao corpus foram observadas as regras da exaustividade, homogeneidade e da pertinência.

- **Categorização:** a partir do corpus procedeu-se nova leitura, com o olhar voltado para os conceitos e/ou descrições referentes às manifestações de violência contra a mulher. Para os artigos publicados em inglês ou espanhol procedeu-se a tradução das manifestações de violência ao português, conforme o glossário do Apêndice 1. Este material, por sua vez, foi reagrupado em categorias definidas a priori, com base no conceito dos tipos de violência da OMS por Garcia-Moreno *et al.* (2005), a seguir:

- *Violência física: foi esbofetada ou teve algo atirado nela que poderia feri-la, foi empurrada ou esbarrada, foi golpeada com o punho ou outro objeto que poderia feri-la, foi chutada, arrastada ou espancada, foi estrangulada ou queimada propositalmente, o agressor ameaçou usar ou já utilizou arma de fogo, faca ou outra arma contra ela;*

- *Violência sexual: foi forçada fisicamente a manter intercurso sexual quando ela não o desejava, teve intercurso sexual quando não o desejava por medo da atitude do parceiro, foi forçada a fazer algo sexual que ela achou degradante ou humilhante;*

- *Abuso emocional: foi insultada ou sentiu-se mal sobre si mesma, foi depreciada ou humilhada em frente a outras pessoas, o agressor tem feito coisas para assustar ou intimidá-la propositalmente, por exemplo, na forma como a olha, como chora ou quebra coisas, o agressor tem ameaçado machucar alguém por quem ela tem afeto;*

- *Comportamento controlador: o agressor tenta evitar que ela veja amigos, tenta restringir o contato dela com sua família de origem, insiste em saber onde ela está em todos os momentos, a ignora ou a trata indiferentemente, fica bravo quando ela fala com outro homem, freqüentemente suspeita que ela o trai, espera que ela peça permissão antes de procurar um serviço de assistência à saúde para si mesma.*

Inferência: procedeu-se análise quantitativa e qualitativa dos dados do corpus reagrupados segundo as categorias dos tipos de violência. Para Bardin (1977) é importante que se associe as duas formas de análise, uma vez que a validação da análise de conteúdo ocorre na quantificação da análise qualitativa. A análise quantitativa fundamentou-se na freqüência de aparição dos tipos de violência e atos/comportamentos de agressão e abuso contra a mulher. A análise qualitativa foi validada com a inferência específica de cada tipo de violência.

5. Referências

- Ayres, R. L. **Crime and Violence as Development Issues in Latin América and the Caribbean**. The World Bank: Washigton, 1998.
- Baldry, A. C. “Stick and Stones Hurt my Bones but His Glance and Words Hurt More”: The Impact of Psychological Abuse and Physical Violence by Current and Former Partners on Battered Women in Italy. **International Journal of Forensic Mental Health**, v.2, n.1, p.47-57. 2003.
- Bardin, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- Blanco, P., *et al.* La violencia de pareja y la salud de las mujeres. **Gac Sanit**, v.18, n.Supl 1, p.182-8. 2004.
- Brasil. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004.
- _____. **Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Brasília, 2004.
- Carrasco-Portino, M., *et al.* [What do we know about men who abuse their female partner? A systematic review]. **Rev Panam Salud Publica**, v.22, n.1, Jul, p.55-63. 2007.
- Castro, R.; Riquer, F. [Research on violence against women in Latin America: from blind empiricism to theory without data]. **Cad Saude Publica**, v.19, n.1, Jan-Feb, p.135-46. 2003.
- Cordeiro, A. M., *et al.* Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v.34, n.6, p.428-431. 2007.
- Cunha, R. S.; Pinto, R. B. **Violência Doméstica: Lei Maria da Penha (Lei nº. 11.340/2006) comentada artigo por artigo**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.
- D’oliveira, A. F. P. L., *et al.* Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.2, p.299-310. 2009.
- Deeke, L. P. **A dinâmica da violência a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro**. Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- Garcia-Moreno, C., *et al.* Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **Lancet**, v.368, n.9543, p.1260-1269. 2006.
- Garcia-Moreno, C., *et al.* **WHO Multi-coutry Study on Women’s Health and Domestic Violence against Women: inicial results on prevalence, health outcomes and women’s responses**. World Health Organization: Geneva, 2005.
- Johnson, M. P.; Ferraro, K. J. Research on domestic violence in the 1990s: making distinctions. **Journal of Marriage and the Family**, v.62, n.November, p.948-963. 2000.
- Kilpatrick, D. G. What is violence against women: defining and measuring the problem. **J Interpers Violence**, v.19, n.11, Nov, p.1209-34. 2004.
- Krantz, G.; Garcia-Moreno, C. Violence against women. **J Epidemiol Community Health**, v.59, n.10, Oct, p.818-21. 2005.

- Krug, E. G., *et al.* **World Report on Violence and Health**. World Health Organization: Geneve, 2002.
- Minayo, M. C. The difficult and slow inclusion of violence on the health sector agenda. **Cad Saude Publica**, v.20, n.3, May-Jun, p.646-7. 2004.
- Minayo, M. C. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- Minayo, M. C.; Sanches, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, v.9, n.3, p.239-262. 1993.
- Narvaz, M. G.; Koller, S. H. Mulheres vítimas de violência doméstica: compreendendo subjetividades assujeitadas. **PSICO**, v.37, n.1, p.7-13. 2006.
- Nilo, O. **O que é violência**. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- Pan American Health Organization. **Health in the Americas 2007. Volume I - Regional**. Washington. 2007.
- Penna, L. H. G., *et al.* A produção científica sobre violência doméstica na área da saúde pública. **Rev. enferm.**, v.12, n.2, p.192-198. 2004.
- Plichta, S. B. Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences: Policy and Practice Implications. **J Interpers Violence**, v.19, p.1296-1323. 2004.
- Rosa, A. G. D. **A violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem agressor**. (Dissertação). Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.
- Ruiz-Perez, I., *et al.* Methodological issues in the study of violence against women. **J Epidemiol Community Health**, v.61 Suppl 2, Dec, p.ii26-31. 2007.
- Saffioti, H. I. B. **Gênero, patriarcado e violência**. Coleção Brasil Urgente. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.
- Sanmartín, J. **El Labirinto de la Violencia: causas, tipos y efectos**. Barcelona: Ariel, 2004.
- Schraiber, L. B.; d'Oliveira, A. F. P. L. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v.3, n.5, p.11-26. 1999.
- Schraiber, L. B., *et al.* Violência e Saúde: estudos científico recentes. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.especial, p.112 - 120. 2006.
- The World Bank. **A resorce guide for municipalities: community based crime and violence prevention in urban Latin America**. The World Bank of Latin America and Caribbean Region, 2003.
- Venguer, T., *et al.* **Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud**. INOPAL III, Population Council, 1998.
- Waters, H., *et al.* **The economic dimensions of interpersonal violence**. World Health Organization: Geneva, 2004.

World Health Organization. **The Department of Gender, Women and Health (GWH)**. 2008.
Disponível em: <<http://www.who.int/gender/en/>>. Acesso em: 09 jul. 2008

PARTE II – ARTIGOS CIENTÍFICOS

Violência contra a mulher por parceiro íntimo: uma revisão sistemática do período 2003-2007

Intimate partner violence against women: a systematic review of the period 2003-2007

Resumo

A violência contra a mulher por parceiro íntimo ocorre em relevantes proporções em todo o mundo, acarretando uma série de conseqüências sociais e econômicas e para a saúde das vítimas. O aumento da produção científica sobre o tema desde a década de 1970 revelou lacunas e incertezas quanto à validade metodológica das pesquisas. Para identificar aspectos metodológicos e características bibliométricas destes estudos realizou-se uma revisão sistemática, buscando nas bases de dados PsycInfo, Pubmed, Scielo e Lilacs, artigos publicados entre 2003 e 2007. Foram selecionados para a análise 171 artigos que abordaram a violência contra a mulher por parceiro íntimo. Observou-se que estes artigos foram publicados, em sua maioria, no idioma inglês (84,2%), em revistas das ciências médicas (49,1%) e com enfoque metodológico quantitativo (86,5%). Revelou-se uma diversidade significativa de países onde os estudos foram realizados, com destaque para a América do Norte (43,9%). Dentre os sujeitos, foram mais pesquisadas mulheres entre 20 e 39 anos, casadas (72,5%) e cujo agressor constituiu o parceiro íntimo atual (97,1%). Os sujeitos foram abordados principalmente em amostras por domicílios (30,4%) e em serviços de saúde (29,8%). As mulheres foram as principais autoras destes artigos (58,5%). Os resultados sugerem que futuras pesquisas associem diferentes enfoques metodológicos e selecionem e descrevam os sujeitos e os agressores em função da comparabilidade dos estudos, possibilitando o aprofundamento do conhecimento sobre o tema para viabilizar políticas eficazes para a erradicação da violência contra a mulher.

Palavras-chave: Violência contra a mulher, violência conjugal, metodologia, revisão sistemática.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência praticada contra a mulher por parceiro íntimo como qualquer comportamento num relacionamento íntimo que cause mal físico, psicológico ou sexual (1). Tal comportamento inclui atos de agressão física, abuso psicológico, comportamentos controladores e intercurso sexual forçado ou outras formas de coerção sexual.

Pesquisa multicêntrica conduzida em 10 países e coordenada pela OMS identificou elevadas prevalências de violência física (12,9 a 61,0%), sexual (6,2 a 58,6%) e psicológica (19,6 a 75,1%) perpetradas por parceiros íntimos contra as mulheres (2). Na América Latina e no Caribe, aproximadamente uma entre três mulheres foi vítima de violência sexual, física ou psicológica durante sua vida (3). As diferentes formas de agressão geralmente ocorrem associadas entre si, e formam um padrão complexo em que o abuso psicológico e comportamentos controladores estão combinados com as violências física e a sexual (2, 4).

Além de ser uma violação aos direitos humanos, a violência contra a mulher é um problema de saúde pública. Ela impacta sensivelmente no perfil de saúde das vítimas, além de acarretar severos impactos econômicos e sociais (5). A violência contra a mulher também está associada a problemas físicos e mentais que se expressam imediatamente após as agressões ou que persistem longo tempo depois de cessarem (6). As vítimas apresentam perda de produtividade e maior uso dos serviços sociais, além de índices mais elevados de desemprego e trocas freqüentes de emprego, fatores possivelmente influenciados pelo abalo psicológico e físico que sofrem (7).

A magnitude e o impacto da violência contra a mulher têm levado ao aumento de pesquisas e da produção científica sobre o tema (8-11). No entanto, ainda é indicada lacuna de pesquisas que avaliam a eficácia de ações no campo da violência contra a mulher e existem incertezas quanto à validade metodológica de estudos que tratam de violências praticadas contra a mulher por parceiros íntimos (1, 10, 12). Tampouco são conhecidos aspectos metodológicos e características bibliométricas

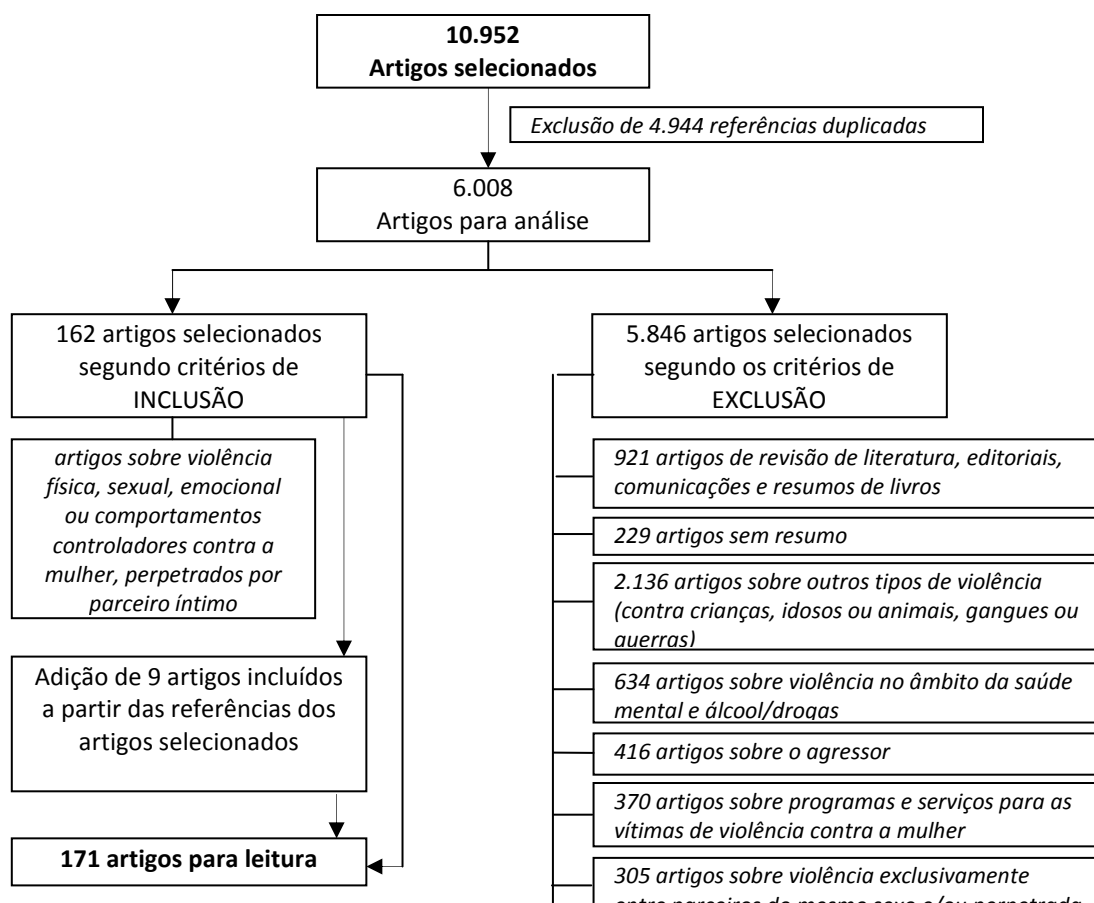
desses estudos, dificultando a descrição e análise sistematizada da produção científica na área. O objetivo do presente estudo foi analisar as características quantitativas da produção científica internacional sobre violência cometida pelo parceiro íntimo contra a mulher.

Metodologia

No período de janeiro a maio de 2008 realizou-se revisão sistemática nas bases de dados Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), PsychInfo (Psychological Abstracts), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Eletronic Library Online). Na busca utilizaram-se os termos e expressões “*violence AND against AND women*” (estratégia 1), “*domestic AND violence*” (estratégia 2), “*battered AND women*” (estratégia 3), “*sexual AND violence*” (estratégia 4), “*spouse AND abuse*” (estratégia 5), “*violence AND family*” (estratégia 6), “violência baseada em gênero” (estratégia 7) e “violência doméstica e sexual contra a mulher” (estratégia 8). As palavras-chave foram escolhidas a partir dos tesouros das bases de dados investigadas, sendo que os descritores das estratégias 7 e 8 foram aplicados apenas nas bases Lilacs e Scielo. Consideraram-se potencialmente elegíveis os artigos originais publicados em qualquer idioma entre janeiro de 2003 e dezembro de 2007. A decisão de limitar a busca neste período se baseou na intenção de examinar dados mais recentes e por compreender o maior número de artigos em relação a outros períodos.

Foram incluídos na análise os artigos que investigaram a violência física, sexual, emocional e/ou comportamentos controladores contra a mulher perpetrados por parceiro íntimo. Foram excluídos os artigos cujos objetivos eram investigar (a) outros tipos de violência, como a cometida pelas mulheres, contra crianças, idosos, animais, por gangues ou em guerras; (b) violência no âmbito da saúde mental e no contexto álcool/drogas; (c) programas e serviços para as vítimas; (d) violência entre parceiros do mesmo sexo e/ou perpetrada pela mulher; (e) violência enquanto discussão de gênero; (f) a violência no contexto das DST's/AIDS; (g) violências cometidas por pessoas com outros vínculos com a vítima que não a de parceiro íntimo, contra gestantes, artigos que abordavam conseqüências para a saúde da mulher, femicídio, divulgação de produtos, apresentação de questionários e escalas de mensuração da violência contra a mulher, higiene, entre outros; (h) revisões de literatura, editoriais, comunicações e resumos de livros; e (i) artigos sem resumo indexado nas bases de dados (Figura 1).

Figura 1: revisão sistemática sobre violência contra a mulher e seleção de artigos para análise



(a) Violência contra gestantes, femicídio, divulgação de produtos, higiene, conseqüências da violência para a saúde da mulher, entre muitos outros.

(b) Aquisição em processo pelo SCAD/BVS.

Com base nos critérios de inclusão e de exclusão, foram selecionados 162 artigos. As referências desses trabalhos foram analisadas a fim de identificar outros estudos que atendessem aos critérios de inclusão estabelecidos. Nove outros artigos foram selecionados, resultando em 171 artigos para leitura. Este conjunto foi analisado nos seguintes aspectos:

- Área de conhecimento da revista: adotou-se a classificação proposta por Carrasco-Portiño *et al.* (13), que agrupa os periódicos nas áreas (a) violência, (b) psicologia e psiquiatria, (c) ciências sociais, (d) ciências médicas e (e) ciências jurídicas e criminais;
- Sexo dos autores: feminino ou masculino. Os nomes cuja identificação de sexo não foi possível foram classificados como ignorados;
- Continente em que a pesquisa ocorreu: os países nos quais as pesquisas foram realizadas foram agrupados em continentes (África, América do Norte, América do Sul, América Central, Ásia, Europa e Oceania). Nos estudos multicêntricos, todos os continentes envolvidos no estudo foram contabilizados;
- Idioma: língua em que o artigo foi publicado;
- Enfoque metodológico: os estudos foram considerados quantitativos quando envolviam inferências estatísticas com descrição matemática; qualitativos quando compreendiam as relações e atividades humanas representadas nas consciências coletivas ou individuais; e quali-quantitativos quando ambos os enfoques foram usados de maneira complementar, conforme os conceitos de Minayo & Sanches (14);
- Sujeitos da pesquisa: faixa etária (10 a 19 anos de idade, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59 e 60 anos ou mais); estado civil da mulher (casada ou união estável, separada ou divorciada, solteira e viúva); vínculo da mulher com o agressor (parceiro íntimo atual ou parceiro íntimo anterior). Alguns estudos, além do parceiro íntimo, investigaram outros vínculos do agressor com as vítimas. Tais casos foram analisados em três categorias: membro da família, conhecido e desconhecido.
- Local da pesquisa: serviço de saúde, serviço de apoio à vítima de violência, estudos de base populacional e outros.

Resultados

Dos 171 artigos analisados, 68,4% foram publicados nos últimos três anos investigados, identificando-se acréscimo na publicação em 2005-2007 em relação a 2003-2004 (Tabela 1). A maior parte dos autores foram mulheres e houve grande predomínio de artigos publicados em inglês. Quase a metade (43,9%) das pesquisas que investigaram a violência de parceiro íntimo contra a mulher foi conduzida na América do Norte. Ásia, Europa e América do Sul vieram a seguir. Quando a unidade de análise foi o país, verificou-se que foram realizados estudos em 50 diferentes países. Os EUA destacaram-se com 39,7% do total (n=75); o segundo e os terceiros países com mais pesquisas foram o Brasil (6,9%) e Canadá e México (4,8%).

Independente do local onde ocorreu a pesquisa e do idioma em que o artigo foi publicado, evidenciou-se que a abordagem metodológica de escolha dos autores foi a quantitativa (86,5%). O enfoque qualitativo correspondeu a 6,4% das pesquisas, e 7,0% dos estudos apresentaram abordagem quali-quantitativa. Os serviços de saúde e os domicílios (inquéritos de base populacional) foram os locais mais utilizados para a coleta de dados, seguidos pelos serviços de apoio (Tabela 2). A amostra média utilizada nos artigos foi de 2.756 sujeitos, enquanto a mediana correspondeu a 438. A menor amostra abrangeu apenas 7 e a maior abrangeu 91.749 sujeitos.

Tabela 1: Número de artigos segundo ano de publicação, sexo dos autores, idioma de publicação e local da pesquisa, 2003-2007

Variável	n	%
Ano de publicação		

2003	26	15,2
2004	28	16,4
2005	43	25,1
2006	39	22,8
2007	35	20,5
Total	171	100,0

Sexo dos autores

Feminino	344	58,5
Masculino	140	23,8
Ignorado	104	17,7
Total	588	100,0

Idioma de publicação

Inglês	144	84,2
Português	14	8,2
Espanhol	13	7,6
Total	171	100,0

Local da Pesquisa¹

América do Norte	83	43,9
Ásia	29	15,3
América do Sul	25	13,2
Europa	21	11,1
África	17	9,0
América Central	9	4,8
Oceania	5	2,6
Total	189	100,0

1: Nos estudos multicêntricos, todos os continentes envolvidos no estudo foram contabilizados

Foram identificadas 85 diferentes revistas que publicaram artigos sobre violência de parceiro íntimo contra a mulher. Os periódicos da área de ciências médicas foram as que mais publicaram pesquisas quantitativas, seguidas pelos periódicos dedicados à temática da violência (Tabela 2). Estes, no entanto, foram os que mais publicaram artigos com enfoque qualitativo e quali-quantitativo.

Tabela 2: Número de artigos segundo enfoque metodológico, local da pesquisa e área de concentração da revista, 2007-2007

Variáveis	Enfoque metodológico							
	Quantitativo		Quali-quantitativo		Qualitativo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Local da pesquisa								
Amostra por domicílios	48	28,1	3	1,8	1	0,6	52	30,4
Serviços de saúde	49	28,7	2	1,2	-	-	51	29,8
Outros	26	15,2	2	1,2	5	2,9	33	19,3
Serviços de apoio	25	14,6	2	1,2	5	2,9	32	18,7
Não descreve	-	-	2	1,2	1	0,6	3	1,8
Total	148	86,5	11	6,4	12	7,0	171	100,0
Área de concentração da revista								
Ciências Médicas	79	46,2	2	1,2	3	1,8	84	49,1

Violência	41	24,0	5	2,9	7	4,1	53	31,0
Ciências Sociais	11	6,4	4	2,3	2	1,2	17	9,9
Psicologia e Psiquiatria	13	7,6	-	-	-	-	13	7,6
Ciências Jurídicas e Criminalísticas	4	2,3	-	-	-	-	4	2,3
Total	148	86,5	11	6,4	12	7,0	171	100,0

Nas categorias referentes aos sujeitos das pesquisas, verificou-se que a maior parte dos estudos envolveu mulheres casadas ou com união estável e com idade entre 20 e 39 anos (Tabela 3). Quase todos os estudos analisaram as violências cometidas pelo parceiro íntimo atual (97,1%), sendo que 13,5% investigaram também o parceiro íntimo anterior.

Tabela 3: Número de artigos segundo faixa etária da vítima, estado civil e vínculo com o agressor

Variável	n	% ¹
Faixa Etária		
10 a 19	125	73,1
20 a 29	133	77,8
30 a 39	131	76,6
40 a 49	128	74,9
50 a 59	98	57,3
60 ou mais	85	49,7
Não descreve	29	17,0
Estado civil		
Casada, união estável	124	72,5
Separada, divorciada	66	38,6
Solteira	57	33,3
Viúva	48	28,1
Não descreve	44	25,7
Vínculo com o agressor		
Parceiro íntimo atual	166	97,1
Membro da família	23	13,5
Conhecido	35	20,5
Parceiro íntimo anterior	25	14,6
Desconhecido	29	17,0
Não descreve	5	2,9

1: A porcentagem total excede os 100,0% pois no mesmo artigo diferentes categorias de faixa etária, estado civil e vínculo com o agressor foram investigadas.

Discussão

A produção científica internacional referente à violência contra a mulher é recente, com início na década de 1970 (9) e, desde então, tem apresentado aumento no seu volume. Este fenômeno também pôde ser observado nos últimos três anos analisados no presente estudo, indicando uma crescente importância e visibilidade do tema na comunidade científica.

Dentre as áreas de conhecimento dos periódicos que publicaram artigos sobre o tema, as ciências médicas se destacaram ao divulgarem o maior número dos artigos analisados. Assim, apesar das dificuldades para a inclusão da violência nas agendas de saúde (1, 15), a análise dos artigos sobre mulheres em situação de violência revelou crescente reconhecimento da violência contra a mulher enquanto problema de saúde pública. Estes dados contrastam com os achados de Carrasco-Portino *et al* (13), que em revisão sistemática com artigos sobre parceiros íntimos agressores, publicados em revistas das ciências da saúde e das ciências sociais entre 2000 e 2005, identificaram que nenhum dos artigos foi publicado em revistas de saúde pública, enquanto que 55,7% foram publicados em revistas especializadas em violência. Por outro lado, o considerável número de artigos publicados em revistas específicas de violência que estão indexadas em bases de dados da saúde ressaltou a inserção da violência como objeto da intersectorialidade, em que as ciências médicas e sociais se complementam (13, 15).

O inglês foi o idioma mais utilizado pela comunidade científica que pesquisou a violência contra a mulher. Em outras revisões sistemáticas sobre o tema, com variados enfoques, também foi possível identificar o predomínio da língua inglesa (12, 16, 17), que vem sendo reconhecida como a língua do mundo científico atual (18). Entre todos os países, os EUA ocupam o primeiro lugar do *ranking* mundial de produção científica (19), e mantiveram esta colocação dentre os artigos sobre violência contra a mulher analisados no presente estudo. Na classificação de Guimarães (19) o Brasil ocupou, em 2001, o 18º lugar. No entanto, os artigos analisados com origem no Brasil revelaram a classificação de destaque deste país como o segundo com maior número de artigos sobre violência contra a mulher.

Este achado deve ser analisado com cautela, afinal duas das bases de dados utilizadas no presente estudo, LILACS e Scielo, abrangem especificamente a produção científica latino-americana, podendo tal fato ter influenciado a maior quantidade de artigos brasileiros. Por outro lado, ações governamentais como a criação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências em 2001 e a promulgação da Lei nº 11.340/2006, que regulamenta a prevenção, a punição e a erradicação da violência contra a mulher, evidenciaram as discussões sobre o tema no Brasil (20, 21). Esses avanços políticos e legislativos, resultados não apenas da mobilização social, mas também frutos de grupos de pesquisas que objetivam o enfrentamento do problema (22), possivelmente tenham agido no sentido de aumentar a produção científica brasileira nesse campo do conhecimento.

A visibilidade da Ásia e da África em relação ao número de artigos revela a preocupação em relação ao tema violência contra a mulher e a inserção de pesquisadores de países em desenvolvimento na comunidade científica mundial. Dessa forma, apesar da ampla disparidade entre a produção norte-americana e de outros continentes, existe um contingente considerável de países produzindo conhecimento sobre o tema. Isto revela que, apesar de escassas, pesquisas sobre violência contra a mulher são realizadas em muitos países. Esses resultados apontam diferenças consideráveis aos de Carrasco-Portino (13), que em revisão de 61 artigos com enfoque no agressor, identificaram diversidade menor, com 77,0% da produção norte-americana, 16,4% européia e apenas 6,5% dos artigos nos demais continentes.

Identificou-se que a violência contra a mulher tem sido abordada amplamente com estratégias metodológicas quantitativas, como também reconheceu a OMS (1). A tendência para os métodos quantitativos pode estar relacionada às possibilidades de coleta de dados em função do lócus de pesquisa e à demanda de informações sobre a prevalência do problema e de seus fatores de risco.

Os diferentes enfoques metodológicos dificultam a comparação dos estudos sobre violência contra a mulher (1, 23). Os estudos quantitativos, que identificam as variáveis que se associam estatisticamente à violência contra a mulher, são de grande utilidade para identificar fatores de risco (13). Por outro lado, existe uma tendência recente em pesquisar a violência contra a mulher com metodologias qualitativas, numa perspectiva que possibilite a descoberta e a compreensão das experiências de vida das mulheres em situação de violência, articulando os atores com a estrutura social e a história (12, 24). Os estudos quali-quantitativos, ao proporcionarem uma visão ampliada da complexidade da realidade observada, possibilitam uma maior comparabilidade com outros estudos, em especial entre populações diferentes (11, 12, 14).

A significativa maior proporção de mulheres na autoria de artigos sobre violência contra a mulher também foi identificada por Aquino (8) em estudo sobre o perfil de teses, dissertações e artigos acerca de gênero e saúde no Brasil. A violência contra a mulher é um tema estreitamente vinculado com os movimentos feministas, desde seu início na década de 1970, e desde então tem sido seu objeto de pesquisa (11). Assim, a violência baseada no gênero vem constituindo uma inquietação mais relativa às mulheres (25, 26). No entanto, ressalta-se como limitação do presente estudo a impossibilidade de identificação do sexo em sensível proporção de autores.

Os aspectos relativos às mulheres pesquisadas revelaram que não existe um padrão de seleção e descrição dos sujeitos. Os resultados sobre as faixas etárias dos sujeitos revelaram a falta de padronização entre as pesquisas sobre o tema. Para a OMS, este é mais um motivo que compromete a comparabilidade dos estudos sobre violência contra a mulher (1). Observou-se a tendência em pesquisar mais as mulheres entre 20 a 39 anos. Em revisão sistemática, Vives-Cases et al (17) identificaram uma maior taxa de denúncias de maus-tratos conjugais entre as mulheres de 21 a 50 anos. Estes dados indicam que existem maior incidência e visibilidade do problema na referida faixa etária. Nesta idade, a violência afeta com significativa evidência diversos setores sociais, como a economia e a saúde, pois as mulheres são profissionalmente mais ativas e estão em idade reprodutiva (27).

Sugere-se que o fato de a maioria dos artigos abordarem mulheres casadas decorra da seleção de sujeitos que garantam a existência de efetivo vínculo com um parceiro íntimo e, conseqüentemente, conduzam a resultados mais generalizáveis. Além disso, existem aspectos culturais referentes ao local da pesquisa, considerando que, em diversos meios, apenas é permitido que mulheres casadas tenham relacionamentos íntimos. Outro aspecto é o pressuposto que mulheres casadas têm maior risco de viver situações de violência, como esclarecem Jonson & Ferraro (9), ao afirmar que, apesar de haver certa inconclusão sobre o risco do casamento na violência física contra a mulher, existe consenso de que este constitui uma espécie de licença para o terrorismo íntimo.

Enquanto os parceiros íntimos são considerados os principais agressores (1), a separação ou o divórcio constituem a maior determinação para a violência letal e não letal contra a mulher (28, 29). Os resultados do presente estudo revelaram que os parceiros anteriores são os menos citados nos artigos sobre violência de parceiro íntimo contra a mulher. Acredita-se que este constitui um possível viés nos artigos analisados, em que a descrição do vínculo da mulher com o agressor raramente foi elucidativa. Dessa forma, é possível que na análise destes artigos, os agressores de mulheres solteiras, divorciadas ou viúvas tenham sido considerados parceiros íntimos atuais, justificando a discrepância entre os índices das categorias de mulheres casadas e de parceiros íntimos como os agressores.

Em relação ao local de pesquisa dos artigos analisados, a significativa proporção dos serviços de saúde reforça a inserção da violência contra a mulher neste contexto, como corroboram Schraiber *et al*, ao concluírem que a maioria das pesquisas brasileiras sobre violência e saúde opta em abordar a clientela de serviços de saúde (11). Além disto, realizar pesquisas nos serviços de saúde pode constituir uma facilidade metodológica. Isto pode, por outro lado, levar à superestimativa da incidência de violência na população em geral, pois as mulheres em situação de violência procuram mais os serviços de saúde (10).

A análise cruzada entre os dados sobre o local da pesquisa e enfoque metodológico revelou que, dentre os artigos cujo local foi o serviço de saúde, a maior parte utilizou enfoques quantitativos. Ao passo que, os estudos que utilizaram enfoques qualitativos optaram em pesquisar mulheres em serviços de apoio às vítimas, onde as experiências subjetivas são mais possíveis e aceitáveis de serem abordadas.

A análise do local da pesquisa destacou também os inquéritos populacionais, considerados por Viacava (30) instrumentos utilizados para a formulação de políticas públicas. No âmbito da violência contra a mulher, este método de coleta de dados possibilita estimar a prevalência da violência contra a mulher, assim como verificar a associação da situação de violência com as condições de vida e as características das mulheres.

As amostras utilizadas pelos artigos refletem o uso de amostras de maior tamanho nas pesquisas sobre violência contra a mulher. Estas amostras dependeram do local de pesquisa para a coleta de dados, o que pôde ser observado no predomínio dos serviços de saúde e das amostras por

domicílios. A mediana e a média das amostras utilizadas revelam que os artigos com métodos quantitativos, predominantes no presente estudo, determinaram corretamente suas amostras para possibilitar a análise estatística quantitativa.

Conclusões

Observou-se que a violência contra a mulher vem sendo pesquisada por uma diversidade significativa de países de todos os continentes, com preferência para as mulheres entre 20 a 39 anos, casadas e cujo agressor constituiu o parceiro íntimo atual. Os artigos sobre o tema, por sua vez, foram mais publicados nas revistas das ciências médicas, em inglês, e grande parcela descreve pesquisas realizadas nos EUA, por pesquisadoras mulheres e com enfoque metodológico quantitativo.

Em todo o mundo, a violência contra a mulher vem sendo afirmada cada vez mais como problema de saúde pública. Dessa forma, o tema deixou de ser apenas um problema para os serviços de saúde em função dos custos e demandas que representa, mas passou a ser seu objeto de pesquisa. E são as revistas das ciências médicas que mais publicaram estudos sobre violência contra a mulher.

O panorama geral sobre as características dos estudos sobre violência contra a mulher, no que diz respeito aos sujeitos, sugere que futuras pesquisas associem mais os métodos quantitativos aos qualitativos, escolham criticamente os sujeitos das pesquisas e detalhem o vínculo da mulher com o agressor em função da comparabilidade com outros estudos, possibilitando, assim, um aprofundamento cada vez maior do conhecimento sobre o tema. Dessa forma, a solidez do estado da violência contra a mulher possibilitará a elaboração de políticas fundamentadas para a mudança social e a efetiva erradicação do problema.

Referências Bibliográficas

- [1] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization; 2002.
- [2] Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.
- [3] Pan American Health Organization. Health in the Americas 2007. Volume I - Regional. Washington; 2007.
- [4] Krantz G, Garcia-Moreno C. Violence against women. J Epidemiol Community Health. 2005;59(10):818-21.
- [5] Heise L. Gender-based Abuse: The Global Epidemic. Cad Saúde Públ. 1994;10(supl. 1):135-45.
- [6] Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- [7] The World Bank. A resource guide for municipalities: community based crime and violence prevention in urban Latin America. The World Bank of Latin America and Caribbean Region; 2003.
- [8] Aquino EML. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2006;40(especial):121-32.
- [9] Johnson MP, Ferraro KJ. Research on domestic violence in the 1990s: making distinctions. Journal of Marriage and the Family. 2000;62(November):948-63.
- [10] Ruiz-Perez I, Plazaola-Castano J, Vives-Cases C. Methodological issues in the study of violence against women. J Epidemiol Community Health. 2007;61(Suppl.2):ii26-31.
- [11] Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e Saúde: estudos científico recentes. Rev Saúde Pública. 2006;40(especial):112 - 20.
- [12] Castro R, Riquer F. Research on violence against women in Latin America: from blind empiricism to theory without data. Cad Saude Publica. 2003;19(1):135-46.
- [13] Carrasco-Portino M, Vives-Cases C, Gil-Gonzalez D, Alvarez-Dardet C. What do we know about men who abuse their female partner? A systematic review. Rev Panam Salud Publica. 2007;22(1):55-63.
- [14] Minayo MCdS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cad Saúde Públ. 1993;9(3):239-62.
- [15] Minayo MC. The difficult and slow inclusion of violence on the health sector agenda. Cad Saude Publica. 2004;20(3):646-7.
- [16] Boy A, Kulczycki A. What we know about intimate partner violence in the Middle East and North Africa. Violence Against Women. 2008;14(1):53-70.
- [17] Vives-Cases C, Gil-Gonzalez D, Carrasco-Portino M, Alvarez-Dardet C. Systematic review of studies on the socioeconomic status of men who batter their intimate partners. Gac Sanit. 2007;21(5):425-30.
- [18] Elkis H. Impact factors of psychiatric publications and scientific productivity. Rev Bras Psiquiatr. 1999;21(4):231-6.
- [19] Guimarães JA. A pesquisa médica e biomédica no Brasil: comparações com o desempenho científico brasileiro e mundial. Ciência & Saúde Coletiva. 2004;9(2):303-27.
- [20] Brasil. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Ministério da Saúde; 2001.
- [21] Brasil. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Presidência da República; Casa Civil; 2006.
- [22] Minayo MC, Lima CA. Processo de formulação e ética de ação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. En: Njaine K, Assis SG, Constantino P, eds. Impactos da Violência na Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009. Pp. 34-56.

- [23] Ramírez-Rodríguez JC. La violencia de varones contra sus parejas heterosexuales: realidades y desafíos. Un recuento de la producción mexicana. *Salud Pública de México*. 2006;48(Sup. 2):315-27.
- [24] Humphreys J, Sharps PW, Campbell JC. What we know and what we still need to learn. *J Interpers Violence*. 2005;20(2):182-7.
- [25] Minayo MCdS. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- [26] Heilborn ML, Sorj B. O que ler na ciência social brasileira (1970-1995), ANPOCS/CAPES. En: Micelis S, ed. *Estudos de gênero no Brasil*. São Paulo: Editora Sumaré; 1999.Pp. 183-221.
- [27] Vives-Cases C, Carrasco-Portino M, Alvarez-Dardet C. Epidemic of intimate partner violence against women in Spain. Temporal distribution and victim age. *Gac Sanit*. 2007;21(4):298-305.
- [28] Sanmartín J. *El Labirinto de la Violencia: causas, tipos y efectos*. 2ª ed. Barcelona: Ariel; 2004.
- [29] DeKeseredy WS, Rogness M, Schwartz MD. Separation/divorce sexual assault: The current state of social scientific knowledge. *Aggression and Violent Behavior*. 2004;9:675–91.
- [30] Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(4):607-21.

Violência contra a mulher por parceiro íntimo: como vem sendo abordada? Revisão sistemática do período 2003-2007

Intimate partner violence against women: what is the approach? Systematic review of the 2003-2007 period

Resumo

Este estudo constitui parte de revisão sistemática com artigos científicos publicados entre 2003-2007, com o objetivo de analisar a violência física, a violência sexual, o abuso emocional e o comportamento controlador contra a mulher perpetrado por parceiros íntimos. Os tipos de violência contra a mulher foram analisados a partir dos conceitos da Organização Mundial da Saúde, utilizando-se o método de análise de conteúdo de Bardin. O *corpus* de análise consistiu-se de 171 artigos que abordaram os tipos de violência estudada. Os resultados apontaram para a abordagem combinada dos tipos de violência, que foram descritos predominantemente por atos e/ou comportamentos de abuso/agressão. Destacou-se a violência física. Houve invisibilidade das formas subjetivas da violência, apesar de ocorrerem sobrepostas aos outros tipos e serem consideradas fatores de risco às agressões físicas. Sugerem-se investigações futuras sobre os abusos emocionais e o controle, e sua relação com a dinâmica de violência.

Palavras chaves: violência contra a mulher, violência por parceiro íntimo, violência doméstica, violência sexual, revisão sistemática.

Introdução

A violência tem sido tema de destaque em diversos países do mundo devido à repercussão da sua magnitude na qualidade de vida das pessoas envolvidas. Está presente nos diferentes grupos sociais e econômicos, porém de modo e proporção diferentes e com mais intensidade nos grandes aglomerados urbanos. É perfilada como questão social e também de saúde pública, podendo ser identificada nos espaços públicos e privados, nas relações institucionais, grupais ou interpessoais (Nilo, 2004; Sanmartín, 2004; Schraiber et al., 2006).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), violência constitui 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).

A forma mais comum de violência contra a mulher é aquela cometida pelo parceiro íntimo, a qual se refere a qualquer ato ou comportamento dentro de uma relação íntima que causa dano físico, psíquico ou sexual aos membros da relação. Inclui as agressões físicas, o maltrato psíquico, as relações sexuais forçadas e outras formas de coação sexual, e diversos comportamentos dominantes (Krug et al., 2002).

As graves e repetidas agressões sofridas pelas mulheres, além de constituir um abuso contra os direitos humanos, demonstra que esse problema constitui-se em um tipo de violência de gênero que desafia a área de saúde pública em todo o mundo (Anacleto et al., 2009). A elevada frequência de violência por parceiro íntimo contra a mulher foi descrita em pesquisa internacional envolvendo 10 países, que identificou prevalências de 35% a 76% de violência física ou sexual ao menos uma vez na vida (Garcia-Moreno et al., 2006).

Quanto à frequência da violência perpetrada por parceiro íntimo nos Estados Unidos, Thompson et al. (2006) identificaram prevalência de 30,3% de violência física durante a vida; sendo 89,5% de sexo forçado, 92,3% de ameaças e 82,3% de comportamentos controladores. Entre essas mulheres, 66,9% sofreram múltiplas formas de violência e 21,0% declararam que foram vítimas de dois ou mais parceiros (Thompson et al., 2006). No Brasil, a violência física e/ou sexual permeou os índices de 28,9% e 36,9% durante a vida, nos contextos urbano e rural, respectivamente (d'Oliveira et al., 2009). Estima-se que 23% das mulheres brasileiras estejam em situação de violência doméstica e que 2,1 milhões de mulheres sejam vítimas de violência física grave (Narvaz & Koller, 2006).

Para a saúde da mulher, as conseqüências da violência por parceiro íntimo estão relacionadas tanto a questões psicológicas quanto a físicas traumáticas, além das queixas vagas que podem revelar a somatização dos eventos (Ruiz-Jarabo et al., 2004; Plichta, 2004). Em muitos casos, as agressões sistemáticas diminuem as perspectivas e a esperança da mulher, que acaba entrando num estado depressivo que a paralisa, anulando sua capacidade de sair da relação com o agressor (Venguer et al., 1998).

O presente artigo constitui parte de revisão sistemática com artigos publicados entre 2003 e 2007 sobre violência contra a mulher por parceiro íntimo. Este estudo analisou violência física, sexual, abuso emocional e/ou comportamento controlador perpetrados por parceiros íntimos, tendo como referencial de análise os conceitos dos tipos de violência definidos pela Organização Mundial da Saúde (Garcia-Moreno et al., 2005).

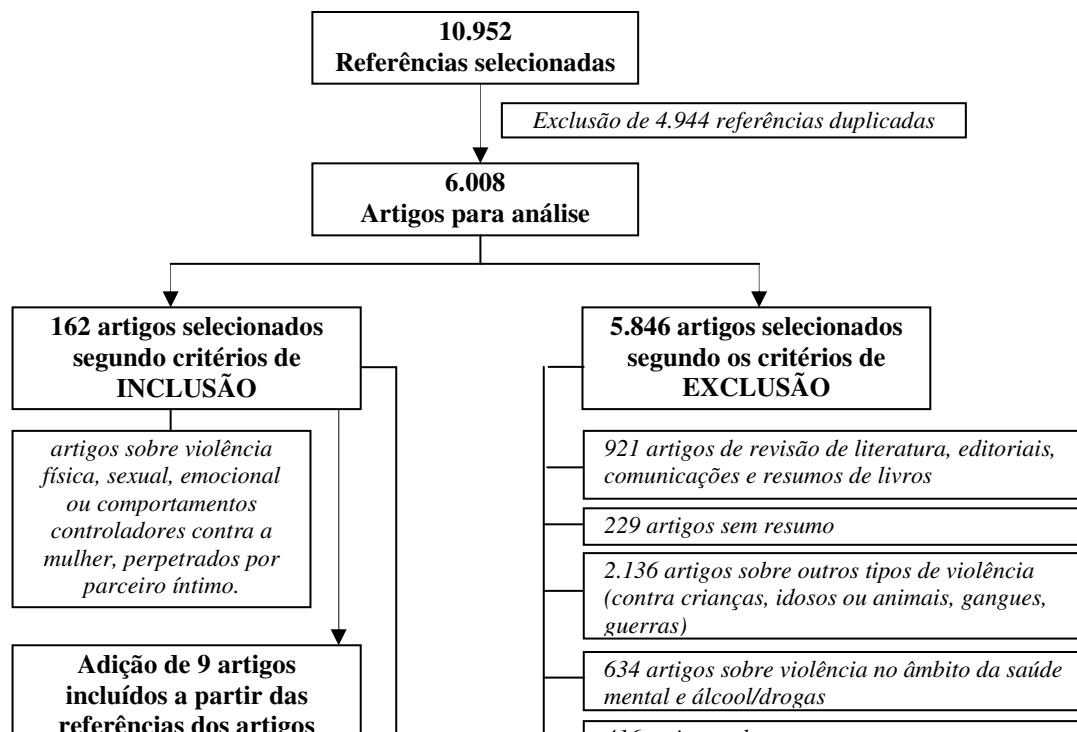
Metodologia

No período de janeiro a maio de 2008 realizou-se revisão sistemática nas bases de dados Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), PsycInfo (Psychological Abstracts), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Eletronic Library Online). Na busca utilizaram-se os termos e expressões “*violence AND against AND women*” (estratégia 1), “*domestic AND violence*” (estratégia 2), “*battered AND women*” (estratégia 3), “*sexual AND violence*” (estratégia 4), “*spouse AND abuse*” (estratégia 5), “*violence AND family*” (estratégia 6), “violência baseada em gênero” (estratégia 7) e “violência doméstica e sexual contra a mulher” (estratégia 8). As palavras-chave foram escolhidas a partir dos tesouros das bases de dados investigadas, sendo que os descritores das estratégias 7 e 8 são próprios do Lilacs e foram aplicados somente nesta base de dados. Consideraram-se potencialmente elegíveis os artigos originais publicados em todos os idiomas entre janeiro de 2003 e dezembro de 2007.

Das 10.952 referências inicialmente identificadas foram excluídas 4.944 duplicadas, constituindo-se, assim, 6.008 artigos. A sistematização dos dados baseou-se na análise de conteúdo proposta por Bardin (1977) e, estruturou-se nos momentos:

1. Pré-análise: os artigos foram subdivididos por ano de publicação; seus títulos e resumos lidos e classificados conforme os critérios de seleção (Figura 1). Foram incluídos na análise os artigos que investigaram a violência física, sexual, emocional e/ou comportamentos controladores contra a mulher perpetrados por parceiro íntimo. A análise das referências dos 162 artigos selecionados para leitura permitiu a inclusão de mais 9 artigos, resultando em 171 artigos que constituíram o *corpus*. Para o material de análise relativo ao *corpus* observaram-se as regras da exaustividade, homogeneidade e da pertinência.

Figura 1: Fluxograma de seleção de artigos sobre violência contra a mulher por parceiro íntimo.



(a) Violência contra gestantes, femicídio, divulgação de produtos, higiene, conseqüências da violência para a saúde da mulher, entre muitos outros.

(b) Em processo pelo SCAD/BVS.

2. Categorização: a partir do *corpus* procedeu-se nova leitura, com o olhar voltado para os conceitos e/ou descrições referentes às manifestações de violência contra a mulher. Este material, por sua vez, foi reagrupado em categorias definidas *a priori*, com base no conceito dos tipos de violência da OMS por Garcia-Moreno et al. (2005), a seguir:

- *Violência física:* foi esbofeteadada ou teve algo atirado nela que poderia feri-la, foi empurrada ou esbarrada, foi golpeada com o punho ou outro objeto que poderia feri-la, foi chutada, arrastada ou espancada, foi estrangulada ou queimada propositalmente, o agressor ameaçou usar ou já utilizou arma de fogo, faca ou outra arma contra ela;

- *Violência sexual:* foi forçada fisicamente a manter intercurso sexual quando ela não o desejava, teve intercurso sexual quando não o desejava por medo da atitude do parceiro, foi forçada a fazer algo sexual que ela achou degradante ou humilhante;

- *Abuso emocional:* foi insultada ou sentiu-se mal sobre si mesma, foi depreciada ou humilhada em frente a outras pessoas, o agressor tem feito coisas para assustar ou intimidá-la propositalmente, por exemplo, na forma como a olha, como chora ou quebra coisas, o agressor tem ameaçado machucar alguém por quem ela tem afeto;

- *Comportamento controlador:* o agressor tenta evitar que ela veja amigos, tenta restringir o contato dela com sua família de origem, insiste em saber onde ela está em todos os momentos, a ignora ou a trata indiferentemente, fica bravo quando ela fala com outro homem, freqüentemente suspeita que ela o trai, espera que ela peça permissão antes de procurar um serviço de assistência à saúde para si mesma.

3. Inferência: procedeu-se análise quantitativa e qualitativa dos dados do *corpus* reagrupados segundo as categorias dos tipos de violência. Para Bardin (1977) é importante que se associe as duas formas de análise, uma vez que a validação da análise de conteúdo ocorre na quantificação da análise qualitativa. A análise quantitativa fundamentou-se na freqüência de aparição dos tipos de violência e atos/comportamentos de agressão e abuso contra a mulher. A análise qualitativa validou-se na inferência específicas de cada tipo de violência.

Tratamento dos resultados e interpretações

A interação entre os tipos de violência contra a mulher

Os 171 artigos selecionados para comporem o *corpus* de análise, a partir dos conceitos propostos pela OMS (Garcia-Moreno et al., 2005) para violência física, sexual, abuso emocional e comportamento controlador contra a mulher, revelaram que estes tipos de violência foram abordados de forma associada. Evidenciou-se a combinação dos quatro tipos de violência acima citados (32,7%); e a associação de três tipos (30,4%), com destaque para a combinação de violência física, sexual e abuso emocional (Tabela 1).

As combinações identificadas vão ao encontro dos achados de Garcia-Moreno et al. (2005) e Krantz & Garcia-Moreno (2005), que revelaram a interação das diferentes formas de violência contra a mulher, em que as violências física e/ou sexual estão acompanhadas de abusos psicológicos e altos níveis de comportamento controlador. Saffioti (2004) afirma que a violência não ocorre isoladamente e, qualquer que seja a forma assumida pela agressão, a violência emocional está sempre presente.

Os diferentes tipos de violência contra a mulher causam conseqüências para a qualidade de vida da vítima, pois tanto a sua saúde é prejudicada quanto as suas relações sociais e de subsistência. No entanto, observou-se que as mulheres vítimas de violência física e sexual são as que mais procuram os serviços de saúde (Schraiber & d'Oliveira, 1999).

Por outro lado, muitas mulheres afirmam que os abusos emocionais são mais degradantes que as agressões físicas (KRUG et al., 2002). A intensidade das ameaças e o poder que as palavras têm de ferir uma pessoa dependem do contexto em que são proferidas e da dinâmica de cada relação, dessa

forma, as mulheres podem ser psicologicamente atormentadas e controladas por homens que nunca as tocaram violentamente (Langhinrichsen-Rohling, 2005).

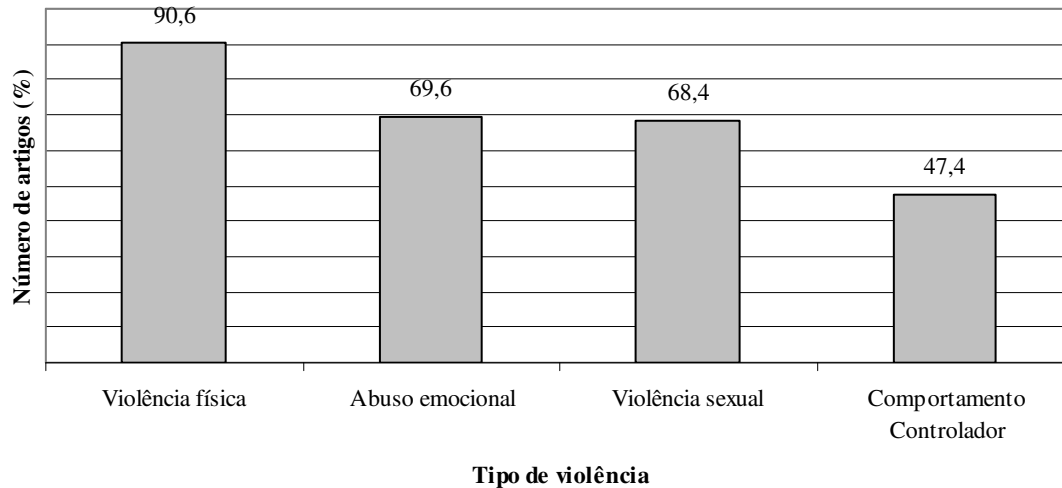
Tabela 1: Número de artigos segundo abordagens dos tipos de violência contra a mulher, no período 2003-2007.

Subgrupos de abordagem*	Número de Artigos (n)	Proporção no Subgrupo (%)	Proporção no total (%)
1 tipo de violência			
Física	18	62,1	10,5%
Sexual	8	27,6	4,7%
Emocional	2	6,9	1,2%
Controle	1	3,4	0,6%
Subtotal	29	100,0	17,0%
2 tipos de violência			
Física e sexual	17	50,0	9,9%
Física e emocional	12	35,3	7,0%
Física e controle	2	5,9	1,2%
Sexual e emocional	1	2,9	0,6%
Sexual e controle	1	2,9	0,6%
Emocional e controle	1	2,9	0,6%
Subtotal	34	100,0	19,9%
3 tipos de violência			
Física, sexual e emocional	33	63,5	19,3%
Física, emocional e controle	13	25,0	7,6%
Física, sexual e controle	5	9,6	2,9%
Sexual, emocional e controle	1	1,9	0,6%
Subtotal	52	100,0	30,4%
4 tipos de violência			
Física, sexual, emocional e controle	56	100,0	32,7%
Total	171	100,0%	100,0%

*Física = violência física; Sexual = violência sexual; Emocional = abuso emocional; Controle = comportamento controlador.

No universo das abordagens de violência contra a mulher utilizadas pelos autores dos artigos analisados verificou-se maior proporção da violência física (90,6%; Figura 2). Johnston & Naved (2008) e Ruiz-Perez et al. (2007) também identificaram o predomínio da violência física em publicações sobre violência contra a mulher. A violência física constitui a manifestação de violência mais quantificável, visto que seus atos são objetivos e geralmente causam conseqüências visíveis (Krantz & Garcia-Moreno, 2005).

Figura 2: Proporção de artigos segundo os tipos de violência contra a mulher abordada, no período 2003-2007.



O abuso emocional constituiu o segundo tipo de violência contra a mulher mais abordado (69,6%), seguido da violência sexual. Langhinrichsen-Rohling (2005) destaca a importância de abrangerem-se as variadas formas da violência contra a mulher, no sentido de possibilitar a percepção da verdadeira gama de interações familiares potencialmente prejudiciais.

Observou-se que o abuso emocional tem sido evidenciado de forma relevante pelos artigos sobre violência contra a mulher por parceiro íntimo, o que expõe preocupação dos autores destes estudos sobre as manifestações subjetivas da violência. O abuso emocional foi sensivelmente mais abordado do que a violência sexual (68,4%). A dinâmica que envolve a violência física, emocional e sexual num relacionamento íntimo, que Johnson & Ferraro (2000) explicitam em violência conjugal comum e terrorismo íntimo, vem sendo estudada com ênfase desde a década de 1990. Segundo os autores, foi a partir desta década que os estudos sobre o tema evidenciaram as diferentes formas de violência contra a mulher (Johnson & Ferraro, 2000).

O comportamento controlador, por outro lado, surge na literatura no final de década de 1990 (Johnson & Ferraro, 2000), e apenas em 2005 foi incluído como tipo de violência contra a mulher pela OMS (Garcia-Moreno et al., 2005). No presente estudo, o comportamento controlador constituiu o tipo de violência com menor proporção (47,4%). Ainda assim, sugere-se que o comportamento controlador apresentou representativa visibilidade, visto que foi reconhecido pela OMS justamente na metade do período em que os artigos analisados pelo presente estudo foram publicados, revelando que os autores estiveram preocupados em incluir o controle às diferentes manifestações de violência contra a mulher.

A análise das abordagens dos tipos de violência do estudo revelou que os atos que os compõem estão relacionados aos conceitos da OMS (Garcia-Moreno et al., 2005) e, em alguns casos, extrapolaram-nos, como: agarrar ou restringir (violência física), ameaçar de agressão e berrar ou gritar (abuso emocional), carícias indesejadas (violência sexual) e controle econômico e dominação ou uso de poder (comportamento controlador). Estes aspectos, juntamente com as características individuais de cada tipo de violência contra a mulher, serão tratados a seguir. A ordem da descrição dos tipos de violência seguiu a frequência de abordagem revelada pelos artigos analisados.

Violência física

Dentre os quatro tipos de violência (*física, sexual, abuso emocional e comportamento controlador*), quando analisados isoladamente, a física apresentou o maior índice com 90,6% dos artigos analisados. Destes, 19,4% abordaram a violência enquanto *violência física, ataque ou maltrato físico*, sem especificar os atos cometidos pelos agressores. No entanto, são inúmeras as formas de violência que os autores utilizaram para expressar as manifestações da violência física. Os atos mais destacados pelos 125 (80,6%) artigos que detalham a violência física foram: esbofetear, dar tapas,

socos e/ou apunhalar (69,7%); empurrar e/ou dar encontrões/esbarrar (52,3%); chutar (46,5%); ameaçar e/ou usar arma de fogo ou faca (41,9%); e espancar (32,3%).

Além destes, foram citados ainda os atos de estrangular (29,7%); atirar algo que possa machucar (26,5%); queimar, esquentar, afogar e/ou causar choque elétrico (25,8%); arrastar (17,4%); bater/apunhalar/atacar com objetos (doméstico, pedra, pedaço de madeira, garrafa, cinta); dirigir imprudentemente (17,4%); e agarrar/restringir (11,6%).

O conjunto de atos que a OMS (Garcia-Moreno et al., 2005) utiliza para compor a violência física foi amplamente utilizado pelos autores dos artigos analisados. No entanto, algumas abordagens de atos que extrapolam o conceito da OMS, como na descrição dos objetos utilizados no ataque contra a mulher, os atos de esquentar e causar choque elétrico e agarrar/restringir a mulher.

A violência física contra a mulher foi abordada por uma composição de um ou vários atos, sendo mais comuns as bofetadas, tapas, socos e apunhaladas. A violência foi, majoritariamente, abordada enquanto atos de agressão, dirigidos por meio de força física e instrumentos contra a integridade física da mulher. Assim, diferente da violência sexual, do abuso emocional e do comportamento controlador, que estiveram representados por atos e comportamentos abusivos, a violência física esteve composta exclusivamente por atos.

Em relação à intensidade dos atos da violência física, 20,6% dos artigos analisados classificaram-na em *violência menor, leve* ou *moderada*, e *violência maior, grave* ou *severa*. Segundo Graham-Kevan & Archer (2008) a dinâmica da violência ocorre de duas formas: (1) terrorismo íntimo, resultado da ideologia patriarcal e correspondente às formas mais graves de violência; e (2) violência conjugal comum (*common couple violence*) em que a natureza das agressões é mais branda e geralmente é perpetrada por ambos os membros da relação. Dentre os atos de violência física identificados nos artigos analisados, observou-se que aqueles como esbofetear e agarrar/restringir podem ser considerados de menor intensidade, enquanto que os outros atos, como espancar, ameaçar ou utilizar arma e estrangular, podem ser classificados como atos graves, que podem levar a sérias conseqüências para a saúde da mulher.

De modo geral, as conseqüências da violência física para a pessoa agredida são severas e abrangem diversas dimensões, desde ocorrência de fraturas, luxações, agravos à saúde sexual e impactos psicológicos e comportamentais, como depressão, ansiedade, dependência química e farmacológica, ou, em casos mais severos, desequilíbrios que levam a suicídios (Coker, 2007; Krug et al., 2002). Outro estudo assinalou que a violência de gênero causa mortes e incapacidades entre as mulheres de 15 a 44 anos em proporção maior que o câncer, malária, acidente de trânsito e a guerra (Rede Feminista de Saúde, 2005). As lesões e conseqüências da violência foram citadas em 27,7% dos artigos, como: “[...] lesões com as mãos, pés ou objetos” (Aliello et al., 2005), “[...] ter um osso quebrado como resultado de conflito” (Albaugh & Nauta, 2005), e “A mulher sente-se insegura em casa [...]”(Goldblatt & Granot, 2005).

A violência física tem sido o tipo de violência contra a mulher com maior visibilidade. Os fatores que contribuem para o desvelamento da violência física em função das conseqüências destes atos; por outro lado, por se constituir de atos objetivos contra a integridade física da mulher, torna-se mais quantificável do que os outros tipos de violência (Krantz & Garcia-Moreno, 2005).

Abuso emocional

Constitui o segundo tipo de violência abordado, com 69,6% dos artigos analisados. Destes, 15,1% citaram conceitos genéricos como *abuso emocional*, *violência psicológica* ou *agressão verbal*, sem detalhar os atos e comportamentos de agressão.

O abuso emocional vem sendo abordado prioritariamente por atos e comportamentos dirigidos contra a saúde mental da mulher (84,9%). Os diferentes atos de abuso emocional foram abordados de forma composta e complementar, com destaque para: insultos, xingamentos, humilhações e abusos verbais de desrespeito e ridicularizar (63,3%); ameaças de violência física e morte (47,5%); gritar ou berrar durante discussões (18,8%); destruir pertences da mulher (18,8%); colocar a mulher “para baixo” ou fazê-la sentir-se mal (17,8%).

Houve destaque também para ameaçar bater ou fazer mal aos filhos ou pessoas próximas (16,8%); ameaçar de divórcio (7,9%); maltratar animais domésticos (6,9%) e irritar a mulher ou fazê-la sentir-se “louca” (6,9%).

As agressões verbais, para Vives-Cases et al. (2009), dizem respeito à dominação do homem sobre a família e são resultantes da ideologia patriarcal, constituem um importante fator de risco que aumenta as chances da violência física. Da mesma forma, os artigos analisados evidenciaram as ameaças para violência física, reafirmando que o abuso emocional ocorre sobreposto a outras agressões contra a mulher (Johnston & Naved, 2008; Saffioti, 2004; Vung et al., 2008). A dinâmica entre o abuso emocional e a violência física revela que esta tem 16 vezes mais chance de ocorrer se o casal discute frequentemente, mesmo com o controle dos aspectos socioeconômicos e níveis de estresse do parceiro e de amizade entre os membros da relação (Vives-Cases et al., 2009).

Além destes atos, dentre os artigos que detalharam o abuso emocional, evidenciaram-se também agressões de cunho moral, como “[...] calúnia, difamação ou injúria; discriminação ideológica, discriminação racial, discriminação por idade ou condição física” (Galvão & Andrade, 2004). Particularmente, esta citação de Galvão & Andrade (2004) está relacionada com o contexto que antecedeu a criação, no Brasil, da Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006, que regulamenta a prevenção, a punição e a erradicação da violência contra a mulher. Denominada Lei Maria da Penha, considera a violência moral separadamente de outros tipos de violência contra a mulher, porém não a restringe ao contexto dos relacionamentos íntimos (Brasil, 2006).

As conseqüências do abuso emocional têm grande impacto sobre a qualidade de vida das mulheres e estão associadas à baixa auto-estima, depressão, ansiedade e ao estresse pós-traumático (Capezza & Arriaga, 2008). O abuso emocional comumente ocorre associado a outras formas de violência e corrobora para o agravamento das conseqüências causadas por agressões físicas e sexuais. Além disso, o medo e a insegurança das vítimas dificultam a procura de serviços de saúde e de apoio, levando à cronificação da dinâmica de violência. Nos artigos analisados, 12,6% evidenciaram conseqüências associadas ao abuso emocional, como pode ser observado na citação de Nash (2005) “[...] perda da auto-estima e sentimentos de desamparo”.

O abuso emocional tem sido abordado por uma significativa proporção de artigos. No entanto, ainda há lacuna entre a prevalência da abordagem da violência física e do abuso emocional, evidenciando a necessidade de maior visibilidade para este tipo de violência.

Violência sexual

A violência sexual, em especial contra a mulher, tem sido identificada por entidades ligadas aos direitos humanos e organismos internacionais, como a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), como problema de saúde pública (Oliveira et al., 2005). Somente em 2002 a OMS definiu a violência sexual como todo ato sexual não desejado, ou ações de comercialização e/ou utilização da sexualidade de uma pessoa mediante qualquer tipo de coerção (Krug et al., 2002).

Nos artigos analisados no presente estudo, a violência sexual contra a mulher foi abordada por 70,7% do total do *corpus*. Destes, 20,5% identificaram a violência sexual como *coerção ou abuso sexual*, sem detalharem atos ou comportamentos. No entanto, com 79,5% prevaleceram as abordagens com especificação da violência sexual enquanto atos, com destaque para: forçar fisicamente para atividade/ato sexual (74,2%); ameaçar para manter atividade sexual (24,7%); intercurso vaginal, oral ou anal indesejado (18,3%); e forçar para atividade sexual degradante e humilhante (16,1%). Além destes, verificou-se também: o estupro (15,0%); restringir/imobilizar para manter atividade sexual (11,8%); carícias indesejadas (11,8%) e manter sexo por medo da reação do parceiro (11,8%).

Além dos atos de violência sexual propostos pela OMS, os autores dos artigos analisados utilizaram descrições que complementaram as diferentes manifestações deste tipo de violência. Observaram-se a descrição do tipo de intercurso sexual forçado (vaginal, oral ou anal) e evidência para aspectos sutis, como as carícias indesejadas. Os atos que compõem a abordagem da violência sexual nos artigos analisados correspondem a ações de força física e comportamentos de coerção sexual para subjugar e controlar a mulher com o intuito de manter condutas de cunho sexual.

A violência sexual contra a mulher leva a uma série de conseqüências para as vítimas. Para a saúde, as conseqüências abrangem a gravidez indesejada, maior risco para aborto e conseqüências do

pós-parto, doenças sexualmente transmissíveis, dores pélvicas e lesões físicas, assim como sofrimento psíquico e maior risco para suicídio, revelando o impacto da violência sobre a saúde das vítimas e a demanda de assistência profissional adequada para diagnosticar a situação precocemente e evitar a cronificação do problema (Ruiz-Perez et al., 2006). Dentre os artigos que abordam a violência sexual, 12,0% incluíram lesões e conseqüências de cunho sexual, tanto aquelas causadas pelo agressor para forçar o ato sexual indesejado, quanto como conseqüência dos atos perpetrados.

As abordagens da violência sexual evidenciaram uma representativa variabilidade em função do detalhamento dos atos e comportamentos relacionados com a intimidade e o intercurso sexual. Essa variabilidade acaba limitando consideravelmente a comparabilidade dos diferentes estudos. Segundo Kilpatrick (2004), os conceitos mais amplos tendem a ter uma prevalência maior, enquanto que os conceitos restritos, que se limita a atos de força física, resultam em prevalência menor de violência contra a mulher. A OMS orienta para que pesquisadores da área atentem para a privacidade dos sujeitos no que diz respeito à formulação de perguntas, para que estas sejam confortáveis e sem julgamentos (Krug et al., 2002).

No estudo de Ahmed & Elmardi (2005) este tipo de violência não pôde ser abordado devido a questões culturais de Bangladesh. Nesse país, é permitido que as mulheres tenham aproximação com parceiro íntimo apenas mediante o casamento, e o assunto que envolve essa intimidade é cercado de tabus. “Perguntas sobre violência, relacionadas a questões sexuais, foram percebidas como embaraçosas para as primeiras quinze mulheres [entrevistadas] (que se recusaram a dar respostas claras). Estas foram suprimidas da pesquisa” (Ahmed & Elmardi, 2005).

A questão levantada pelos autores pode estar associada ao fato da violência sexual abordada em menor proporção do que a violência física e o abuso emocional, apesar dos reconhecidos impactos para as vítimas e para os serviços de saúde que comprovam a amplitude da violência sexual. Mesmo com cuidados adequados para evitar constrangimentos durante as entrevistas, percebeu-se que a violência sexual é tema delicado de ser abordado em determinados meios sociais. Isto, no entanto, contribui para a invisibilidade da violência sexual, em especial a perpetrada pelo parceiro íntimo, e desencoraja as mulheres a denunciarem e falarem sobre os abusos.

Comportamento controlador

O comportamento controlador foi evidenciado em 47,4% dos artigos analisados, constituindo o tipo de violência menos abordado pelos artigos que tratam sobre violência contra a mulher por parceiro íntimo. No entanto, a OMS divulgou em 2005 que os índices mais altos de violência corresponderam aos comportamentos controladores (21% a 90%), e esclareceu os agressores que perpetraram violência física, apresentaram maiores níveis de comportamentos controladores, sugerindo que estes podem constituir em fator de risco para aquelas agressões (Garcia-Moreno et al., 2005).

Dentre as abordagens do comportamento controlador, apenas 3,7% dos artigos utilizaram os termos controle, ameaça ou negociação, em detrimento da explicitação de atos. Por outro lado, com representativo predomínio, o comportamento controlador foi abordado por atos e condutas (85,2%), dentre os quais se destacaram: isolar socialmente da família e amigos (65,2%); controlar os movimentos e atividades da mulher (58,0%); controle econômico da mulher (37,7%); e ciúmes quando a mulher fala com outro homem (34,8%).

Ainda, foram utilizados os atos de dominar ou usar poder sobre a mulher (27,5%), restringir o acesso da mulher à escola e/ou ao trabalho (21,7%), limitar ou monitorar o uso do telefone (20,3%) e seguir a mulher (17,4%).

Em relação ao conceito de comportamento controlador da OMS, os resultados do presente estudo indicam que houve diferentes descrições de comportamentos de controle, como o controle econômico, o uso do poder e as restrições de ir à escola ou ao trabalho e no uso do telefone, como descrito acima. Os aspectos “a ignora ou a trata indiferentemente” e “espera que ela peça permissão antes de procurar um serviço de assistência à saúde para si mesma” não foram evidenciados pelos autores dos artigos analisados.

O controle do parceiro íntimo sobre a mulher evidenciou-se no isolamento social, em que a mulher é impedida ou dificultada de rever sua família de origem, seus amigos ou até vizinhos, e no

controle propriamente dito, em que o parceiro exige explicações e relatórios constantes sobre onde, com quem, o que fez no seu dia-a-dia. As condutas evidenciadas nos artigos analisados revelaram o sentido de subordinação feminina, em que as decisões da mulher são ignoradas, assim como o impedimento do acesso ao dinheiro, trabalho, estudo e comunicação, que poderiam contribuir para a independência da mulher e sua liberação da situação de violência.

Baseando-se em uma perspectiva de gênero, a violência contra a mulher vem sendo entendida como o resultado das relações de poder entre homem e mulher, tornando-se visível a desigualdade que há entre eles, onde o masculino é que determina qual é o papel do feminino (Galvão & Andrade, 2004). O uso sistemático de diversas formas de subordinação, isolamento e outras formas de controle, constituem o terrorismo patriarcal, fruto das tradições patriarcais que dão direito aos homens de controlarem suas esposas (Johnson, 1995).

No terrorismo patriarcal todos os tipos de violência estão incluídos, mas os comportamentos controladores estão mais caracterizados devido à dominação explícita que o homem exerce sobre a mulher. Em sociedades nas quais essas tradições patriarcais prevalecem, a personalidade da mulher é definida pelos desejos do homem. Se ela não cooperar e se rebelar, será punida por meio de espancamentos, aprisionamento e, às vezes, homicídio. O comportamento controlador também foi relacionado com a violência física por (Deeke et al., 2009), ao afirmarem que o fator ciúmes corresponde a um dos principais motivos para as agressões.

O fato de apenas 11 a 40% das mulheres em situação de violência procurar os serviços de saúde (Moe, 2007), pode estar relacionado com o controle que o parceiro exerce, ao proibir o acesso, ao controlar as respostas da mulher diante do profissional de saúde, ou ainda, ao causar medo por retaliações caso a mulher procure os serviços sem permissão.

Neste sentido, as relações desiguais de gênero constituem uma condição geral de risco para que a mulher seja tratada com violência, entendendo-se que tal conduta é muitas vezes usada conscientemente como um mecanismo para subordinação (Ali & Gavino, 2008; Castro & Riquer, 2003; Galvão & Andrade, 2004).

No entanto, de acordo com o meio cultural, os ciúmes excessivos e a exigência de relatórios constantes podem ser interpretados pela mulher como manifestações de zelo do parceiro íntimo. Enquanto que, para algumas mulheres o controle parte de uma condição de desigualdade de gênero, outras pode sentirem-se protegidas e os atos de controle passam a ser percebidos como preocupação, carinho e amor. Neste contexto, percebeu-se o desafio de reconhecer e mensurar o comportamento controlador em pesquisas sobre violência contra a mulher, uma vez que nem sempre a mulher considera o controle algo que gera conseqüências negativas em sua qualidade de vida. Dessa forma, Krantz & Garcia-Moreno (2005) e Thompson et al. (2006) afirmam que o comportamento controlador apresenta uma representativa complexidade, em função de ser intrinsecamente subjetivo e culturalmente diferenciado.

Outra concepção de comportamento controlador corresponde à perseguição, que foi identificado em 11,1% dos artigos analisados, como pode ser observado em: “Padrão de condutas ou comportamentos de invasão sobre outra pessoa que é indesejado, ameaça implícita ou explícita evidenciada pelo comportamento de invasão, perseguição proposital, maliciosa e repetitiva, que causa medo em relação à segurança da vítima e sua família” (Dietz & Martin, 2007). Em estudo sobre definições para violência contra a mulher, Kilpatrick (2004) considera o comportamento controlador como perseguição. Segundo o autor, este tipo de violência corresponde à aproximação visual e física com variadas formas de comunicação não consensual (Kilpatrick, 2004).

As diferentes abordagens do comportamento controlador podem estar relacionadas ao fato de este ter sido reconhecido recentemente, por entidades internacionais como a OMS e a comunidade científica, enquanto violência contra a mulher (Garcia-Moreno et al., 2005; Johnson & Ferraro, 2000). Ainda assim, observou-se preocupação dos autores dos artigos analisados com as várias faces do comportamento controlador, em que o controle do parceiro íntimo abrange diversos aspectos da vida da mulher – a saúde física e mental e a subsistência.

Considerações Finais

A violência física revelou ser o tipo de violência contra a mulher mais frequentemente abordado, no entanto, os tipos com menores prevalências causam severas conseqüências e sofrimentos e podem até ser considerados fatores de risco para as agressões físicas. Dessa forma, percebeu-se a necessidade de que os quatro tipos de violência contra a mulher estudados – física, sexual, abuso emocional e comportamento controlador – necessitam de estudos contínuos proporcionando maior visibilidade.

Apesar das diferenças na frequência de abordagem dos tipos de violência contra a mulher, houve evidência para a abordagem associada da violência física, sexual, abuso emocional e do comportamento controlador. A combinação dos tipos de violência revelou que as diferentes manifestações, que a violência contra a mulher apresenta, interagem e formam uma teia de abusos e agressões enraizadas entre si.

A partir dos artigos analisados podemos considerar as abordagens dos tipos de violência contra a mulher apresentadas excederam os conceitos estabelecidos pela OMS. Os autores de pesquisas sobre o tema demonstraram preocupação com as diferentes manifestações da violência contra a mulher ao abordarem conceitos de violência detalhados e ao associarem os diferentes tipos nas situações de violência vivenciadas pelas mulheres. Esta abordagem expandida acabou demonstrando que a violência por parceiro íntimo tem sido objeto de estudo da comunidade científica, contribuindo para seu desvelamento.

Demais pesquisas são necessárias para estudar a violência contra a mulher em outras dimensões e populações. Novas informações sobre como cada tipo de violência contra a mulher ocorre e interage com a própria dinâmica da violência permite que o conhecimento na área se consolide e permita a construção de políticas públicas que tenham impacto na qualidade de vida das mulheres.

Referências Bibliográficas

- Ahmed, A. M., & Elmardi, A. E. (2005). A study of domestic violence among women attending a medical centre in Sudan. *East Mediterr Health J*, 11(1-2), 164-174.
- Albaugh, L.-M., & Nauta, M.-M. (2005). Career Decision Self-Efficacy, Career Barriers, and College Women's Experiences of Intimate Partner Violence. *Journal of Career Assessment*, 13(3), 288-306.
- Ali, P. A., & Gavino, M. I. (2008). Violence against women in Pakistan: a framework for analysis. *J Pak Med Assoc*, 58(4), 198-203.
- Aliello, Y. V., Estrada, L. C., Brito, Y. D., Molina, L. M., & Rivero, J. L. P. (2005). Violencia Conyugal en la mujer. *Arch. med. Camaguey*, 9(5).
- Anacleto, A. J., Njaine, K., Longo, G. Z., Boing, A. F., & Peres, K. G. (2009). [Prevalence of intimate partner violence and associated factors: a population-based study in Lages, Santa Catarina State, Brazil, 2007]. *Cad Saude Publica*, 25(4), 800-808.
- Blanco, P., Ruiz-Jarabo, C., Vinuesac, L. G., & Martín-García, M. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit*, 18(Supl 1), 182-188.
- Brasil. (2006). Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006.
- Capezza, N. M., & Arriaga, X. B. (2008). Factors associated with acceptance of psychological aggression against women. *Violence Against Women*, 14(6), 612-633.
- Castro, R., & Riquer, F. (2003). [Research on violence against women in Latin America: from blind empiricism to theory without data]. *Cad Saude Publica*, 19(1), 135-146.
- Coker, A. L. (2007). Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse*, 8(2), 149-177.
- d'Oliveira, A. F. P. L., Schraiber, L. B., França-Junior, I., Ludermir, A. B., Portella, A. P., Diniz, C. S., et al. (2009). Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women. *Rev Saúde Pública*, 43(2), 299-310.
- Oliveira, E. M., Barbosa, R. M., de Moura, A. A., von Kossel, K., Morelli, K., Botelho, L. F., et al. (2005). [The services for women victims of sexual violence: a qualitative study]. *Rev Saude Publica*, 39(3), 376-382.
- Deeke, L. P., Boing, A. F., Oliveira, W. F. d., & Coelho, E. B. S. (2009). Dynamics of Domestic Violence: an analysis from the perspective of the attacked woman and her partner's discourses. *Saúde Soc. São Paulo*, 18(2), 248-258.
- Dietz, N.-A., & Martin, P.-Y. (2007). Women who are stalked: Questioning the fear standard. *Violence Against Women*, 13(7), 750-776.
- Galvão, E. F., & Andrade, S. M. d. (2004). Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, 13(2), 89-99.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H.-A. F. M., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C.-H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368(9543), 1260-1269.

- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A. F. M., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. (2005). WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization.
- Goldblatt, H., & Granot, M. (2005). Domestic violence among Druze women in Israel as reflected by health status and somatization level. *Women Health*, 42(3), 19-36.
- Graham-Kevan, N., & Archer, J. (2008). Does controlling behavior predict physical aggression and violence to partners? *J Fam Viol*, 23, 539-548.
- Johnson, M. P. (1995). Intimate terrorism and common couple violence: two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 283-294.
- Johnson, M. P., & Ferraro, K. J. (2000). Research on domestic violence in the 1990s: making distinctions. *Journal of Marriage and the Family*, 62(November), 948-963.
- Johnston, H. B., & Naved, R. T. (2008). Spousal violence in Bangladesh: a call for a public-health response. *J Health Popul Nutr*, 26(3), 366-377.
- Kilpatrick, D. G. (2004). What is violence against women: defining and measuring the problem. *J Interpers Violence*, 19(11), 1209-1234.
- Krantz, G., & Garcia-Moreno, C. (2005). Violence against women. *J Epidemiol Community Health*, 59(10), 818-821.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Langhinrichsen-Rohling, J. (2005). Top 10 greatest "hits": important findings and future directions for intimate partner violence research. *J Interpers Violence*, 20(1), 108-118.
- Moe, A. M. (2007). Silenced Voices and Structured Survival: Battered Women's Help Seeking. *Violence Against Women*, 13, 676-699.
- Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2006). Mulheres vítimas de violência doméstica: compreendendo subjetividades assujeitadas. *PSICO*, 37(1), 7-13.
- Nash, S.T. (2005). Through Black Eyes: African American Women's Constructions of Their Experiences With Intimate Male Partner Violence. *Violence Against Women*, 11(11), 1420-1440.
- Nilo, O. (2004). *O que é violência* (6ª. ed ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Plichta, S. B. (2004). Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences: Policy and Practice Implications. *J Interpers Violence*, 19, 1296-1323.
- Rede Feminista de Saúde. (2005). Fim da Violência. Protejamos Nossa Saúde Integral. In R. N. F. d. Saúde (Ed.), *Violência Contra as Mulheres e Seu Impacto na Saúde*.
- Ruiz-Perez, I., Plazaola-Castano, J., & Vives-Cases, C. (2007). Methodological issues in the study of violence against women. *J Epidemiol Community Health*, 61 Suppl 2, ii26-31.

Ruiz-Perez, I., Plazaola-Castaño, J., Blanco-Preto, P., González-Barranco, J. M., Ayuso-Martínd, P., & Montero-Piñar, M. I. (2006). La violencia contra la mujer en la pareja: un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 20(3), 202-208.

Saffioti, H. I. B. (2004). *Gênero, patriarcado e violência*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.

Sanmartín, J. (2004). *El Labirinto de la Violencia: causas, tipos y efectos* (2ª ed. ed.). Barcelona: Ariel.

Schraiber, L. B., & d'Oliveira, A. F. P. L. (1999). Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. *Interface Comunicação, Saúde, Educação.*, 3(5), 11-26.

Schraiber, L. B., d'Oliveira, A. F. P. L., & Couto, M. T. (2006). Violência e Saúde: estudos científico recentes. *Rev. Saúde Pública*, 40(especial).

Thompson, R. S., Bonomi, A. E., Anderson, M., Reid, R. J., Dimer, J. A., Carrell, D., et al. (2006). Intimate partner violence: prevalence, types, and chronicity in adult women. *Am J Prev Med*, 30(6), 447-457.

Venguer, T., Fawcett, G., Vernon, R., & Pick, S. (1998). *Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud: INOPAL III Population Council*.

Vives-Cases, C., Gil-Gonzalez, D., & Carrasco-Portino, M. (2009). Verbal marital conflict and male domination in the family as risk factors of intimate partner violence. *Trauma Violence Abuse*, 10(2), 171-180.

Vung, N. D., Ostergren, P.-O., & Krantz, G. (2008). 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*, 8(55).

PARTE III – APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice 1 – Glossário Inglês/Espanhol/Português

Inglês	Espanhol	Português
Drown	ahogar	Afogar
Grab	jalonear	Agarrar
Tear	arrancar	Arrancar
Drag	arrastrar	Arrastar
Throw	Lanzar	Arremessar
Attack	aventado	Atacar
Beat	Batería	Bater
Pinch	Pellizcos	Beliscar
Argue/Fight	Pelear	Brigar
Shock	Choque	Choque
Kick	Patear	Chute
Smother	Cubrir	Cobrir
Put down	Poner abajo	Colocar para baixo
Shove	Encontronazo	Dar encontrões, esbarrar
Bite	Mordisco	Dentada
belittling	Depreciación	Depreciação
Push	Empujado	Empurrar
Hang	Ahorcar	Enforcar
smash	Romper	Esmagar
Beat up	Apalear	Espancar
Choke	Estrangular	Estrangular
Knife	Cuchillo	Faca
Harm	Hacer mal	Dano, mal
Break	Fractura	Fratura
Hit	Golpear	Golpe, pancada
Harass	Perseguir	Perseguir
intimidations	Intimidación	Intimidação
isolating	Aislamiento	Isolamento
Swear	Jurar	Jurar
Stares	Observar	Fitar
Slap	Bofetada	Bofetada
Bit	Pedazo	Pedaço
Tie	Encerrar	Prender
Stab	Puñalada	Punhalada, esfaquear
Pull	Tirón	Puxão, safanão
Burn	Quemar	Queimar
Steal	Robar	Roubar
shake	Sacudir, zarandear	Sacudir
Stalk	Seguir	Seguir
Punch	Puñetazo	Soco
allowance	Subsídío	Subsídio
Pat	Cachetada	Tapa
Twist	Torcer	Torcer

Fontes:

Oxford. DICIONÁRIO VERBO OXFORD Inglês – Português. E. Verbo 2003.

Gálvez, J. A. Dicionário Larousse Espanhol – Português, Português – Espanhol avançado. São Paulo: Larousse 2006.

Apêndice 2 – Referências dos artigos selecionados para análise

- Abu-Ras, W.-M. Barriers to services for Arab immigrant battered women in a Detroit suburb. Journal of Social Work Research and Evaluation, v.4, n.1, p.49-66. 2003.
- Adam, N.-M. e P.-A. Schewe. A multilevel framework exploring domestic violence against immigrant Indian and Pakistani women in the United States. Journal of Muslim Mental Health, v.2, n.1, p.5-20. 2007.
- Afifi, M. e M. Von-Bothmer. Egyptian women's attitudes and beliefs about female genital cutting and its association with childhood maltreatment. Nursing and Health Sciences, v.9, n.4, p.270-276. 2007.
- Ahmad, F., M. Ali, et al. Spousal-Abuse Among Canadian Immigrant Women. Journal of Immigrant Health, v.7, n.4, p.239-246. 2005.
- Ahmad, F., S. Hogg-Johnson, et al. Violence involving intimate partners: prevalence in Canadian family practice. Can Fam Physician, v.53, n.3, Mar, p.461-8, 460. 2007.
- Ahmed, A. M. e A. E. Elmardi. A study of domestic violence among women attending a medical centre in Sudan. East Mediterr Health J, v.11, n.1-2, Jan-Mar, p.164-74. 2005.
- Ahmed, S. M. Intimate partner violence against women: experiences from a woman-focused development programme in Matlab, Bangladesh. J Health Popul Nutr, v.23, n.1, Mar, p.95-101. 2005.
- Albaugh, L.-M. e M.-M. Nauta. Career Decision Self-Efficacy, Career Barriers, and College Women's Experiences of Intimate Partner Violence. Journal of Career Assessment, v.13, n.3, p.288-306. 2005.
- Allen, T., S.-A. Novak, et al. Patterns of injuries: Accident or abuse. Violence Against Women, v.13, n.8, p.802-816. 2007.
- Alsaker, K., B.-E. Moen, et al. Low health-related quality of life among abused women. Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, v.15, n.6, p.959-965. 2006.
- Amar, A. F. Prevalence estimates of violence in the dating experiences of college women. J Natl Black Nurses Assoc, v.15, n.2, Dec, p.23-31. 2004.
- Ameh, N., T. S. Kene, et al. Burden of domestic violence amongst infertile women attending infertility clinics in Nigeria. Niger J Med, v.16, n.4, Oct-Dec, p.375-7. 2007.
- Anderson, K.-M. e F.-S. Danis. Collegiate Sororities and Dating Violence: An Exploratory Study of Informal and Formal Helping Strategies. Violence Against Women, v.13, n.1, p.87-100. 2007.
- Avdibegovic, E. e O. Sinanovic. Consequences of Domestic Violence on Women's Mental Health in Bosnia and Herzegovina. Croatian Medical Journal, v.47, p.730-41. 2006.
- Baldry, A.-C. "Stick and stones hurt my bones but his glance and words hurt more": The impact of physiological abuse and physical violence by current and former partners on battered women in Italy. International Journal of Forensic Mental Health, v.2, n.1, p.47-57. 2003.
- Bassuk, E., R. Dawson, et al. Intimate partner violence in extremely poor women: Longitudinal patterns and risk markers. Journal of Family Violence, v.21, n.6, p.387-399. 2006.

- Bates, L. M., S. R. Schuler, et al. Socioeconomic factors and processes associated with domestic violence in rural Bangladesh. Int Fam Plan Perspect, v.30, n.4, Dec, p.190-9. 2004.
- Bell, M.-E., L.-A. Goodman, et al. The dynamics of staying and leaving: Implications for battered women's emotional well-being and experiences of violence at the end of a year. Journal of Family Violence, v.22, n.6, p.413-428. 2007.
- Bent-Goodley, T. B. Perceptions of domestic violence: a dialogue with African American women. Health Social Work, v.29, n.307-316. 2004.
- Bhandari, M., S. Dosanjh, et al. Musculoskeletal manifestations of physical abuse after intimate partner violence. J Trauma, v.61, n.6, Dec, p.1473-9. 2006.
- Bletzer, K.-V. e M.-P. Koss. After-Rape Among Three Populations in the Southwest: A Time of Mourning, a Time for Recovery. Violence Against Women, v.12, n.1, p.5-29. 2006.
- Bliss, M.-J., S.-L. Cook, et al. An ecological approach to understanding incarcerated women's responses to abuse. Women and Therapy, v.29, n.3-4, p.97-115. 2007.
- Bonomi, A.-E., M.-L. Anderson, et al. Intimate partner violence in older women. The Gerontologist, v.47, n.1, p.34-41. 2007.
- Bonomi, A.-E., V.-L. Holt, et al. Severity of Intimate Partner Violence and Occurrence and Frequency of Police Calls. Journal of Interpersonal Violence, v.21, n.10, p.1354-1364. 2006.
- Bonomi, A.-E., R.-S. Thompson, et al. Intimate Partner Violence and Women's Physical, Mental, and Social Functioning. American Journal of Preventive Medicine, v.30, n.6, p.458-466. 2006.
- Bostock, D.-J. e J.-G. Daley. Lifetime and current sexual assault and harassment victimization rates of active-duty United States Air Force women. Violence Against Women, v.13, n.9, p.927-944. 2007.
- Brewster, M.-P. Power and Control Dynamics in Prestalking and Stalking Situations. Journal of Family Violence, v.18, n.4, p.207-217. 2003.
- Brown, L., T. Thurman, et al. Sexual Violence in Lesotho. Studies in Family Planning, v.37, n.4, p.269-280. 2006.
- Brownridge, D.-A. Male partner violence against Aboriginal women in Canada: An empirical analysis. Journal of Interpersonal Violence, v.18, n.1, p.65-83. 2003.
- _____. Male Partner Violence Against Women in Stepfamilies: An Analysis of Risk and Explanations in the Canadian Milieu. Violence and Victims, v.19, n.1, p.17-36. 2004.
- _____. Partner Violence Against Women With Disabilities: Prevalence, Risk, and Explanations. Violence Against Women, v.12, n.9, p.805-822. 2006.
- Bruschi, A., C. S. D. Paula, et al. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. Rev. saude publica, v.40, n.2, p.256-264. 2006.
- Carbone-Lopez, K., C. Kruttschnitt, et al. Patterns of intimate partner violence and their associations with physical health, psychological distress, and substance use. Public Health Rep, v.121, n.4, Jul-Aug, p.382-92. 2006.

Cattaneo, L.-B., M.-E. Bell, et al. Intimate partner violence victims' accuracy in assessing their risk of re-abuse. Journal of Family Violence, v.22, n.6, p.429-440. 2007.

Christofides, N.-J. e Z. Silo. How nurses' experiences of domestic violence influence service provision: Study conducted in North-west province, South Africa. Nursing and Health Sciences, v.7, n.1, p.9-14. 2005.

Cohen, M.-M., T. Forte, et al. Intimate partner violence among Canadian women with activity limitations. Journal of Epidemiology and Community Health, v.59, n.10, p.834-839. 2005.

Cohen, M. M. e H. Maclean. Violence against Canadian Women. BMC Womens Health, v.4 Suppl 1, Aug 25, p.S22. 2004.

Coid, J., A. Petruckevitch, et al. Sexual violence against adult women primary care attenders in east London. Br J Gen Pract, v.53, n.496, Nov, p.858-62. 2003.

Coker, A.-L., V.-C. Flerx, et al. Partner violence screening in rural health care clinics. American Journal of Public Health, v.97, n.7, p.1319-1325. 2007.

Crandall, M., K. Senturia, et al. "No way out": Russian-speaking women's experiences with domestic violence. J Interpers Violence, v.20, n.8, Aug, p.941-58. 2005.

Cwikel, J., R. Lev-Wiesel, et al. The Physical and Psychosocial Health of Bedouin Arab Women of the Negev Area of Israel: The Impact of High Fertility and Pervasive Domestic Violence. Violence Against Women, v.9, n.2, p.240-257. 2003.

Da Mota, J. C., A. G. Vasconcelos, et al. [Correspondence analysis as a strategy for describing the profiles of women battered by their partners and assisted by a specialized unit]. Cien Saude Colet, v.12, n.3, May-Jun, p.799-809. 2007.

Dantas-Berger, S. M. e K. Giffin. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? Cad. saude publica, v.21, n.2, p.417-425. 2005.

Dekeseredy, W.-S. e C. Joseph. Separation and/or Divorce Sexual Assault in Rural Ohio: Preliminary Results of an Exploratory Study. Violence Against Women, v.12, n.3, p.301-311. 2006.

Denham, A.-C., P.-Y. Frasier, et al. Intimate Partner Violence Among Latinas in Eastern North Carolina. Violence Against Women, v.13, n.2, p.123-140. 2007.

Díaz-Michel, E. e J. Garza-Aguilar. Violencia intrafamiliar: frecuencia y características en ambientes urbano y rural. Gac Méd Méx, v.139, n.4, p.356-361. 2003.

Dietz, N.-A. e P.-Y. Martin. Women who are stalked: Questioning the fear standard. Violence Against Women, v.13, n.7, p.750-776. 2007.

Diop-Sidibe, N., J. C. Campbell, et al. Domestic violence against women in Egypt—wife beating and health outcomes. Social Science & Medicine, v.62, p.1260–1277. 2006.

Dutton, M. A., S. Kaltman, et al. Patterns of intimate partner violence: correlates and outcomes. Violence Vict, v.20, n.5, Oct, p.483-97. 2005.

Eberhard-Gran, M., B. Schei, et al. Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence. J Gen Intern Med, v.22, n.12, Dec, p.1668-73. 2007.

Eisikovits, Z., Z. Winstok, et al. The first Israeli national survey on domestic violence. Violence Against Women, v.10, n.7, p.729-748. 2004.

Ergin, N., N. Bayram, et al. Domestic violence: a tragedy behind the doors. Women Health, v.42, n.2, p.35-51. 2005.

Fanslow, J. e E. Robinson. Violence against women in New Zealand: prevalence and health consequences. N Z Med J, v.117, n.1206, Nov 26, p.U1173. 2004.

Faramarzi, M., S. Esmailzadeh, et al. Prevalence and determinants of intimate partner violence in Babol City, Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J, v.11, n.5-6, Sep-Nov, p.870-9. 2005.

Figuroa, M. D., R. O. Millan-Guerrero, et al. [Physical abuse of women]. Gac Med Mex, v.140, n.5, Sep-Oct, p.481-4. 2004.

Fiol, E.-B. e V.-A. F. Perez. Battered Women: Analysis of Demographic, Relationship and Domestic Violence Characteristics. Psychology in Spain, v.8, p.3-15. 2004.

Fisher, B. S., L. E. Daigle, et al. Reporting Sexual Victimization To The Police And Others: Results From a National-Level Study of College Women. Criminal Justice and Behavior, v.30, p.6-38. 2003.

Flake, D.-F. e R. Forste. Fighting Families: Family Characteristics Associated with Domestic Violence in Five Latin American Countries. Journal of Family Violence, v.21, n.1, p.19-29. 2006.

Flinck, A., E. Paavilainen, et al. Survival of intimate partner violence as experienced by women. J Clin Nurs, v.14, n.3, Mar, p.383-93. 2005.

Fontanil, Y., E. Ezama, et al. Prevalencia del maltrato de pareja contra las mujeres / Prevalence of intimate partner violence against women. Psicothema, v.17, n.1, p.90-95. 2005.

Frias, S.-M. e R.-J. Angel. Stability and change in the experience of partner violence among low-income women. Social Science Quarterly, v.88, n.5, p.1281-1306. 2007.

Frye, V., J. Manganello, et al. The Distribution of and Factors Associated With Intimate Terrorism and Situational Couple Violence Among a Population-Based Sample of Urban Women in the United States. Journal of Interpersonal Violence, v.21, n.10, p.1286-1313. 2006.

Gage, A.-J. Women's experience of intimate partner violence in Haiti. Social Science and Medicine, v.61, n.2, p.343-364. 2005.

Gage, A.-J. e P.-L. Hutchinson. Power, Control, and Intimate Partner Sexual Violence in Haiti. Archives of Sexual Behavior, v.35, n.1, p.11-24. 2006.

Galvão, E. F. e S. M. D. Andrade. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. Saúde e Sociedade, v.13, n.2, p.89-99. 2004.

Garcia-Linares, M. I., M.-A. Pico-Alfonso, et al. Assessing Physical, Sexual, and Psychological Violence Perpetrated by Intimate Male Partners Toward Women: A Spanish Cross-Sectional Study. Violence and Victims, v.20, n.1, p.99-122. 2005.

- Garcia-Moreno, C., H.-A. F. M. Jansen, et al. Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Lancet, v.368, n.9543, p.1260-1269. 2006.
- Georgiades, S. Domestic Violence in Cyprus: The Voices of Nicosian Women. Journal of Social Work Research and Evaluation, v.4, n.2, p.199-212. 2003.
- Ghazizadeh, A. Domestic violence: a cross-sectional study in an Iranian city. East Mediterr Health J, v.11, n.5-6, Sep-Nov, p.880-7. 2005.
- Goldblatt, H. e M. Granot. Domestic violence among Druze women in Israel as reflected by health status and somatization level. Women Health, v.42, n.3, p.19-36. 2005.
- Gómez-Dantés, H., J. L. Vázquez-Martínez, et al. La violencia en las mujeres usuarias de los servicios de salud en el IMSS y la SSA. Salud Publica Mex, v.48, n.supl.2, p.s279-s287. 2006.
- Gross, A.-M., A. Winslett, et al. An Examination of Sexual Violence Against College Women. Violence Against Women, v.12, n.3, p.288-300. 2006.
- Hadeed, L. F. e N. El-Bassel. Typologies of abuse among Afro-Trinidadian women. J Interpers Violence, v.22, n.5, May, p.479-97. 2007.
- Hadi, A. Women's Productive Role and Marital Violence in Bangladesh. Journal of Family Violence, v.20, n.3, p.181-189. 2005.
- Hassan, F., L. S. Sadowski, et al. Physical intimate partner violence in Chile, Egypt, India and the Philippines. Inj Control Saf Promot, v.11, n.2, Jun, p.111-6. 2004.
- Hazen, A.-L. e F.-I. Soriano. Experiences with intimate partner violence among Latina women. Violence Against Women, v.13, n.6, p.562-582. 2007.
- Henning, K. e L.-M. Klesges. Prevalence and characteristics of psychological abuse reported by court-involved battered women. Journal of Interpersonal Violence, v.18, n.8, p.857-871. 2003.
- Hetling, A., C. Saunders, et al. "Missing" domestic violence victims in welfare caseloads: the discrepancy between administrative and survey disclosure rates. J Health Soc Policy, v.22, n.2, p.79-95. 2006.
- Houry, D., K. Feldhaus, et al. A positive domestic violence screen predicts future domestic violence. J Interpers Violence, v.19, n.9, Sep, p.955-66. 2004.
- Jain, D., S. Sanon, et al. Violence against women in India: evidence from rural Maharashtra, India. Rural Remote Health, v.4, n.4, Oct-Dec, p.304. 2004.
- Jeyaseelan, L., S. Kumar, et al. Physical spousal violence against women in India: Some risk factors. Journal of Biosocial Science, v.39, n.5, p.657-670. 2007.
- John, R., J. K. Johnson, et al. Domestic violence: prevalence and association with gynaecological symptoms. Bjog, v.111, n.10, Oct, p.1128-32. 2004.
- Keeling, J. e L. Birch. The prevalence rates of domestic abuse in women attending a family planning clinic. J Fam Plann Reprod Health Care, v.30, n.2, Apr, p.113-4. 2004.

- Keller, J. e K. Wagner-Steh. A Guttman Scale for Empirical Prediction of Level of Domestic Violence. Journal of Forensic Psychology Practice, v.5, n.4, p.37-48. 2005.
- Kerimova, J., S. F. Posner, et al. High prevalence of self-reported forced sexual intercourse among internally displaced women in Azerbaijan. Am J Public Health, v.93, n.7, Jul, p.1067-70. 2003.
- Kishor, S. e K. Johnson. Reproductive health and domestic violence: are the poorest women uniquely disadvantaged? Demography, v.43, n.2, May, p.293-307. 2006.
- Kocacik, F. e O. Dogan. Domestic violence against women in Sivas, Turkey: survey study. Croat Med J, v.47, n.5, Oct, p.742-9. 2006.
- Koenig, M.-A., T. Lutalo, et al. Coercive sex in rural Uganda: Prevalence and associated risk factors. Social Science and Medicine, v.58, n.4, p.787-798. 2004.
- Koenig, M. A., S. Ahmed, et al. Women's status and domestic violence in rural Bangladesh: individual- and community- level effects. Demography, v.40, n.2, p.269-288. 2003.
- Koenig, M. A., T. Lutalo, et al. Domestic violence in rural Uganda: evidence from a community-based study. Bull World Health Organ, v.81, n.1, p.53-60. 2003.
- Koziol-Mclain, J., J. Gardiner, et al. Prevalence of intimate partner violence among women presenting to an urban adult and paediatric emergency care department New Zealand Medical Journal, v.117, n.1-8. 2004.
- Krishnan, S. Gender, Caste, and Economic Inequalities and Marital Violence in Rural South India. Health Care for Women International, v.26, n.1, p.87-99. 2005.
- Kronbauer, J. F. D. e S. N. Meneghel. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. Rev. saude publica, v.39, n.5, p.695-701. 2005.
- Kulkarni, S. Interpersonal Violence at the Crossroads Between Adolescence and Adulthood: Learning About Partner Violence From Young Mothers. Violence Against Women, v.12, n.2, p.187-207. 2006.
- Kyu, N. e A. Kanai. Prevalence, antecedent causes and consequences of domestic violence in Myanmar. Asian Journal of Social Psychology, v.8, n.3, p.244-271. 2005.
- Lawoko, S. Factors Associated With Attitudes Toward Intimate Partner Violence: A Study of Women in Zambia. Violence and Victims, v.21, n.5, p.645-656. 2006.
- Lee, E. Domestic violence and risk factors among Korean immigrant women in the United States. Journal of Family Violence, v.22, n.3, p.141-149. 2007.
- Leone, J.-M., M.-P. Johnson, et al. Victim help seeking: Differences between intimate terrorism and situational couple violence. Family Relations, v.56, n.5, p.427-439. 2007.
- Logan, T. K., J. Cole, et al. A mixed-methods examination of sexual coercion and degradation among women in violent relationships who do and do not report forced sex. Violence and Victims, v.22, n.1, p.71-94. 2007.
- Logan, T. K., R. Walker, et al. Qualitative differences among rural and urban intimate violence victimization experiences and consequences: A pilot study. Journal of Family Violence, v.18, n.2, p.83-92. 2003.

- Lown, E. A., L.-A. Schmidt, et al. Interpersonal Violence Among Women Seeking Welfare: Unraveling Lives. American Journal of Public Health, v.96, n.8, p.1409-1415. 2006.
- Majdalani, M. P., M. Alemán, et al. Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas. Rev. panam. salud publica, v.17, n.2, p.79-83. 2005.
- Marinheiro, A. L. V., E. M. Vieira, et al. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. Rev. saude publica, v.40, n.4, p.604-610. 2006.
- Masho, S.-W., R.-K. Odor, et al. Sexual Assault in Virginia: A Population-Based Study. Women's Health Issues, v.15, n.4, p.157-166. 2005.
- Maziak, W. e T. Asfar. Physical abuse in low-income women in Aleppo, Syria. Health Care Women Int, v.24, n.4, Apr, p.313-26. 2003.
- Mccarraher, D.-R., S.-L. Martin, et al. The influence of method-related partner violence on covert pill use and pill discontinuation among women living in La Paz, El Alto and Santa Cruz, Bolivia. Journal of Biosocial Science, v.38, n.2, p.169-186. 2006.
- Mccaw, B., J.-M. Golding, et al. Domestic violence and abuse, health status, and social functioning. Women and Health, v.45, n.2, p.1-23. 2007.
- Medina-Ariza, J. e R. Barberet. Intimate Partner Violence in Spain: Findings From a National Survey. Violence Against Women, v.9, n.3, p.302-322. 2003.
- Melton, H.-C. Predicting the Occurrence of Stalking in Relationships Characterized by Domestic Violence. Journal of Interpersonal Violence, v.22, n.1, p.3-25. 2007.
- Milberger, S., N. Israel, et al. Violence against women with physical disabilities. Violence Vict, v.18, n.5, Oct, p.581-91. 2003.
- Monteiro, C. F. D. S. e I. E. D. O. Souza. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. Texto & contexto enferm, v.16, n.1, p.26-31. 2007.
- Montminy, L. Older Women's Experiences of Psychological Violence in Their Marital Relationships. Journal of Gerontological Social Work, v.46, n.2, p.3-22. 2005.
- Mouton, C. P., R. J. Rodabough, et al. Prevalence and 3-Year Incidence of Abuse Among Postmenopausal Women. Am J Public Health, v.94, p.605-612. 2004.
- Murdaugh, C., S. Hunt, et al. Domestic Violence in Hispanics in the Southeastern United States: A Survey and Needs Analysis. Journal of Family Violence, v.19, n.2, p.107-115. 2004.
- Nangolo, L.-H. N. e K. Peltzer. Violence against women and its mental health consequences in Namibia. Gender and Behaviour, v.1, p.16-33. 2003.
- Nash, S.-T. Through Black Eyes: African American Women's Constructions of Their Experiences With Intimate Male Partner Violence. Violence Against Women, v.11, n.11, p.1420-1440. 2005.
- Naved, R.-T., S. Azim, et al. Physical violence by husbands: Magnitude, disclosure and help-seeking behavior of women in Bangladesh. Social Science and Medicine, v.62, n.12, p.2917-2929. 2006.

Newby, J.-H., R.-J. Ursano, et al. Postdeployment Domestic Violence by U.S. Army Soldiers. Military Medicine, v.170, n.8, p.643-647. 2005.

Nurius, P. S., J. Norris, et al. Women's Situational Coping With Acquaintance Sexual Assault: Applying an Appraisal-Based Model. Violence Against Women, v.10, n.5, p.450-478. 2004.

Olaiz, G., R. Rojas, et al. Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. Salud Publica Mex, v.48, n.supl.2, p.s232-s238. 2006.

Ortega-Ceballos, P. A., J. Mudgal, et al. Determinantes de violencia de pareja en trabajadoras del IMSS morelos. Salud publica Mex, v.49, n.5, p.357-366. 2007.

Oyediran, K. A. e U. Isiugo-Abanihe. Perceptions of Nigerian women on domestic violence: evidence from 2003 Nigeria Demographic and Health Survey. Afr J Reprod Health, v.9, n.2, Aug, p.38-53. 2005.

Paranjape, A. e J. Liebschutz. STaT: A three-question screen for intimate partner violence. Journal of Women's Health, v.12, n.3, p.233-239. 2003.

Paterson, J., M. Feehan, et al. Intimate partner violence within a cohort of Pacific mothers living in New Zealand. Journal of Interpersonal Violence, v.22, n.6, p.698-721. 2007.

Pedreira, F. A., M. Biondo, et al. Violência doméstica e saúde da mulher. Rev. med. (Sao Paulo), v.84, n.2, p.45-54. 2005.

Peralta, R. L. e M. F. Fleming. Screening for intimate partner violence in a primary care setting: the validity of "feeling safe at home" and prevalence results. J Am Board Fam Pract, v.16, n.6, Nov-Dec, p.525-32. 2003.

Peters, K. M., S. E. Kalinowski, et al. Fact or fiction--is abuse prevalent in patients with interstitial cystitis? Results from a community survey and clinic population. J Urol, v.178, n.3 Pt 1, Sep, p.891-5; discussion 895. 2007.

Pico-Alfonso, M.-A. Psychological intimate partner violence: The major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, v.29, n.1, p.181-193. 2005.

Piispa, M. Age and meanings of violence: women's experiences of partner violence in Finland. J Interpers Violence, v.19, n.1, Jan, p.30-48. 2004.

Pontecorvo, C., R. Mejia, et al. [Detection of domestic violence against women. Survey in a primary health care clinic]. Medicina (B Aires), v.64, n.6, p.492-6. 2004.

Puri, M. e J. Cleland. Assessing the factors associated with sexual harassment among young female migrant workers in Nepal. Journal of Interpersonal Violence, v.22, n.11, p.1363-1381. 2007.

Raghavan, C., S.-C. Swan, et al. The Mediation Role of Relationship Efficacy and Resource Utilization in the Link Between Physical and Psychological Abuse and Relationship Termination. Violence Against Women, v.11, n.1, p.65-88. 2005.

Rey, G.-N., F.-J. Garcia, et al. Validez factorial de una escala de violencia hacia la pareja en una muestra nacional mexicana / Factor validity of a scale to assess violence towards women in a Mexican national sample. Salud Mental, v.27, n.2, p.31-38. 2004.

- Rianon, N.-J. e A. J. Shelton. Perception of spousal abuse expressed by married Bangladeshi immigrant women in Houston, Texas, U.S.A. Journal of Immigrant Health, v.5, n.1, p.37-44. 2003.
- Rickert, V. I., C. M. Wiemann, et al. Disclosure of date/acquaintance rape: who reports and when. J Pediatr Adolesc Gynecol, v.18, n.1, Feb, p.17-24. 2005.
- Rinfret-Raynor, M., A. Riou, et al. A survey on violence against female partners in Quebec, Canada. Violence Against Women, v.10, n.7, p.709-728. 2004.
- Rivera-Rivera, L., E. Lazcano-Ponce, et al. Prevalence and determinants of male partner violence against Mexican women: a population-based study. Salud Publica Mex, v.46, n.2, p.113-122. 2004.
- Roberto, K.-A. e P.-B. Teaster. Sexual Abuse of Vulnerable Young and Old Women: A Comparative Analysis of Circumstances and Outcomes. Violence Against Women, v.11, n.4, p.473-504. 2005.
- Roberts, K.-A. Associated characteristics of stalking following the termination of romantic relationships. Applied Psychology in Criminal Justice, v.1, n.1, p.15-35. 2005a.
- _____. Women's Experience of Violence During Stalking by Former Romantic Partners. Violence Against Women, v.11, n.1, p.89-114. 2005b.
- Rodriguez, E.-M., M.-R. Mendoza, et al. Experiencias de violencia fisica ejercida por la pareja en las mujeres en reclusion / Experiences of physical violence exerted by the partners of women in prison. Salud Mental, v.29, n.2, p.59-67. 2006.
- Romito, P., M. De-Marchi, et al. Identifying Violence Among Women Patients Attending Family Practices: The Role of Research in Community Change. Journal of Community and Applied Social Psychology, v.14, n.4, p.250-265. 2004.
- Ruiz-Perez, I., N. Mata-Pariente, et al. Women's Response to Intimate Partner Violence. Journal of Interpersonal Violence, v.21, n.9, p.1156-1168. 2006.
- Ruiz-Perez, I., J. Plazaola-Castano, et al. How do women in Spain deal with an abusive relationship? Journal of Epidemiology and Community Health, v.60, n.8, p.706-711. 2006.
- Ruiz-Perez, I., J. Plazaola-Castañoa, et al. La violencia contra la mujer en la pareja: un estudio en el ámbito de la atención primaria. Gaceta Sanitaria, v.20, n.3, p.202-8. 2006.
- Salam, M. A., M. A. Alim, et al. Spousal Abuse Against Women and Its Consequences on Reproductive Health: A Study in the Urban Slums in Bangladesh. Maternal and Child Health Journal, v.10, n.1, p.83-94. 2006.
- Schei, B., J. R. Guthrie, et al. Intimate partner violence and health outcomes in mid-life women: a population-based cohort study. Arch Womens Ment Health, v.9, n.6, Nov, p.317-24. 2006.
- Schraiber, L., A. F. D'oliveira, et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. Interface - Comunic, Saúde, Educ., v.7, n.12, p.41-54. 2003.
- Schraiber, L. B., A. F. D'oliveira, et al. [Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil.]. Rev Saude Publica, v.41, n.5, Oct, p.797-807. 2007.

- Schraiber, L. B., A. F. P. L. D'oliveira, et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. Rev. saúde pública, v.41, n.3, p.359-367. 2007.
- Sethi, D., S. Watts, et al. Experience of domestic violence by women attending an inner city accident and emergency department. Emerg Med J, v.21, n.2, Mar, p.180-4. 2004.
- 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.Sup. 2, p.263-272. 2003.
- Soler, E., P. Barreto, et al. Cuestionario de respuesta emocional a la violencia domestica y sexual / Emotional response questionnaire to domestic and sexual violence. Psicothema, v.17, n.2, p.267-274. 2005.
- Steinberg, J.-A., S.-L. Pineles, et al. Self-complexity as a Potential Cognitive Buffer Among Abused Women. Journal of Social and Clinical Psychology, v.22, n.5, p.560-579. 2003.
- Straight, E.-S., F.-W. K. Harper, et al. The impact of partner psychological abuse on health behaviors and health status in college women. Journal of Interpersonal Violence, v.18, n.9, p.1035-1054. 2003.
- Sullivan, M., K. Senturia, et al. "For us it is like living in the dark": Ethiopian women's experiences with domestic violence. J Interpers Violence, v.20, n.8, Aug, p.922-40. 2005.
- Swanberg, J.-E., C. Macke, et al. Intimate Partner Violence, Women, and Work: Coping on the Job. Violence and Victims, v.21, n.5, p.561-578. 2006.
- Teaster, P.-B., K.-A. Roberto, et al. Intimate Partner Violence of Rural Aging Women. Family Relations, v.55, n.5, p.636-648. 2006.
- Tuesca, R. e M. Borda. [Marital violence in Barranquilla [Colombia]: prevalence and risk factors]. Gac Sanit, v.17, n.4, Jul-Aug, p.302-8. 2003.
- Usta, J., J. A. Farver, et al. Domestic violence: the Lebanese experience. Public Health, v.121, n.3, Mar, p.208-19. 2007.
- Valdez-Santiago, R., M. C. Híjar-Medina, et al. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. Salud Publica Mex, v.48, n.supl.2, p.s221-s231. 2006.
- Ventura, L.-A. e G. Davis. Domestic Violence: Court Case Conviction and Recidivism. Violence Against Women, v.11, n.2, p.255-277. 2005.
- Wenzel, S.-L., J.-S. Tucker, et al. Toward a More Comprehensive Understanding of Violence Against Impoverished Women. Journal of Interpersonal Violence, v.21, n.6, p.820-839. 2006.
- Wenzel, S. L., J. S. Tucker, et al. Physical violence against impoverished women: a longitudinal analysis of risk and protective factors. Womens Health Issues, v.14, n.5, Sep-Oct, p.144-54. 2004.
- Woo, J., P. Fine, et al. Abortion disclosure and the association with domestic violence. Obstet Gynecol, v.105, n.6, Jun, p.1329-34. 2005.
- Xu, X., F. Zhu, et al. Prevalence of and Risk Factors for Intimate Partner Violence in China. American Journal of Public Health, v.95, n.1, p.78-85. 2005.

Yoshihama, M. A Web in the Patriarchal Clan System: Tactics of Intimate Partners in the Japanese Sociocultural Context. Violence Against Women, v.11, n.10, p.1236-1262. 2005.

Yoshihama, M., J. Horrocks, et al. Experiences of intimate partner violence and related injuries among women in Yokohama, Japan. American Journal of Public Health, v.97, n.2, p.232-234. 2007.

Yount, K.-M. Resources, Family Organization, and Domestic Violence Against Married Women in Minya, Egypt. Journal of Marriage and Family, v.67, n.3, p.579-596. 2005.

Zink, T., B.-S. Fisher, et al. The Prevalence and Incidence of Intimate Partner Violence in Older Women in Primary Care Practices. Journal of General Internal Medicine, v.20, n.10, p.884-888. 2005.

Zink, T., L.-M. Klesges, et al. Abuse Behavior Inventory: Cutpoint, validity, and characterization of discrepancies. Journal of Interpersonal Violence, v.22, n.7, p.921-931. 2007.

Anexo 1 – Normas de submissão de manuscrito da Revista Panamericana de Salud Pública

I. INFORMACIÓN A LOS AUTORES

A. Objetivos y público

La Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health (RPSP/PAJPH), publicación trilingüe (inglés, español y portugués), reemplazó en 1997 a los antiguos *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* y *Bulletin of the Pan American Health Organization*. Como sus precursores, ofrece a los investigadores de la Región de las Américas un vehículo, validado científicamente mediante un proceso de arbitraje por expertos, para publicar los resultados de sus investigaciones en el campo de la salud pública. También recoge las tendencias conceptuales, sociales y políticas que marcan el rumbo general de la salud pública en países del continente americano. La RPSP/PAJPH está indizada como *Rev Panam Salud Publica* en *Current Contents/Social & Behavioral Sciences*, *Social Sciences Citation Index*, *Index Medicus/MEDLINE/PubMed*, *EMBASE*, *LILACS* y *SciELO Salud Pública*, entre otras bases de datos bibliográficas. Se distribuye entre profesionales, técnicos, investigadores, profesores y estudiantes de las ciencias de la salud, tanto del continente americano como de otras partes del mundo, y se puede encontrar en las principales bibliotecas biomédicas. La revista cuenta con su propio sitio interactivo en Internet (<http://journal.paho.org/>), donde los interesados se pueden registrar para tener acceso gratuito a todo su contenido y recibir mensualmente un correo electrónico con enlaces a la versión electrónica de los artículos. También se ofrece acceso al contenido de la revista en el sitio de Internet de SciELO Salud Pública (<http://www.scielosp.org>), sin costo alguno, y en el sitio de Ingenta (www.ingentaselect.com), cuyo costo depende del país de residencia del usuario.

B. Contenido de la RPSP/PAJPH

El contenido de la RPSP/PAJPH se limita a materiales que guardan relación con la salud pública en el ámbito de la Región de las Américas en temas tales como salud y desarrollo humano, promoción y protección de la salud, desarrollo de sistemas y servicios

sanitarios, higiene ambiental y prevención y control de enfermedades. Dicho contenido se ordena en las siguientes secciones:

1. Editoriales. Versan sobre la revista misma, sobre artículos particulares publicados en ella, o sobre temas de salud pública. Los editoriales reflejan las opiniones y posturas personales de quienes los escriben, que pueden ser miembros de la redacción o autores independientes. Todos llevan la firma del autor.

2. Artículos. Son informes de investigaciones originales, revisiones bibliográficas o informes especiales sobre temas de interés en el ámbito regional. Los manuscritos presentados en reuniones y conferencias no califican necesariamente como artículos científicos. No se admiten los estudios de casos clínicos ni los relatos de intervenciones particulares de carácter anecdótico. Por lo general, tampoco se aceptan los artículos destinados a la publicación en serie de diversos aspectos de una sola investigación. Por lo regular, los manuscritos que han sido publicados anteriormente en formato impreso o electrónico (es decir, en Internet), ya sea en forma idéntica o parecida, no serán aceptados. Si ha habido

una publicación anterior, los autores deberán hacérselo saber a la redacción al presentar el manuscrito a su consideración. También deberán proporcionar una copia de la versión publicada anteriormente. En ocasiones se publican comunicaciones breves con objeto de dar a conocer técnicas o metodologías novedosas o promisorias o resultados preliminares que revisten singular interés.

3. Opinión y análisis. En esta sección se recogen las reflexiones y puntos de vista de autores individuales acerca de temas de interés actual en materia de salud pública.

4. Temas de actualidad. En esta sección se describen iniciativas, proyectos e intervenciones de salud nacionales y regionales, así como las tendencias epidemiológicas del momento, particularmente en relación con las enfermedades y problemas de salud de importancia prioritaria. A diferencia de los artículos, los temas de actualidad no representan investigaciones originales. No obstante, los mismos criterios generales que definen la

publicación previa en el caso de artículos científicos se aplican a los temas de actualidad.

5. Instantáneas (en español solamente). En esta sección se resumen los resultados de estudios recién publicados en las más destacadas revistas en lengua inglesa.

6. Publicaciones. Reseña el contenido de publicaciones recientes sobre temas relacionados con la salud pública. Se invita a los lectores a que nos envíen reseñas de obras publicadas sobre temas en el campo de su competencia, con el entendimiento de que serán editadas. Cada reseña debe tener un máximo de 1 500 palabras y describir el contenido

de la obra con objetividad, abordando ciertos puntos esenciales: la contribución de la obra a una disciplina determinada (si es posible, en comparación con otras obras del mismo género); la calidad de la impresión, de las ilustraciones y del formato general; las características del estilo narrativo y la facilidad o dificultad de la lectura. También deben identificarse brevemente la trayectoria profesional del autor y el tipo de público al que está dirigida la obra.

7. Cartas. Presenta comunicaciones dirigidas a la Redacción sobre temas de salud pública o para esclarecer o comentar de manera constructiva las ideas expuestas en la *RPSP/PAJPH*. Deben estar firmadas por el autor y especificar su afiliación profesional y dirección postal.

II. INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS PROPUESTOS PARA PUBLICACIÓN

A. Criterios generales para la aceptación de manuscritos

La *RPSP/PAJPH* se reserva todos los derechos legales de reproducción del contenido. Los manuscritos se reciben con el entendimiento de que son originales e inéditos; de que no han sido publicados parcial o totalmente (en formato impreso o electrónico [es decir, en la Internet]), en el mismo idioma o en otro diferente, ni sometidos para publicación en ningún otro medio, y de que no lo serán sin autorización expresa. En caso de que el mismo manuscrito o una versión similar se hubiese publicado anteriormente en formato impreso o en Internet, es obligación de los autores darlo a

conocer a la redacción a la hora de presentar su manuscrito y proporcionar una copia de lo publicado anteriormente. La selección del material propuesto para publicación se basa en los siguientes criterios generales: idoneidad del tema para la revista; solidez científica, originalidad, actualidad y oportunidad de la información; aplicabilidad más allá del lugar de origen y en todo el ámbito regional; acatamiento de las normas de ética médica sobre la experimentación con

seres humanos y animales; variedad de los temas y de la procedencia geográfica de la información; coherencia del diseño (planteamiento lógico del problema y plan para lograr el objetivo del estudio). En el caso de una investigación original, debe tener el formato IMRYD (introducción, materiales y métodos, resultados y discusión) (véase la sección II.I). Las fallas en este aspecto invalidan toda la información y son causa de rechazo. La aceptación o rechazo de un manuscrito depende del proceso de selección que se describe en la sección II.P. Las opiniones expresadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *RPSP/PAJPH*. La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica su aprobación o recomendación con preferencia a otros similares.

B. Especificaciones

La *RPSP/PAJPH* sigue, en general, las pautas trazadas por el documento *Requisitos uniformes para preparar los manuscritos que se presentan a las revistas biomédicas: redacción y edición de las publicaciones biomédicas*, elaborado por el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (actualizado en febrero de 2006). Dichas pautas se conocen también como “normas de estilo de Vancouver” (véase la Bibliografía). En los párrafos que siguen se ofrecen instrucciones prácticas para elaborar el manuscrito, ilustradas con ejemplos representativos.

C. Envío del manuscrito

Los autores deberán preparar sus textos en *Microsoft Word* (y usar programas como *Excel* o *Power Point* para crear las figuras) y utilizar el programa de Manuscript Central™ para presentarlos a la redacción. Manuscript

Central (ScholarOne, Inc.) es un sistema de presentación y revisión de manuscritos en línea al que se puede ingresar mediante un enlace en la página de la *RPSP/PAJPH* en Internet (<http://journal.paho.org/>) o directamente a:

<http://mc.manuscriptcentral.com/rpsp>

Cualquier autor que tenga dificultad para ingresar al sistema puede comunicarse con esta redacción al 202-974-3046 o, si habla inglés, llamar al servicio telefónico de asistencia para usuarios de Manuscript Central (dentro de los Estados Unidos: 1-434-817-2040, extensión 167; internacional: 001-434-817-2040, extensión 167). A los autores se les acusará recibo por correo electrónico. Con solo entrar al “Author Center” del sistema, los autores pueden averiguar en cualquier momento la etapa del proceso decisorio en que se encuentran sus manuscritos.

D. Idioma

La *RPSP/PAJPH* publica materiales en español, inglés y portugués. *Los autores deberán escribir en su lengua materna; el uso inadecuado de una lengua extranjera oscurece el sentido y desentona con el rigor científico.* La *RPSP/PAJPH* se reserva el derecho de publicar cualquier texto en un idioma distinto del original, pero nunca se publicará una investigación original en dos idiomas. En ningún caso se deberán traducir los títulos de las obras en la lista de referencias. Tampoco se traducirán los nombres de instituciones a no ser que exista una traducción oficial.

E. Derechos de reproducción (copyright)

Cuando se ingresa un manuscrito en Manuscript Central, el sistema exige que el autor confirme que los materiales son inéditos, que no han sido publicados anteriormente en formato impreso o electrónico y que no se presentarán a ningún otro medio antes de conocer la decisión de la Revista. En todo caso, cualquier publicación anterior, sea en forma impresa o electrónica, deberá darse a conocer a la redacción cuando se presenta el manuscrito. Los autores deben declarar que si el manuscrito es aceptado para su publicación en la *RPSP/PAJPH*, la OPS tendrá los derechos sobre el artículo.

Se solicita a los autores que proporcionen la información completa acerca de cualquier beca o subvención recibida de una entidad

comercial u otro grupo con intereses privados, o de la OMS, la OPS u otro organismo, para costear el trabajo en que se basa el artículo.

Los autores tienen la responsabilidad de obtener los permisos necesarios para reproducir cualquier material protegido por derechos de reproducción. El manuscrito se acompañará de la carta original que otorgue ese permiso; en ella debe especificarse con exactitud el número del cuadro o figura o el texto exacto que se citará y cómo se usará, así como la referencia bibliográfica completa (véase la sección II.K).

F. Extensión y presentación

El texto corrido del manuscrito, sin incluir cuadros, figuras y referencias, no excederá de alrededor de 15 a 20 páginas a doble espacio en *Microsoft Word*. Se deberá usar caracteres de estilo *Times New Roman* o *Arial* que midan 12 puntos. Todos los márgenes serán de una pulgada (2,4 cm). No se aceptan manuscritos que no cumplen con las especificaciones aquí detalladas. Para asegurarse de que se está observando el formato estándar de la *RPSP/PAJPH*, los autores deben leer estas instrucciones en su totalidad y revisar uno o dos ejemplares recientes de la revista antes de someter su manuscrito a consideración. Los trabajos o citas traducidos se acompañarán de una copia del texto en el idioma original. Después del arbitraje (y de su posible revisión), los manuscritos también se someterán a un procesamiento editorial que puede incluir, en caso necesario, su condensación y la supresión o adición de cuadros, ilustraciones y anexos. La versión editada se remitirá al autor para su aprobación y para que conteste cualquier pregunta adicional del editor (véanse las secciones II.P y II.Q). La redacción se reserva el derecho de no publicar un manuscrito si los autores no contestan a satisfacción las preguntas planteadas por el editor.

G. Título y autores

El título debe limitarse a 10 palabras, de ser posible, y no exceder de 15. Debe describir el contenido de forma específica, clara y concisa. Hay que evitar los títulos y subtítulos demasiado generales y el uso de jerga y abreviaturas. Un buen título permite a los lectores identificar el tema fácilmente y ayuda a los centros de documentación a catalogar y clasificar el material.

Cuando se presenta un trabajo, el sistema de Manuscript Central pide que se registren el nombre y apellido de todos los autores, así como la institución donde trabaja cada uno y su dirección postal, teléfono, fax y dirección de correo electrónico. Para proteger el anonimato del arbitraje científico, esta información, o cualquier otra que pueda delatar la identidad de los autores, no debe figurar en ninguna parte dentro del texto cuando se ingresa el manuscrito en el sistema. Solo deben constar como autores quienes hayan participado directamente en la investigación o en la elaboración del manuscrito y puedan hacerse públicamente responsables de su contenido. La inclusión de otras personas como autores, por amistad, reconocimiento u otras bases no científicas, constituye una falta de ética. Por estos motivos para cada artículo se pide un límite máximo de ocho autores individuales. Las normas para la autoría se explican en extenso en las normas de Vancouver.

H. Resumen

Cada artículo de investigación original o revisión sistemática se acompañará de un resumen estructurado de unas 250 palabras dividido en las siguientes secciones: a) Objetivos, b) Métodos, c) Resultados y d) Conclusiones. Los autores de manuscritos en español y portugués no deberán traducir sus resúmenes al inglés, ya que la redacción se encargará de hacerlo. Los informes especiales, trabajos de opinión y análisis y temas de actualidad también deben acompañarse de un resumen, pero sin estructurar.

En el resumen no se incluirá ninguna información o conclusión que no aparezca en el texto principal. Conviene redactarlo en tono impersonal, remisiones al texto principal, notas al pie de página o referencias bibliográficas.

El resumen permite a los lectores conocer el contenido del artículo y decidir si les interesa leer el texto completo. De hecho, es la única parte del artículo que se incluye, además del título, en los sistemas de disseminación de información bibliográfica, tales como *Index Medicus*, *Comunicaciones breves* y *temas de actualidad*. Estos documentos deben acompañarse de un resumen no estructurado con un máximo de 150 palabras.

I. Cuerpo del artículo

Los trabajos que exponen investigaciones o estudios por lo general se dividen en los siguientes apartados correspondientes al llamado “formato IMRYD”: introducción, materiales y métodos, resultados y discusión. Los trabajos de actualización y revisión bibliográfica y los informes especiales suelen requerir otros títulos y subtítulos acordes con el contenido.

Comunicaciones breves. En el caso de las comunicaciones breves, se prescindirá de las divisiones propias del formato IMRYD, pero se mantendrá esa secuencia en el texto.

J. Notas a pie de página

Estas aclaraciones en letra menor que aparecen enumeradas consecutivamente en la parte inferior de las páginas se utilizarán para identificar la afiliación (institución y departamento) y dirección de los autores y algunas fuentes de información inéditas (véase la sección II.K.4). También sirven para hacer aclaraciones y dar explicaciones marginales que interrumpen el flujo natural del texto. Su uso debe limitarse a un mínimo.

K. Referencias bibliográficas

Estas son esenciales para identificar las fuentes originales de los conceptos, métodos y técnicas a los que se hace referencia en el texto y que provienen de investigaciones, estudios y experiencias anteriores; apoyar los hechos y opiniones expresados por el autor, y proporcionar al lector interesado la información bibliográfica que necesita para consultar las fuentes primarias.

Artículos de investigación y revisión. La *RPSP/PAJPH* requiere un mínimo de 20 referencias bibliográficas pertinentes y actualizadas en el caso de un artículo científico. Los artículos de revisión tendrán un mayor número de fuentes.

Comunicaciones breves. Las comunicaciones breves tendrán un máximo de 15 referencias.

Citación de las referencias. La *RPSP/PAJPH* usa el “estilo de Vancouver” para las referencias, según el cual todas las referencias deben citarse en el texto con números consecutivos, entre paréntesis, de la siguiente manera:

"Se ha observado (3, 4) que..." O bien: "Varios autores (1-5) han señalado que..." La lista de referencias se numerará consecutivamente según el orden de aparición de las citas en el texto. La lista de referencias se agrupará en

hojas separadas, al final del manuscrito, y se ajustará a las normas que se describen a continuación.

1. Artículos de revistas. Es necesario proporcionar la siguiente información: autor(es), título del artículo (en su versión original sin traducir), título abreviado de la revista (tal como aparece en *PubMed/Index Medicus*) en que este se publica; año; volumen (en números arábigos), número y páginas inicial y final. Toda la información se presentará en

el lenguaje original del trabajo citado. Los siguientes son ejemplos que ilustran el “estilo de Vancouver” para la elaboración y puntuación de citas bibliográficas.

a. De autores individuales: Se darán los apellidos e iniciales de los primeros seis autores y, si son más, se añadirá la expresión “et al.”. Los nombres de los autores deben ir en letras altas y bajas, no en letras mayúsculas (p. ej., escriba Ramos AG, no RAMOS AG). Ejemplos: Kerschner H, Pegues JAM. Productive aging: a quality of life agenda. *J Am Diet Assoc.* 1998;98(12):1445-8. Morán Moguel MC, Aceves Hernández D, Peña Montes de Oca PM, Gallegos Arreola MP, Flores Martínez SE, Montoya Fuentes H, et al. Detección de *Mycobacterium tuberculosis* mediante la reacción en cadena de la polimerasa en una población seleccionada del noroccidente de México. *Rev Panam Salud Publica.* 2000;7(6):389-94.

b. Que constan de varias partes: Lessa I. Epidemiologia do infarto agudo do miocárdio na cidade do Salvador: II, Fatores de risco, complicações e causas de morte. *Arq Bras Cardiol.* 1985;44:255-60.

c. De autor corporativo: Si consta de varios elementos, mencionar de mayor a menor. En revistas publicadas por organismos gubernamentales o internacionales, los trabajos sin autor se pueden atribuir al organismo responsable:

Pan American Health Organization, Expanded Program on Immunization. Strategies for the certification of the eradication of wild poliovirus transmission in the Americas. *Bull Pan Am Health Organ.* 1993;27(3):287-95.

Organisation Mondiale de la Santé, Groupe de Travail. Déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase. *Bull*

World Health Organ. 1990;68(1):13-24.

d. Artículo sin autor dentro de una sección regular de una revista: Organisation Mondiale de la Santé. Vers l'utilisation de nouveaux vaccins antipoliomyélitiques: memorandum d'une réunion de l'OMS. *Bull World Health Organ.* 1990;68(6):717-20.

e. Tipos especiales de artículos y otras comunicaciones: Se indican entre corchetes. García Hernández N. ¿Es el marcapaso VVI aún vigente? [editorial]. *Arch Inst Cardiol Mex.* 1998;68(3):203-5.

f. Suplemento de un volumen: Guerrero LB de. Vacunas experimentales contra la fiebre hemorrágica argentina. *Medicina.* (Buenos Aires). 1977;37 supl 3:252-9.

g. Suplemento de un número: Barreiro C. Situación de los servicios de genética médica en Argentina. *Brazil J Genet.* 1997;20(1 supl):5-10.

2. Libros y otras monografías: Se incluirán los apellidos e iniciales de todos los autores (o editores, compiladores, etc.) o el nombre completo de una entidad colectiva; título; número de la edición; lugar de publicación, entidad editorial y año. Cuando proceda, se agregarán los números del volumen y páginas consultadas, serie a que pertenece y número que le corresponde en la serie.

a. De autores (o editores individuales): Pastor Jimeno JC. Anestesia en oftalmología. Barcelona: Ediciones Doyma; 1990.

b. Cómo citar la edición: Day RA. How to write and publish a scientific paper. 3.a ed. Phoenix: Oryx Press; 1988.

c. De autor corporativo que es también editor: España, Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Planificación Sanitaria. Alcohol y juventud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1991.

d. Cómo citar un capítulo: Soler C, Tanislawski EC. Pruebas de laboratorio para detectar infección por VIH. En: Sepúlveda Amor J, Bronfman MN, Ruiz Palacios GM, Stanislawski EC, Valdespino JL, eds. SIDA, ciencia y sociedad en México. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1989. Pp. 103-17.

e. Cómo indicar el número de volúmenes o citar uno en particular: Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990. Washington, D.C.: OPS; 1990. (Publicación

científica 524; 2 vol). Organización Panamericana de la Salud. Vol II: Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990. Washington, D.C.: OPS; 1990. (Publicación científica 524).

f. Cómo citar un volumen que tiene título propio: Kessler RM, Freeman MP. Ischemic cerebrovascular disease. En: Partain CL, Price RR, Patton JA, eds. Magnetic resonance imaging. 2.a ed. Vol. 1: Clinical principles. Philadelphia: Saunders; 1988. Pp. 197-210.

g. Actas publicadas de congresos, simposios, conferencias, etc. : Organización Panamericana de la Salud. Informes finales: 104.a y 105.a Reuniones del Comité Ejecutivo de la OPS; XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana; XLII Reunión, Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C.: OPS; 1990. (Documento oficial 238).

h. Informes y documentos completos sin autor: Solo se darán detalles acerca de informes escritos que los lectores puedan solicitar y obtener. Es importante indicar el nombre exacto de la entidad colectiva responsable del documento, más su título completo, ciudad, año y número. World Health Organization. Case management of acute respiratory infections in children in developing countries. Geneva: WHO; 1985. (WHO/RSD/85.15).

3. Otros materiales publicados. Deben seguirse en general las indicaciones para citar un libro, especificando su procedencia (autores o entidad responsable), título, denominación común del material, sitio de elaboración o emisión y fecha.

a. Artículos de prensa: Sánchez Ron JM. La ciencia del envejecimiento [reseña]. El País 1998 10 de enero; sección "Babelia":15 (col. 1).

b. Materiales en la Internet: Pritzker TJ. An early fragment from Central Nepal. Hallado en: <http://www.ingress.com/~astanart/pritzker/pritzker.html>. Acceso el 8 junio de 1995.

4. Fuentes inéditas y resúmenes (abstracts). No se consideran referencias apropiadas los resúmenes de artículos, los artículos que aún no han sido aceptados para publicación y los trabajos o documentos inéditos que no son fácilmente accesibles al público. Se exceptúan

los artículos ya aceptados pero pendientes de publicación y aquellos documentos que, aun siendo inéditos, pueden encontrarse fácilmente. En esta categoría se encuentran las tesis y algunos documentos de trabajo de organismos internacionales. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [tesis doctoral]. St. Louis: Washington University; 1995. Organización Panamericana de la Salud, Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo. Estrategia global, metas y líneas de acción de la cooperación técnica sobre mujer, salud y desarrollo 1992-1993. Washington, D.C., febrero de 1991. (Documento fotocopiado). Si es absolutamente necesario citar fuentes inéditas difíciles de conseguir, se pueden mencionar en el texto (entre paréntesis) o como notas a pie de página. La cita en el texto se hará de la siguiente manera: "Se ha observado que . . ."

y al pie de la misma página del manuscrito se pondrá la nota correspondiente: 1 Llanos-Cuentas EA, Campos M. Identification and quantification of risk factors associated with New World cutaneous leishmaniasis [presentación en un taller]. En: International Workshop on Control Strategies for Leishmaniasis, Ottawa, 1-4 June, 1987. En el caso de artículos ya aceptados pero pendientes de publicación, sígase el siguiente ejemplo: Ferrari CKB, Torres EA FS. Contaminación de los alimentos por virus: un problema de salud pública poco comprendido. Rev Panam Salud Publica. En preparación, 1998.

5. Trabajos presentados en conferencias, congresos, simposios, etc.

Los trabajos inéditos que han sido presentados en conferencias deben citarse en notas al pie de página dentro del texto. Solo deben constar en las referencias si se han publicado en su totalidad (no solo el resumen) en las actas correspondientes u otras fuentes. Harley NH. Comparing radon daughter dosimetric and risk models. En: Gammage RB, Kaye SV, eds. Indoor air and human health: proceedings of the Seventh Life Sciences Symposium; 1984 Oct 29-31; Knoxville, Tennessee, Chelsea: Lewis; 1985. Pp. 69-78.

6. Comunicaciones personales. Inclúyanse únicamente cuando aporten información esencial no obtenible de una fuente pública. Figuran en el texto entre paréntesis, sin nota a

pie de página, de la manera siguiente: D. A. Ramírez observó que . . . (comunicación personal, 7 de abril de 1991). Para el análisis de los datos se usó un modelo de regresión logística modificado (S. M. Pereira, comunicación personal, 1996). Obténgase de la fuente, sin excepción alguna, verificación por escrito de la exactitud de la comunicación.

L. Cuadros

Los cuadros, cuyo propósito es agrupar valores en renglones y columnas fáciles de asimilar, deben presentarse en una forma comprensible para el lector. Deben poder explicarse por sí mismos y complementar —no duplicar— el texto. Los cuadros no deben contener demasiada información estadística porque resultan incomprensibles y confusos.

Cada cuadro tendrá un título breve pero completo, de manera que el lector pueda determinar sin dificultad lo que se tabuló; indicará, además, lugar, fecha y fuente de la información. El encabezamiento de cada columna debe incluir la unidad de medida y ser lo más breve posible; debe indicarse claramente la base de las medidas relativas (porcentajes,

tasas, índices) cuando estas se utilizan. Se pone “NA” en las casillas correspondientes a datos que no son aplicables; si falta información porque no se hicieron observaciones, deberán insertarse tres puntos suspensivos (...). No se usarán líneas verticales y solo habrá tres horizontales: una después del título, otra a continuación de los encabezamientos de columna y la última al final del cuadro, antes de las notas al pie si las hay. Las llamadas a notas al pie del cuadro se harán mediante letras colocadas como exponentes (“voladitos”) en orden alfabético: a, b, c, etc. Dentro de los cuadros las llamadas deben colocarse en orden consecutivo de arriba a abajo y de izquierda a derecha. Los autores deben consultar un ejemplar reciente de la *RPSP/PAJPH* para cerciorarse de que los cuadros están en el formato debido.

Comunicaciones breves. Las comunicaciones breves tendrán un límite máximo de dos cuadros o figuras.

M. Figuras

Todas las ilustraciones (gráficos, diagramas, dibujos lineales, mapas, fotografías, etc.) deben presentarse en blanco y negro en el programa que se utilizó para elaborarlas (es

decir, *Excel*, *Power Point*, o cualquier otro software de uso generalizado), o proporcionar el archivo en formato “eps” (encapsulated postscript). Las figuras deben utilizarse para destacar tendencias y comparaciones de forma clara y exacta. Deben ser fáciles de comprender y agregar información, no duplicar la que ya se ha dado en el texto. Los títulos de las figuras serán tan concisos como sea posible, pero al mismo tiempo muy explícitos. No se pondrán notas a pie de figura, pero se identificará la fuente si se ha tomado de otra publicación y se obtendrá el permiso por escrito para reproducirla del dueño de los derechos de autor de la publicación original. Si hay espacio suficiente, la explicación de los gráficos o mapas quedará incluida dentro de la propia figura, pero si no es así, se incorporará al título de la figura. Los mapas y dibujos llevarán una escala en unidades SI (véase la sección II.O). El exceso de cuadros, material gráfico o ambos resulta costoso, disminuye el efecto que se desea lograr y ocupa mucho espacio. Es preciso seleccionar estos materiales cuidadosamente y evitar, por ejemplo, dar la misma información en un cuadro y una figura.

N. Abreviaturas y siglas

Se utilizarán lo menos posible. La primera vez que una abreviatura o sigla aparezca en el texto, hay que escribir el término completo al que se refiere, seguido de la sigla o abreviatura entre paréntesis, como en el ejemplo, Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Se expresarán en español o portugués [por ejemplo, DE (desviación estándar) y no SD (*standard deviation*)], excepto cuando correspondan a entidades de alcance nacional (FBI) o conocidas internacionalmente por sus siglas no españolas (UNICEF), o a sustancias químicas cuyas siglas inglesas están establecidas como denominación internacional, como GH (hormona del crecimiento), no HC. (Véase también la sección II.O)

O. Unidades de medida

Se utilizarán las unidades del Sistema Internacional (SI), que se basa en el sistema métrico decimal (véase la Bibliografía). De acuerdo con dicho sistema, los símbolos de las unidades no toman la terminación del plural (5 km y no 5 kms) ni van seguidos de punto (10 mL y no 10 mL.). En textos en español, los

números decimales se expresarán mediante la coma decimal en vez del punto. Las cifras deben agruparse en tríos, dispuestos a la derecha y a la izquierda de la coma decimal, y separados entre sí por un espacio simple.

Forma correcta:

12 500 350 (doce millones quinientos mil trescientos cincuenta)

1 900,05 (mil novecientos y cinco céntimos)

Formas incorrectas:

12,500,350 / 1.900,05 / 1,900.05

P. Proceso de selección

Los manuscritos recibidos pasan por un proceso de selección mediante el sistema de arbitraje por expertos en las distintas materias. En una *primera revisión*, el equipo editorial de la *RPSP/PAJPH* determina si el manuscrito cumple con los criterios generales descritos anteriormente (véase la sección II.A). En una *segunda revisión* se examinan el valor científico del documento y la utilidad de su publicación; esta parte está a cargo de profesionales expertos en el tema, que revisan los manuscritos independientemente. Cada manuscrito se somete a la revisión de tres expertos. En una *tercera revisión*, basada en los criterios generales, el valor científico del artículo y la utilidad de su publicación, y la opinión de los árbitros, se toma una decisión que puede ser: rechazo; aceptación a condición de que el autor incorpore al texto los comentarios y recomendaciones de los expertos; o aceptación definitiva. Tras la aceptación condicional, los textos revisados se someten a una *cuarta revisión* para verificar que se hayan cumplido las condiciones señaladas en dicha aceptación; si es así, se aceptan de forma definitiva; de lo contrario, se rechazan. Cuando un manuscrito se acepta condicionalmente, a la hora de mandar su versión revisada los autores deben acompañarla de una explicación pormenorizada de los cambios efectuados para acatar las recomendaciones de los expertos. Si están en desacuerdo con alguna de ellas, deben explicar en detalle los motivos. Toda decisión se comunica por escrito al autor con la mayor rapidez posible. El plazo depende de la complejidad del tema y de la disponibilidad de revisores expertos.

Q. Edición y publicación del artículo aceptado

Los manuscritos serán aceptados con el entendimiento de que el editor se reserva el derecho de hacer revisiones tendentes a una mayor uniformidad, claridad y conformidad del texto con el estilo de la *RPSP/PAJPH*.

Los manuscritos aceptados para publicación serán editados y enviados al autor encargado de la correspondencia para que responda a las preguntas o aclare las dudas del editor, apruebe las revisiones y les dé el visto bueno. Si en esta etapa el autor no contesta a satisfacción las preguntas planteadas por el editor, la redacción se reserva el derecho a no publicar el trabajo. No se enviarán las galeradas a los autores. Se encarece la devolución del manuscrito aprobado por el autor en el plazo indicado en el mensaje que lo acompaña, para poder cumplir con la programación del número correspondiente de la revista.

R. Ejemplares que se envían al autor

El autor encargado de la correspondencia recibirá 10 ejemplares de la revista en que aparece su artículo.

BIBLIOGRAFÍA

Day RA. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. 2.a ed. en español. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1996. (Publicación científica 558). Huth EJ. How to write and publish papers in the medical sciences. 2.a ed. Philadelphia: ISI Press; 1990.

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: writing and editing for biomedical publication (updated February 2006). Hallado en <http://www.icmje.org>. Acceso el 27 de enero de 2007.

Iverson C, Flanagan A, Fontanarosa PB, Glass RM, Glitman P, Lantz JC, et al., eds. American Medical Association manual of style: a guide for authors and editors. 9.a ed. Baltimore: Williams & Wilkin; 1998.

Organización Mundial de la Salud. Las unidades SI para las profesiones de la salud: informe preparado a petición de la 30.a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1980.

Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica: aspectos metodológicos, éticos y prácticos en ciencias

de la salud. Washington, D.C.: OPS; 1994. (Publicación científica 550).

Riegelman RK, Hirsch RP. Cómo estudiar un estudio y probar una prueba: lectura crítica de la literatura médica. 2.a ed. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1992. (Publicación científica 531).

Style Manual Committee, Council of Science Editors. Scientific style and format: the CSE manual for authors, editors, and publishers. 7.a ed. Reston: CSE; 2006.

Anexo 2 – Normas de submissão de manuscrito da revista Violence Against Women

The following guidelines are the basic standards which we ask that your submission meet before uploading the document to our website. If your manuscript is accepted, we will then email you detailed instructions for correctly preparing your manuscript for production.

1. **THE SUBMISSION MUST BE ANONYMOUS!:** Both the file name and the content of the document must not in any way divulge the identities of the submitting author(s).
2. **Page Limit:** For full Research Articles, the page limit is 35 double-spaced pages, including endnotes, references, and tables, etc. For Research Notes or other Notes, the page limit is 25 double-spaced pages, including endnotes, references, and tables, etc.
3. **Font:** Use the Times New Roman font for your manuscript and use 12-point type. Do not change the font or the point size anywhere in the manuscript, unless required for the preparation of tables at the end of the manuscript.
4. **Title page:** The title page of the manuscript should contain, *centered on the page*, the title of the article (in all caps), the name of each author in the order in which you would like them to appear, and following each author's name, the contact information for each author (the current address, phone number, fax numbers, any alternate or temporary addresses and phone numbers, and email address of the corresponding author and the affiliation and email address of each additional author). This information is *essential*.
5. **Abstract:** Following the title page is an abstract page. The word ABSTRACT should appear in all capital letters, centered at the top of the page. The left-justified text should not exceed 100 words.
6. **Spacing:** All text, including quotes, endnotes, and references must be *double-spaced*. Do not put extra spaces between paragraphs, and do not use customized spacing.