



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA/RENASF-
UFPB**



Luiza Sátyro Morais de Medeiros

**VIOLÊNCIA DE GÊNERO EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE DIABETES
MELLITUS ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

João Pessoa– PB
2023

Luiza Sátyro Morais de Medeiros

**VIOLÊNCIA DE GÊNERO EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE DIABETES
ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Heloisa Helena Pinho Veloso (UFPB)

Coorientador: Prof. Dr. José Manuel Peixoto Caldas (Universidade de Lisboa/PT)

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M488v Medeiros, Luiza Sátyro Moraes de.

Violência de gênero em mulheres com diagnóstico de diabetes mellitus acompanhadas na atenção básica de saúde / Luiza Sátyro Moraes de Medeiros. - João Pessoa, 2023.

93 f. : il.

Orientação: Heloisa Helena Pinho Veloso.

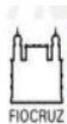
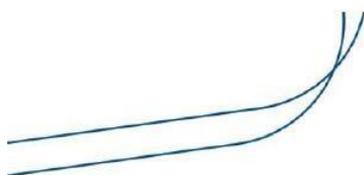
Coorientação: José Manuel Peixoto Caldas.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Diabetes mellitus. 2. Violência de gênero. 3. Atenção primária à saúde. I. Veloso, Heloisa Helena Pinho. II. Caldas, José Manuel Peixoto. III. Título.

UFPB/BC

CDU 616.379-08.64(043)



ANEXO D

ATA DE SESSÃO DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO

Programa de Pós-Graduação

PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Nucleadora

UFPB

Ata da Sessão de Defesa do(a) Discente

LUIZA SÁTYRO MORAIS DE MEDEIROS

Realizada no Dia

28/03/2023

Às **14:00** horas, do dia **28** do mês de **março** do ano de **2023**, realizou-se a sessão de defesa do Trabalho de Conclusão do discente

LUIZA SÁTYRO MORAIS DE MEDEIROS,

intitulado

Violência de Gênero em mulheres com diagnóstico de Diabetes Mellitus acompanhadas na Atenção Básica de Saúde

A banca examinadora foi composta pelos professores doutores

HELOISA HELENA PINHO VELOSO, orientador(a),

Prof.(a). **LUANA RODRIGUES DE ALMEIDA** e

Prof.(a). **BEATRIZ APARECIDA OZELLO GUTIERREZ**.

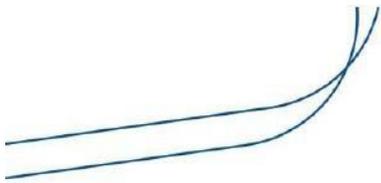
A sessão foi aberta pelo(a) Orientador(a) do Programa de Pós-Graduação que apresentou a banca examinadora e passou a palavra para o(a) candidato(a). Após a exposição do trabalho, seguiu-se o processo de arguição do(a) discente. O primeiro examinador foi o professor(a)

doutor(a) **BEATRIZ APARECIDA OZELLO GUTIERREZ**. Logo após,

procederam a arguição o(a) professor(a) doutor(a)

LUANA RODRIGUES DE ALMEIDA.

Em seguida, a banca examinadora reuniu-se reservadamente, a fim de avaliar o desempenho. A banca examinadora considerou o trabalho do(a) discente. Nada mais havendo a relatar, a sessão foi **encerrada às 16 horas** horas, e eu,



HELOISA HELENA PINHO VELOSO

orientador(a) do Programa Pós-Graduação do MPSF, Nucleadora **UFPB**, lavrei a presente ata, que, depois de lida e aprovada, será assinada por mim e pelos membros da banca examinadora.

Heleisa Helena Pinho Veloso

Orientador(a)

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez
1º Examinador(a)

Luana Rodrigues de Almeida

2º Examinador(a)

João Pessoa, 28 de março, de 2023

DEDICATÓRIA

À minha orientadora Prof. Dra. Heloisa Helena Pinho Veloso. Amiga e Mestre. Você é um ser de luz que tem a capacidade de transformar o sofrimento em crescimento da alma, em cada momento de encontro e estudo me deu exemplo de amor, bondade e vontade de construir um mundo melhor. Ser humano de essência mais linda que já convivi.

AGRADECIMENTOS

Gratidão é o sentimento mais nobre que o ser humano pode ter, por isso, agradeço do fundo de minh'alma a todos que contribuíram e estiveram comigo nessa caminhada.

A Deus que é a razão de meu viver;

Ao meu Coorientador, Prof. Dr. José Caldas, que me honrou com sua participação e amizade e engrandeceu minha dissertação com seu imensurável conhecimento.

Aos meus filhos, um tesouro precioso com o qual Deus me presenteou na terra. Vocês foram os pilares na construção de meus valores e da mulher que me tornei.

À minha mãe, que sempre me mostrou o estudo como a ferramenta de transformação da vida pessoal e do mundo como um todo.

Aos meus amigos, especialmente à Vinícius Moraes, Paulo Azevedo Neto e minha sobrinha Layane Sátyro, que foram essenciais na estruturação de meu trabalho, vocês são filhos que a vida me deu.

Ao meu amor, Antônio, que não se cansa de expressar amor e orgulho por cada conquista em minha vida.

O Mestrado me proporcionou muito conhecimento, assim como, a capacidade de transformar a realidade onde estou inserida, mas acima de tudo, me fez entender que a caminhada só vale a pena quando desempenhamos cada gesto com amor, e todos vocês, aqui representados, são o reflexo desse sentimento lindo, que Deus me permitiu conhecer e multiplicar.

EPÍGRAFE

“...Pode-se pingar uma gota de sangue num copo de água límpida e a água continuará parecendo transparente; podemos pingar duas gotas, seis gotas, e em algum momento a água não será mais límpida, não será mais água. Quanto disso entra na sua consciência até que ela se modifique? O que isso faz com todas as mulheres que têm nos seus pensamentos uma gota, ou uma colher, ou um rio de sangue? E se for uma gota todos os dias? E se você estiver apenas esperando que a água límpida fique vermelha?”

Rebecca Solnit - “Recordações da minha Inexistência”

MEDEIROS, Luiza Satyro Morais de. **Violência de Gênero em Mulheres com Diagnóstico de Diabetes Mellitus acompanhadas na Atenção Básica de Saúde**. 2023. 93f. (Dissertação) Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2019.

RESUMO

Diabetes Mellitus (DM) e Violência de Gênero (VG) são considerados dois grandes desafios para a saúde pública no Brasil e no mundo. DM é uma doença crônica, metabólica, caracterizada pela deficiência relativa de insulina, como também pela resistência a esse hormônio. O controle da doença está intimamente relacionado com o surgimento de complicações. A Violência de Gênero define-se como qualquer ação ou conduta que provoque morte, dano ou sofrimento físico, sexual, psicológico, patrimonial e moral, tanto na esfera pública ou privada. O Objetivo do estudo foi avaliar as consequências da Violência de Gênero em mulheres com diagnóstico de Diabetes Mellitus acompanhadas na Atenção Básica do Município de São Mamede-PB, através de um estudo quanti-qualitativo. Foram aplicados os instrumentos: Questionário adaptado da OMS denominado – Estudo Multi-Países sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica (*World Health Organization Violence Against Women – WHO*), Escala de Autoestima de Rosenberg – EAR e um questionário semiestruturado, abordando os eixos Biopsicossociais. A partir da metodologia utilizada concluiu-se que, a VG está relacionada ao agravamento da gestão e controle da Diabetes Mellitus, onde verificou-se que, o Grupo de Mulheres DM/VG apresentou uma maior dificuldade no controle da hemoglobina glicada entre os níveis leve e moderado. Foi possível ainda identificar a influência negativa e deteriorante da VG na qualidade de vida das mulheres avaliadas que enfrentam depressão, ansiedade, obesidade, sobrepeso e baixa autoestima como consequência da VG, fatores estes, a partir dos resultados obtidos, que podem gerar agravo no controle e autogestão da DM.

Palavras-chave: Violência de Gênero; Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde.

MEDEIROS, Luiza Satyro Morais de. **Gender Violence in Women Diagnosed with Diabetes Mellitus Followed in Primary Health Care**. 2023. 94. (Dissertation) Professional Master's Program in Family Health, Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2019.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) and Gender Violence (GBV) are considered two major challenges for public health in Brazil and worldwide. DM is a chronic, metabolic disease, characterized by relative insulin deficiency, as well as resistance to this hormone. Disease control is closely related to the emergence of complications. Gender Violence is defined as any action or conduct that causes death, damage or physical, sexual, psychological, patrimonial and moral suffering, whether in the public or private sphere. The objective of the study was to evaluate the consequences of Gender Violence in women diagnosed with Diabetes Mellitus followed by Primary Care in the Municipality of São Mamede-PB, through a quantitative and qualitative study. The instruments applied were: Questionnaire adapted from the WHO called – Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence (World Health Organization Violence Against Women – WHO), Rosenberg Self-Esteem Scale – EAR and a semi-structured questionnaire, addressing the Biopsychosocial aspects. From the methodology used, it was concluded that GBV is related to the worsening of the management and control of Diabetes Mellitus, where it was verified that the Group of Women DM/GBV presented a greater difficulty in the control of glycated hemoglobin between light and moderate levels. It was also possible to identify the negative and deteriorating influence of GBV on the quality of life of the evaluated women who face depression, anxiety, obesity, overweight and low self-esteem as a consequence of GBV, factors that, based on the results obtained, can generate aggravation in the control and DM self-management.

Keywords: Gender Violence; Diabetes Mellitus; Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA – Associação Americana de Diabetes

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

CEDAW – Convenção sobre a Eliminação de Todas as formas de Discriminação contra a Mulher

CAD – Cetoacidose Diabética

DCNT – Doença Crônica Não Transmissível

DF – Federação Internacional de Diabetes

DM – Diabetes Mellitus

DM1 – Diabetes tipo 1

DM2 – Diabetes tipo 2

EAI – Experiências Adversas na Infância

EAR – Escala de Autoestima de Rosenberg

EHH – Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar

ESFs – Equipes de Saúde da Família

HbA1c – Hemoglobina glicada

HIV - Vírus da imunodeficiência humana

HPA – Hipotálamo - pituitária – adrenal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDF - *International Diabetes Federation*

IMC – índice de Massa Corpórea

NHSII - *Nurses' Health Study II*

OEA – Organização dos Estados Americanos

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PFS – Programa Saúde da Família

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes

SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificações

SPM – Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TOTG – Teste Oral de Tolerância à Glicose

TTG – Teste de tolerância à Glicose

UBS – Unidade Básica de Saúde

VG – Violência de Gênero

VPI – Violência por Parceiro Íntimo

LISTA TABELAS

- Tabela 1.** Distribuição de frequência dos dados sociodemográficos das participantes da pesquisa. São Mamede-PB. (N=40) 42
- Tabela 2.** Distribuição de frequência dos dados referentes aos companheiros das participantes da pesquisa. São Mamede-PB. (N=40) 48
- Tabela 3.** Distribuição de frequência dos dados referentes a violência. São Mamede-PB. (N=40) 51
- Tabela 4.** Variação da hemoglobina glicada na população. São Mamede-PB. (N=16). 56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição das Unidades de Saúde da Família.	38
Quadro 2. Distribuição dos Subgrupos da Pesquisa após análise quantitativa.	38

LISTA ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1. Fluxograma ilustrando Metodologia Quantitativa.	38
Figura 2. Fluxograma ilustrando Metodologia Qualitativa.	41

GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Distribuição de frequência absoluta sobre o grau de escolaridade das Mulheres. São Mamede-PB. (N=40). 44
- Gráfico 2.** Distribuição de frequência da cor da pele das participantes da pesquisa. São Mamede-PB. (N=40). 44
- Gráfico 3.** Distribuição de frequência da Situação afetivo/conjugal das participantes da pesquisa. São Mamede-PB. (N=40). 45
- Gráfico 4.** Distribuição de frequência da religião das participantes da pesquisa. São Mamede-PB. (N=40). 46
- Gráfico 5.** Distribuição de frequência da fonte de renda das participantes da pesquisa. São Mamede-PB. (N=40). 46
- Gráfico 6.** Distribuição de frequência da diabetes hereditária das participantes da pesquisa. São Mamede-PB. 47
- Gráfico 7.** Distribuição de frequência da escolaridade do companheiro. São Mamede-PB. 49
- Gráfico 8.** Distribuição de frequência sobre ocupação do companheiro. São Mamede-PB. 49
- Gráfico 9.** Distribuição de frequência sobre hábitos etílicos do companheiro. São Mamede-PB. 50
- Gráfico 10.** Distribuição de frequência sobre uso de drogas pelo companheiro. São Mamede-PB. 51
- Gráfico 11.** Distribuição de frequência sobre frequência das brigas conjugais. São Mamede-PB. 53
- Gráfico 12.** Distribuição de frequência sobre frequência da VG . São Mamede-PB. 53
- Gráfico 13.** Distribuição de frequência sobre tipos de VG . São Mamede-PB. 54
- Gráfico 14.** Distribuição de frequência sobre denúncia das agressões. São Mamede- 55

PB.

Gráfico 15. Comparação de ocorrência entre os subgrupos 1 e 2 usando intervalos da hemoglobina glicada. São Mamede-PB. 56

Gráfico 16. Distribuição das Mulheres Diabéticas Vítimas de Violência de Gênero, conforme avaliação na Escala de Autoestima de Rosenberg. São Mamede – PB 2022. 58

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 OBJETIVOS.....	23
2.1 Objetivo Geral.....	23
2.2 Objetivos Específicos	23
3.1 Diabetes Mellitus.....	24
3.2 Violência de Gênero: Grave Problema de Saúde Pública/ Violação dos Direitos Humanos.....	27
3.3 Violência de Gênero Versus Diabetes Mellitus	32
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	36
4.1.1 População Alvo	36
4.1.2 Amostra	36
4.1.3 Instrumentos	38
4.1.4 Metodologia Qualitativa.....	39
4.1.5 Aspectos Éticos	8
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	9
5.1 Resultados - Estudo Quantitativo.....	9
5.2 Resultado dos Escores da Escala de Autoestima de Rosenberg aplicada às mulheres diabéticas vítimas de violência.....	23
5.3 Avaliação Qualitativa	25
6 CONCLUSÃO	28
7 PRODUTOS DA PESQUISA	29
.....	43
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	38
ANEXO B - GRUPO DE PESQUISA MEDICINA SOCIAL DIREITO, SAÚDE E CIDADANIA	43

ANEXO C – Questionário – Estudo Multi-Países sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica.....	44
ANEXO D - Versão da escala de autoestima de Rosenberg já traduzida e adaptada culturalmente (Versão EPM/ROSENBERG – DINI, 2000)	53
ANEXO E - Roteiro Biopsicossocial	57
APÊNDICE A - PROGRAMAÇÃO DO CURSO	59

1 INTRODUÇÃO

No atual modelo de Saúde Pública a compreensão de saúde está condicionada ao bem-estar, a qualidade de vida e a determinação dos fatores sociais do processo saúde-doença.

Nesse contexto, houve uma mudança significativa da percepção e moldes do que seja saúde, mas precisamente no início do século XX, onde a saúde pública passou a ser problematização e preocupação governamental, havendo a necessidade mais a frente de se criar o Sistema Único de Saúde, desenvolvendo assim políticas sociais direcionadas a coletividade, como melhoria de saneamento básico, programas vacinais, políticas de conscientização e dentre outras possibilidades que versavam diretamente no bem-estar da população (POLIGNANO, 2001)

A organização da Saúde Pública proposta pelo SUS, está estritamente interligada a prestação continuada de saúde básica e uma rede integralizada de eixos voltados à saúde coletiva, que vão da atenção básica na comunidade, até programas mais complexos de procedimentos cirúrgicos.

Seguinte a esse eixo norteador, propõe-se nesse trabalho, abordar dois desafios que envolvem a saúde pública do Brasil e do mundo: a Diabetes Mellitus e a Violência de Gênero. A repercussão dessa associação pode causar transtornos de grande magnitude na vida das pessoas acometidas, comprometendo a qualidade de vida das mesmas, alertando-se a necessidade de conhecimento dessa relação, para a tomada de decisão no que se refere a qualificar a assistência a essas pacientes e implantar programas preventivos.

O Diabetes Mellitus é uma doença crônica, metabólica, caracterizada pela deficiência relativa de insulina, como também pela resistência a esse hormônio. Pouco se sabe sobre sua etiologia, embora se reconheçam várias causas para o seu surgimento, além da predisposição genética, mecanismo complexo e pouco definido, representando a forma mais prevalente da doença, acometendo 90% a 95% de todos os pacientes (SUPLICY; FIORIN, 2012; BRUTTI *et al.*, 2019).

O DM é uma patologia que exige um bom controle para evitar complicações que comprometam a qualidade de vida da pessoa acometida, como amputações, doenças cardiovasculares, insuficiência renal e cegueira. O tratamento farmacológico correto é necessário, assim como mudanças positivas nos hábitos e estilo de vida. As inúmeras complicações tornam a doença responsável por 5,2% de mortes no mundo, colocando a mesma como a quarta principal causa de morte. (WHO, 2016; DUNCAN *et al.*, 2017).

Atualmente, existem 463 milhões de adultos com diabetes em todo o mundo, o que corresponde a 9,3% da população global, sendo que mais da metade (50,1%) de adultos com DM desconhecem a doença. Os dados refletem a importância de medidas urgentes para reduzir o impacto dessa doença, tendo em vista que existe a possibilidade de muitas vezes prevenir o DM, fazer um diagnóstico precoce com medidas adequadas para evitar ou prolongar o surgimento de complicações em pessoas com diabetes. Estimativas apontam que por volta dos anos 2030 o número de pessoas com diabetes a nível mundial, possa atingir 578 milhões de pessoas e em 2045 esse número poderá chegar a 700 milhões em todo mundo (IDF, 2019).

A solução para ampliar a prevenção e melhorar a gestão do DM é fortalecer os sistemas de saúde, contar com estruturas políticas eficazes e utilizar a educação em saúde como a melhor ferramenta. Por outro lado, é importante o apoio de iniciativas multissetoriais por parte de governos, sociedade civil organizada, setores privados visando a detecção precoce de todos os tipos de DM e suas potenciais complicações, sendo necessário a disseminação de informações aos profissionais de saúde e sociedade sobre os sintomas do diabetes e suas complicações (IDF, 2019).

Assim como a Diabetes Mellitus, a Violência de Gênero se traduz hoje como um dos grandes desafios da saúde pública com proporções alarmantes e implicações negativas na qualidade de vida das pessoas acometidas.

Vários conceitos são utilizados para definir violência contra a mulher, entre os quais, violência doméstica, violência intrafamiliar e posteriormente violência de gênero, embora cada uma tenha sua particularidade enquanto categoria analítica (GROSSI, 1998).

Entre tantas definições, Saffioti & Almeida (1995) consideram o termo Violência de Gênero o mais abrangente por se referir a atos de violência contra as mulheres, crianças e adolescentes. Os autores passaram a utilizar essa nomenclatura nos anos 90 onde os estudos de gênero se desenvolveram e se passou a entender as relações de gênero. Qualquer forma de violência que envolva relações de poder e gênero recebe essa definição de VG embora a violência contra a mulher seja uma das principais formas de violência de gênero (ARAÚJO, 2004).

Nesse sentido, nos últimos anos a categoria gênero começou a ser incorporada na atenção à saúde da mulher que enfim, passou a ser reconhecida como sujeito social com várias necessidades além das questões reprodutivas. Nessa perspectiva de considerar o gênero, a violência passou a ser investigada como um fenômeno social, histórico, político, grave e recorrente na vida da mulher. A continuidade desse fenômeno tem gerado dimensões históricas, antropológicas, sociais, culturais que precisam ser estudadas e discutidas no meio social e

acadêmico considerando suas implicações na vida do ser feminino, e mais ainda, entendidas a partir de um viés psicanalítico, a posição desse sujeito na estrutura (CHAUI, 2003).

O SUS traz o conceito de integralidade que passa a ser considerado na formulação das políticas públicas, deslocando o eixo orientador das práticas para o cuidado. Nessa perspectiva, a categoria gênero começa a ser incorporada às mulheres reconhecidas como sujeitos sociais com outras necessidades de saúde para além das questões reprodutivas.

A mulher tem sido alvo prioritário quando se trata de violência, sendo esse fato considerado violência de gênero, presente nas mais variadas culturas, tendo como justificativa as diferenças atribuídas ao gênero tão perpetuados culturalmente que colocam o homem num papel de dominador e a mulher como ser inferior e submisso (ZUCHI *et al.*, 2018).

Reconhecer o agravo da VG como problema de saúde pública com dimensões negativas na saúde da mulher implica a necessidade dos profissionais de saúde direcionarem um cuidado relacional e humanizado que supere os limites do físico, desconsiderando os preconceitos e estereótipos de gênero que ainda persistem nas práticas profissionais (WHO, 2013; GARCIA *et al.*, 2006). Estudos indicam que a falta de capacitação de profissionais de saúde tem impedido uma ação mais efetiva na abordagem dos casos de violência doméstica deixando um sentimento de impotência diante da constatação desse agravo por parte da equipe (GARCIA *et al.*, 2006; NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014).

A Atenção primária através da Estratégia Saúde da Família se configura como modelo primordial para identificar e acompanhar as situações de violência, tendo em vista que esse fenômeno permeia o cotidiano dos profissionais que têm suas ações voltadas às famílias em seu território de abrangência. Após a implantação da Ficha do SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação), a notificação de casos de violência doméstica vem permitindo a análise epidemiológica dos casos, embora ainda persista uma alta subnotificação desses eventos pelas equipes da atenção básica (POLIDORO; CUNDA; OLIVEIRA, 2020; RIBEIRO; SILVA, 2018).

A violência doméstica é considerada um retrocesso no alcance dos direitos humanos, por comprometer a integridade biopsicossocial da vítima, além de manifestar sintomas e transtornos que afetam os sistemas digestório, endócrino, circulatório, dores e tensões musculares, distúrbios menstruais, depressão, ansiedade, suicídio, uso de entorpecentes, transtornos de estresse pós-traumático, além de lesões físicas, privações e assassinato da vítima (LOXTON *et al.*, 2006; BRASIL, 2011).

Diante dessa realidade, é necessário que essas mulheres ao procurarem os serviços de saúde (UBS) sejam acolhidas e atendidas por profissionais sensibilizados para a problemática,

no âmbito da política de estratégia de Saúde da Família, de modo, a identificar precocemente o agravamento, já que, a maioria das usuárias não expressam o real motivo de sua situação sócio familiar. Nesse sentido, a qualidade de vida está necessariamente comprometida no que diz respeito a sua saúde física e mental (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, esse estudo busca analisar o impacto dos fatores externos como a violência de gênero na gestão e autocontrole do DM em mulheres diagnosticadas com essa patologia que são acompanhadas nas Unidades de Saúde da Atenção Básica do município de São Mamede-PB.

Considerando a alta prevalência de DM na população feminina do município, e a importância da Atenção Básica como estratégia preferencial para atuação no controle da doença através do exercício da universalidade e da integralidade das ações de saúde, e principalmente, seguindo o entendimento do Ministério da Saúde, quando afirma que é essencial que as equipes conheçam a situação de saúde dessa população, justifica-se a importância do presente estudo para que os profissionais tenham subsídios ao direcionamento das ações em saúde (BRASIL, 2006).

Diante do exposto espera-se que este estudo, através da avaliação das consequências dos determinantes sociais, no caso violência de gênero (ansiedade e depressão) no controle e gestão da DM, possa contribuir para a requalificação e sensibilização dos profissionais da atenção básica no enfrentamento à VG e aprimorar os cuidados de atenção à saúde das pacientes DM vítimas dessa patologia psicossocial com fins a melhorar a gestão metabólica e suas complicações, tendo por objetivo final a melhoria na qualidade de vida dessas mulheres.

Tem-se como Hipóteses:

H₀ Não haveria impacto da VG na gestão da DM;

H₁ Existe Impacto da VG na gestão da DM.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar as consequências da Violência de Gênero em mulheres com diagnóstico de Diabetes Mellitus acompanhadas na Atenção Básica;

2.2 Objetivos Específicos

- Construir o perfil sociodemográfico das mulheres DM participantes da pesquisa;
- Identificar a ocorrência e tipos de VG sofrida por mulheres com DM;
- Verificar se existe ou não agravos no controle da DM decorrentes da VG nas mulheres avaliadas.
- Mapear a rede de enfrentamento e atendimento a VG na cidade São Mamede e João Pessoa-PB.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus é uma Doença Crônica não Transmissível (DCNT) de caráter pandêmico, sendo que a OMS recomenda urgência nas ações para seu combate, tendo em vista a alta morbimortalidade causada por essa patologia, repercutindo com grandes danos na qualidade de vida de seus portadores por causar limitação nas atividades do trabalho e lazer, assim como prejuízo econômico para as famílias, comunidade e sociedade como um todo, favorecendo o crescimento das iniquidades e da pobreza (BRASIL, 2011).

A Sociedade Brasileira de Diabetes postula a classificação com base na etiopatogenia do diabetes assim definida: diabetes tipo 1 (DM1), o diabetes tipo 2 (DM2/Diabetes Mellitus), o diabetes gestacional (DMG) e os outros tipos de diabetes (ADA, 2010).

A diabetes tipo 1, ou diabetes juvenil, é definida como uma doença onde o organismo tem uma deficiência absoluta de insulina, resultante da destruição das células beta dos ilhéus do pâncreas, atribuível quer a um processo autoimune (DM imuno-mediada), quer a uma causa desconhecida (DM idiopática) (ADA, 2010). A diabetes tipo 2, ou diabetes do adulto, é definida como uma doença resultante de uma insulinoresistência predominante com deficiência relativa de insulina até um defeito predominantemente secretor associado a alguma insulinoresistência (ADA, 2010).

O paciente com DM tem sua qualidade de vida bastante comprometida, porém quando realiza de forma correta as atividades de autocuidado seguindo dieta adequada, tratamento farmacológico contínuo, hábitos de vida saudável e cuidados com os pés consegue manter um padrão de vida normal evitando as graves complicações que aparecem tardiamente na doença (REISI *et al.*, 2016).

Segundo dados da *International Diabetes Federation* (IDF), o Brasil ocupa a quinta colocação em incidência de Diabetes no mundo, com 16,8 milhões de doentes adultos (20 a 79 anos) com prevalência maior no sexo feminino, ficando atrás apenas da Índia, China, Estados Unidos e Paquistão (IDF, 2019).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (Diretrizes 2019/2020) ressalta que o crescimento dessa epidemia e o problema que ela representa tem preocupado países a ponto de se tornar tema de uma Assembleia das Nações Unidas, em setembro de 2011, fato que gerou destaque, pois pela segunda vez na história, um assunto da área da saúde foi motivo de debate nessa Assembleia (SBD, 2019).

A Sociedade Brasileira de Diabetes em suas diretrizes preceitua como exames laboratoriais para diagnóstico de Diabetes a glicemia de jejum, glicemia duas horas após teste oral de tolerância à glicose (TOTG) e hemoglobina glicada (HbA1c). Os parâmetros para se considerar o indivíduo diabético são: Glicemia de jejum 126 mg/dL, Glicemia de duas horas após TOTG com 75 g de glicose 200 mg/dL, hemoglobina glicada 6,5%. A SBD tem recomendado a utilização da HbA1c (hemoglobina glicada) para o diagnóstico de diabetes desde 2010 (BRASIL, 2016).

A hiperglicemia caracteriza o aparecimento de DM, sendo possível confirmar esse diagnóstico através de quatro tipos de exames: glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas (TTG) e, em alguns casos, hemoglobina glicada (HbA1c) (BRASIL, 2013).

Embora o paciente diagnosticado com DM geralmente leve muito tempo para ter necessidade de uso da insulina, quando este não consegue manter um bom controle da glicemia, mesmo adotando as orientações para o autocuidado, além da terapia medicamentosa, se torna essencial fazer uso da mesma para manter a glicemia em parâmetros adequados como forma de diminuir a possibilidade do surgimento de complicações crônicas microvasculares e cardiovasculares, tais como Infarto do Miocárdio e doença coronária. Importante ressaltar que a hiperglicemia pode se desenvolver durante anos de forma silenciosa e assintomática (ADA, 2010).

Entre as complicações associadas ao DM estão: a hipoglicemia, a cetoacidose diabética (CAD) e o estado hiperglicêmico hiperosmolar (EHH). A hiperglicemia repercute com complicações macrovasculares que resultam em doença cerebrovascular, doença arterial coronariana e doença vascular periférica, por outro lado temos as complicações microvasculares típicas de pacientes diabéticos: retinopatia, nefropatia e neuropatia (VILAR, 2016).

A gestão da doença inclui o conhecimento, saber identificar sinais e sintomas que precisam de intervenção rápida para uma tomada de decisão, além de manter controle dos aspectos psicossociais que podem se agravar em virtude de uma doença crônica e suas consequências (MAR-GARCÍA *et al.*, 2017).

Os profissionais de saúde têm papel relevante na identificação das pessoas em risco para o Diabetes Mellitus (DM) e na intensificação das ações para promover seu controle, entre os já diagnosticados (LAURINDO *et al.*, 2005).

Estudos indicam a necessidade do paciente diabético ter conhecimento da doença para manter um padrão de qualidade de vida, como também é importante a avaliação constante por

parte dos profissionais das ações em saúde para detectar os fatores que influenciam de forma negativa no sucesso terapêutico da doença (CRUZ; LEITÃO; FERREIRA, 2016).

Lopez *et al.* (2016) corrobora que a autogestão da doença está intrinsecamente ligada ao contexto familiar, onde o paciente que conta com esse suporte tem maior probabilidade de mudar hábitos que favoreçam o tratamento e controle da DM.

Submeter os pacientes a práticas restritivas na terapia nutricional, aparenta ser uma simples orientação, mas a limitação de calorias muitas vezes se apresenta como uma reviravolta na vida do paciente que pode originar crenças negativas que dificultam a adesão do paciente a dieta prescrita (PONTIERI; BACHION, 2010). Em 2018 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) identificou uma maior incidência de diabetes no sexo feminino com projeção de 50,6% nessa população em 2030, destacando uma maior procura das mulheres nos serviços de saúde (IBGE, 2018).

Sabendo da complexidade que envolve a autogestão da doença, diversas estratégias tem sido exploradas no intuito de tornar o processo mais fácil e prático. Um exemplo disso é a criação de aplicações móveis, que incluem mecanismos de registro e monitorização de dados, facilitadores para interpretação dos dados registrados, lembretes, informações incluindo orientações gerais, entre outros. O conteúdo informativo desses aplicativos é abrangente, mas pontua temas imprescindíveis ao público, como alimentação, exercício e monitorização da glicemia capilar. Apesar dos avanços trazidos com tal iniciativa e do interesse da população alvo pelo uso dessas ferramentas, foi observado que elas não possuem experiência com este tipo de recurso o que pode constituir um fator dificultante do seu manejo (RIBEIRO, 2020).

A educação é uma estratégia de suma importância para estimular a autogestão da doença, visando minimizar os riscos de complicações e auxiliar na construção da consciência do autocuidado. Temas como terapia medicamentosa, exercícios, alimentação, entre outros podem ser explorados no intuito de informar, de empoderar e de envolver o sujeito. Dessa forma, os profissionais de saúde devem atuar ativamente na captação e no envolvimento dos pacientes nas ações educativas, sejam elas em grupo ou individuais (CORGOZINHO *et al.*, 2020).

Sobre o tema, vale citar que, já existem evidências que mostram que a inclusão da família nas atividades educativas voltadas à autogestão proporcionam melhores resultados na saúde dos portadores de DM. Apesar de não haver um consenso quanto à melhor metodologia, a realização de atividades em grupo ou individuais, online ou presencial, no serviço de saúde ou fora dele, são válidas, apesar de suas particularidades (JOAQUIM; NUNES; MIRANDA, 2022). O apoio familiar tem mostrado seu importante papel na autogestão da DM, uma vez que

o suporte social está relacionado com a percepção da autoeficácia, que por sua vez leva à uma boa autogestão e aos efeitos benéficos na qualidade de vida.

A abordagem educacional pode ser ainda fragmentada quando considerada as diversas metodologias e teorias que envolvem este processo. Muito tem se falado, por exemplo, em programas educacionais baseados no *empowerment* (do inglês, empoderamento) visando basicamente empoderar e delegar a autoridade ao sujeito, fazendo com que este se envolva ativamente no processo. Um estudo investigou a implementação de um programa educacional com esta estratégia e observou que os participantes incluídos nos grupos submetidos a esta abordagem apresentaram melhores pontuações quanto à avaliação da autoeficácia, em comparação com o grupo controle (LOUREIRO *et al.*, 2019).

O maior desafio das equipes nas ações de saúde do DM é manter o controle da glicemia nos pacientes para reduzir o triste desfecho da patologia com relação a morbimortalidade. Por isso o Ministério da Saúde considera aspecto relevante fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais no intuito de ressignificar as atuais práticas na assistência a esses problemas. É necessário avaliar continuamente as ações em saúde para conhecer os fatores que podem determinar o tratamento da DM (BRASIL, 2013; CRUZ; LEITÃO; FERREIRA, 2016).

É preciso deixar claro que o doente não é o único responsável pela sua condição, a literatura defende que órgãos como o Ministério da Saúde, profissionais, cientistas, indústria farmacêutica, entre outros também estão amplamente envolvidos na forma como a doença é vista e manejada. Não se excetuando da responsabilidade a comunidade na qual está inserido o portador de DM, bem como setores como agricultura, habitação, emprego, entre outros. Portanto, é necessário compreender a ampla magnitude que interfere na vida e na saúde dessas pessoas, como sendo não somente um problema de saúde pública, mas de compromisso público em aspecto macro (LUCAS, 2021).

3.2 Violência de Gênero: Grave Problema de Saúde Pública/ Violação dos Direitos Humanos

A problemática que norteia a violência contra a mulher é algo histórico, de difícil compreensão, por meio de incontáveis causas e efeitos que estão interligados com fatores determinantes de doenças que tiveram sua raiz na violência física e psicológica sofrida por grupos sociais de mulheres ao longo do curso histórico.

A violência contra a mulher reflete de maneira impactante na vida da vítima, tendo como

possíveis consequências suicídio, aborto, complicações obstétricas, gravidez não planejada, maior risco de contágio de DSTs, depressão, obesidade e tantas outras patologias. Mensurar a dimensão negativa, além das sequelas físicas e psíquicas desse evento se torna quase impossível principalmente se a mesma ocorre de forma repetida. É considerada violação dos direitos humanos, um grave problema de saúde pública que atinge mulheres de todo o mundo, tendo como principal protagonista da ação os parceiros íntimos (WHO, 2016; BAUGHER, GAZMARARIAN, 2015).

Logo, foi preciso buscar meios e formas de diminuição categórica de violências de gênero, pois tal abuso é o tolhimento completo de os direitos e garantias previstos na constituição.

Com isso, qualquer ação ou conduta que provoque morte, dano ou sofrimento físico, sexual, psicológico, patrimonial e moral, tanto na esfera pública ou privada pode ser considerado como Violência contra a mulher (BRASIL, 2006).

Já na década de 1970, a violência de gênero liderava as agendas e o interesse dos movimentos feministas tendo em vista sua relevância como problema que interfere na saúde física e mental das mulheres, dificultando o seu desenvolvimento integral na sociedade (MINAYO, 1994).

Impossível falar de violência sem destacar as duas convenções internacionais sobre os direitos das mulheres, das quais o Brasil subscreveu os documentos. A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher CEDAW (ONU, 1979) e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará (OEA, 1994).

A CEDAW foi o primeiro tratado internacional específico sobre os direitos das mulheres que se apoiou nas Convenções Internacionais de Direitos Humanos para reafirmar a obrigação dos Estados em garantir a homens e mulheres igualdade de gozo de todos os direitos econômicos, sociais, culturais, civis e políticos. A Convenção discorre sobre a eliminação de toda forma de discriminação contra as mulheres nos campos político, econômico, social, cultural e civil (ONU, 1979). Em contrapartida a Convenção de Belém do Pará, vela especificadamente da questão da violência cometida contra as mulheres, definindo e reafirmando todas as formas de violência como violação dos Direitos humanos e liberdades fundamentais e fortes obstáculos ao implemento da isonomia, ao exercício pleno da cidadania, ao desenvolvimento socioeconômico e à paz social (OEA, 1994).

O Brasil mesmo subscrevendo tais documentos e afirmando na Carta Magna de 1988 a igualdade de direitos entre homens e mulheres perante a lei (Art. 5º) e a dignidade da pessoa

humana como um princípio fundamental ao país (Art.1º), as normatizações não se concretizavam na prática para responder as recorrentes situações de violências, gerando uma cobrança dos movimentos feministas por posições mais firmes do Estado na eficácia da Lei (BANDEIRA; MELO, 2010; MACHADO, 2010).

É um fenômeno global e complexo considerado pela Organização Mundial de Saúde como grave problema de saúde pública e violação dos direitos humanos. Foi nessa perspectiva que surgiu a Lei Maria da Penha, os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e melhora de atendimentos por equipes multidisciplinares do âmbito do SUS (CURIA *et al.*, 2020).

Em meio a tanta pressão o estado respondeu com a promulgação da Lei 11.304/06- Lei Maria da Penha) que passou a ser considerada pela Organização das Nações Unidas - ONU como uma das três legislações mais avançadas do mundo, perdendo apenas para as leis da Espanha e Chile. Foi sancionada em 2006 pelo Congresso Nacional e desde então passou a ser o maior instrumento jurídico no enfrentamento da violência doméstica (MARANHÃO, 2018). Essa lei preconiza que a atenção à mulher em situação de violência deve ser ofertada de forma integral, numa rede de apoio com atuação de diversos profissionais de forma intersetorial (DINIZ, 2019).

É imprescindível reconhecer que a Lei Maria da Penha provocou mudanças e avanços com sua efetivação, tendo em vista que a partir daí, o Estado brasileiro teve que se reorganizar, os serviços foram estruturados, ações de prevenção e combate à violência passaram a ser implementadas. Em suma, a lei exigiu não só a responsabilização penal no cumprimento da mesma, mas ela provocou a rede de atendimento e enfrentamento da violência através da antiga Secretaria de políticas para Mulheres (SPM) a iniciar um longo caminho para colocar em prática o que era proposto (ALVES; NEVES; RESQUE *et al.*, 2019).

O legislador nacional, mediante incontáveis casos de violência e abusos sofridos por mulheres no Brasil, buscou mediante a reprimenda criminal, alternativas de agravar as penas impostas a agentes delitivos para que, através da punição diminuir a incidência de causas de violência contra a mulher, com isso é importante destacar a Lei.104/2015 que aumenta em 1/3 (um terço) a pena nos casos de mortes por feminicídio, onde as mulheres são mortas pela condição de gênero (BRASIL, 2015).

A violência contra a mulher, mesmo sendo uma barreira para se alcançar o desenvolvimento, à paz e os ideais de igualdade entre os seres humanos, só foi reconhecida em sua magnitude em 1993, durante a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos das Nações Unidas e sancionada em 1994 pela Convenção Interamericana para Prevenir, punir e erradicar

a violência doméstica, sendo destaque na Lei Maria da Penha em seu artigo 6º que reafirma a violência doméstica e intrafamiliar contra a mulher como violação dos direitos humanos, doloroso é saber que a Lei reiterou o que já era previsto na Constituição e na prática a norma continua sem ser cumprida (SOUZA, 2019).

Historicamente vem sendo construído um estereótipo de gênero feminino que condiciona as mulheres a um ser sensível, intuitiva, dedicada ao serviço doméstico e a maternidade, opondo-se a uma visão mais política e cultural. Dessa forma a desigualdade na responsabilidade doméstica aumenta, tendo em vista que a mulher hoje trabalha também fora de casa. Essa visão coloca o homem numa posição de superioridade gerando conflitos e situações de violência doméstica, muitas vezes invisível a sociedade. Assim, o direito constitucional de ter o lar como um ambiente de segurança e proteção contínua a ser um privilégio de classe e de gênero (FREDERICI, 2019).

O trabalho intersetorial e articulado em rede é reconhecido como o melhor caminho para efetivar o atendimento às mulheres vítimas de violência (Vieira; Hasse, 2017), no entanto, pesquisas indicam as dificuldades na realização das ações da rede intersetorial de atendimento às mulheres em situação de violência (SOUZA; SANTANA; MARTINS, 2018; SOUZA; SILVA, 2019; SANTOS; BEVILACQUA; MELO, 2020; TRENTIN *et al.*, 2020).

A violência doméstica em todas as suas formas tem se apresentado no ambiente familiar onde a dominação masculina se materializa de forma indiscutível, mas a manifestação das relações de forças materiais e simbólicas também são perpetuadas em instâncias como a igreja, a Escola ou o Estado de formas declaradas, escondidas, oficiais ou oficiosas (BORDIEU, 2011).

Estudos brasileiros comprovam que a baixa renda é o fator determinante para a mulher se submeter a violência, comprovam ainda que a mulher com independência financeira tem mais consciência dessa realidade e se sente mais encorajada a tomar uma posição na busca de resolver o problema, ficando a maioria escondida atrás do preconceito e da discriminação em admitir ser agredida principalmente por seu companheiro, tendo como consequência a falta de denúncia desse evento global (JACINTO, 2018).

A dimensão das consequências da violência não é mensurada apenas nos traumas típicos das agressões físicas, a violência conjugal tem sido relacionada a uma série de problemas de saúde, entre eles o baixo peso dos filhos ao nascer, queixas ginecológicas, depressão, suicídio. A delimitação dos prejuízos psicológicos não está clara na Legislação brasileira e de outros países, considerando que o que favorece o dano psíquico é a ameaça a própria vida ou à integridade psicológica, como também a uma lesão física potencial, entender o dano como proposital, perder uma pessoa próxima e ser submetido ao sofrimento causado por pessoas com

proximidade ou não (MAROJA, 2017).

O Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014, reitera que além de ferimentos físicos, os efeitos da violência para a saúde abrangem incapacitação, depressão, problemas de saúde física e reprodutiva, tabagismo, comportamento sexual de alto risco e consumo abusivo de álcool e drogas – comportamentos que associam experiências de violência a doenças cardíacas, acidentes vasculares, câncer, HIV/aids e uma série de outras doenças crônicas e infecciosas, assim como morte prematura.

Souza (2014) nos alerta para a dificuldade em identificar os agressores, por se mostrarem pessoas sociáveis em público e manifestarem os abusos em locais privados, embora existam algumas características típicas desses abusadores a exemplo de baixa autoestima, serem portadores de armas e usarem constantemente álcool e drogas ilícitas, além de causarem lesões em locais com pouca visibilidade e sem necessidade de cuidados médicos.

Embora se costume correlacionar violência de gênero como sinônimo de violência doméstica, violência contra a mulher e violência familiar, cada termo em particular carrega significados e consequências teóricas e práticas diferenciadas. Segundo Almeida, o termo Violência contra a mulher nos dá o entendimento para onde é dirigida a violência, não implicando um sujeito, e sim um objeto, o lugar da vítima e pressupõe unilateralidade do ato, focalizando a mulher como vítima. (ALMEIDA, 2007).

A Organização Mundial de Saúde em 2017 publicou dados preocupantes a respeito da Violência de Gênero, enfatizando que uma em cada três mulheres (35%) já vivenciaram situações de violência física e/ou sexual em algum momento de sua vida e que na grande maioria foram perpetradas pelo parceiro íntimo (OMS 2017). Mais preocupante ainda é constatar a recorrente associação das violências física, sexual e psicológica, além da coexistência das violências emocional e moral em sobreposição às demais (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

Estudos nos alertam para a necessidade de ações educativas com foco nos tipos de violência, quando nos confirma a alta prevalência da violência psicológica contra as mulheres, a percepção que as vítimas da mesma têm como algo natural, tornando a mesma de certa forma invisível, pouco identificada e portanto, rara em ser denunciada (BAPTISTA *et al.*, 2015; CURIA *et al.*, 2020).

As mulheres em todas as esferas sociais, independentemente de sua cultura, religião, grupo étnico, nível de escolaridade vivenciam o triste fenômeno da violência, embora exista uma enorme disparidade entre elas no acesso aos serviços de saúde e a busca pelo direito. (CURIA *et al.*, 2020)

Segundo Busin (2015) às vítimas dos vários tipos de violência carregam consigo marcas profundas que se expressam no físico ou no emocional como consequência de uma ruptura sofrida. Conceitua ainda violência de gênero como resultado das relações de gênero reproduzida pelo sistema patriarcal que exalta atributos masculinos em sobreposição aos atributos femininos, sendo expresso de forma física, sexual e econômica.

Scott (1995) foi inédito ao definir gênero como categoria de análise, e nessa perspectiva foi superado o determinismo biológico relacionado ao uso do termo sexo ou diferenciação sexual, termo esse contemplado na vasta literatura mundial. A promulgação da Lei Maria da Penha foi o fio condutor para formulação de políticas públicas na saúde, educação e assistência social, além de permitir avanços nas esferas jurídica, processual, política e cultural após a real concepção do que seria violência (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

3.3 Violência de Gênero Versus Diabetes Mellitus

O estresse emocional tem sido associado ao desequilíbrio dos níveis de glicose no sangue e controle glicêmico, intervindo na capacidade de autogestão do diabetes. Essas experiências estressantes interferem desfavoravelmente no tratamento do DM por terem efeito avassalador no controle da glicemia e também por desencadearem complicações associadas à doença. Ademais, constatou-se que o estresse resulta numa baixa qualidade de vida por ocasionar prejuízos nos padrões de sono, alterações no apetite, ansiedade e irritabilidade (LLOYD, 2005; NAPORA, 2018).

Atualmente, existe uma vasta literatura avaliando a relação entre violência de gênero e o desenvolvimento ou incidência de diabetes mellitus. A ligação entre abuso na infância e desenvolvimento de DM2 na vida adulta (SHIELDES *et al.*, 2016; RICH-EDWARDS *et al.*, 2010; HUGHES *et al.*, 2017) foi bem retratada; no entanto, poucos estudos exploraram essa associação na população vítima de violência de gênero. O Nurses' Health Study II (NHSII) foi um dos poucos estudos que investigou esta associação e mensurou um risco aumentado de 61% ajustado na incidência de diabetes tipo 2 em sobreviventes de VD que sofreram abuso psicológico grave, mas este achado não foi estatisticamente significativo em sobreviventes de abuso físico e sexual (MASON *et al.*, 2013).

Uma pesquisa que buscou investigar fatores de proteção e de risco quanto à resiliência e adesão ao tratamento entre mulheres com DM observou, entre os fatores de risco, a violência de gênero. A desmotivação para cuidar de si esteve atrelada à solidão e falta de apoio emocional, e além disso foi observado que as participantes enfrentavam problemas familiares relacionados

à dependência financeira, violência psicológica e desvalorização. Foi percebida ainda a banalização dos momentos de violência, como algo comum à vida da mulher, bem como a normalização da dependência e da atividade de “dona de casa”, como algo inerente ao gênero feminino, provavelmente isso ocorreu em consequência de ideais passados de geração em geração por uma sociedade machista (RECKZIEGEL *et al.*, 2018).

É importante ressaltar que a problemática entre violência de gênero e DM não está restrita ao Brasil, um estudo realizado com índios Chontal, no México, observou que entre os fatores que dificultavam o controle da doença estava a violência doméstica. As mulheres incluídas na pesquisa relataram ficar assustadas com as atitudes violentas de seus maridos e filhos, especialmente quando em consumo de bebidas alcoólicas, de acordo com os relatos (HERNÁNDEZ; GARCÍA; ÁLVAREZ, 2020).

Relacionamentos abusivos com cônjuges podem interferir de diversas formas no controle da DM, um exemplo disso foi evidenciado por Rubira *et al.* (2021) em seu estudo. Foi observado que, além das tarefas domésticas “naturalmente” atribuídas à mulher pela sociedade, que podem interferir na sua rotina de cuidados com a doença, por falta de tempo, por exemplo, algumas mulheres podem enfrentar proibições do marido quanto à realização de atividades físicas. “Ele não deixa eu sair sozinha” afirma a participante, nesse cenário é importante investigar atitudes machistas e controladoras, que por vezes estão encobertas por “intenções de zelo” por parte do marido.

Um estudo que buscou implementar o uso do “Roteiro de Abordagem Inicial para Detecção de Situações de Violência Doméstica Contra Mulheres” na prática médica, para melhor atuação frente à possíveis vítimas de violência doméstica, conseguiu observar os possíveis efeitos de tal ato no descontrole das doenças crônicas como a DM. Após compreender a provável relação, os profissionais estiveram mais atentos para mulheres com condições crônicas descompensadas, que apesar de fazer uso de medicações não conseguiam um controle efetivo da doença (GEROMINI, 2019).

Portanto, falar acerca da influência do estresse no surgimento de afetações fisiológicas, transitórias ou não, é compreender a influência hormonal no funcionamento do corpo. No caso da DM, já se sabe que os altos níveis de cortisol podem levar ao aumento da glicose sanguínea, bem como à diminuição de sua utilização pelas células, o aumento dos níveis de insulina, entre outras coisas, que podem levar ao surgimento da DM. Vale lembrar que cada indivíduo possui uma reação única ao estresse, os altos níveis de cortisol podem influenciar no surgimento de uma ou mais patologias, como a DM, a Hipertensão Arterial Sistêmica, a osteoporose, entre outras (ROCHA *et al.*, 2018).

Situações frequentes de estresse tem influência fisiológica sobre a glicemia, influenciando negativamente na autogestão do diabetes, a exemplo da vigilância constante da glicemia, seguimento de um regime alimentar, descuido com horários regulares das medicações (ANDO; ASAKURA; SIMONS-MORTON *et al.*, 2005).

Mezuk *et al.* (2008) em estudo sobre depressão e diabetes tipo 2 ao longo da vida: uma meta-análise e Engum (2007) em pesquisa sobre o papel da depressão e da ansiedade no início do diabetes, em um grande estudo de base populacional comprovaram que vários estressores podem comprometer o controle da DM, entre eles o abuso infantil e a Violência por parceiro íntimo (VPI) que podem influenciar o diabetes tipo 2 por meio da depressão e / ou por meio de mecanismos de enfrentamento comportamentais que levam ao aumento do índice de Massa Corpórea (IMC) (NOLL *et al.*, 2007; DONG *et al.*, 2004). Além disso, mecanismos endócrinos mais diretos podem envolver hipercortisolemia e resistência à insulina (KYROU; TSIGOS, 2009).

Rich-Edwards *et al.* (2010) conduziu um estudo sobre abuso infantil como preditor de diabetes tipo 2 em mulheres adultas que mostrou associação positiva, onde documentaram aumentos de 25-70% nas taxas de diabetes tipo 2 associadas à exposição a abuso físico ou sexual moderado a grave na infância.

Segundo Soares (2016), experiências adversas na infância (EAI) são geradoras de estresse que podem acontecer, antes dos 18 anos, e causar danos à saúde e o bem-estar tanto no momento em que acontecem, como também durante o ciclo vital. Aqui se inclui os abusos (físico, sexual e psicológico), abandono, desequilíbrios familiares, os quais foram associadas à ocorrência de comportamentos de risco à saúde, obesidade, doenças cardiovasculares, câncer e diabetes.

Pittet *et al.* em um estudo realizado em 2010 asseverou que a depressão associada ao bullying interfere na adesão ao tratamento de DM, por comprometer o autocuidado, culminando com o surgimento de complicações no futuro. Estudos anteriores indicaram que pacientes que experimentaram situações de vitimização apresentaram probabilidade significativamente maior de serem diabéticos ou apresentar sintomas de diabetes em relação os seus semelhantes que não foram vítimas de abuso (KENDALL-TACKETT; MARSHALL, 1999).

Situações que configuram formas de violência são geradoras de estresse, nesse sentido diversos estudos realizados nas últimas décadas demonstram a importância do estresse na gênese e na progressão de doenças que em sua fisiopatologia comprometem o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA)¹. Nesse rol se enquadram a asma, doenças alérgicas, doenças coronarianas, autoimunes, úlceras pépticas e diabetes mellitus tipo II que se destaca,

tendo em vista seus altos índices no Brasil e no mundo, considerando também altas taxas de morbimortalidade pelo doenças e/ou complicações (TSIGOS; CHROUSOS, 2002).

O que pode justificar a associação entre maus-tratos na infância e diabetes tipo 2 é considerando o estresse ou trauma vivenciado pelas vítimas de maus-tratos na infância. As conclusões de estudos clínicos denotam que experiências estressantes no início da vida levam a ativação frequente do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (BREMNER *et al.*, 2003; LIU *et al.*, 1997). Esse evento pode ocasionar níveis elevados de cortisol e ter efeitos duradouros no sistema de resposta ao estresse do corpo, possibilitando um aumento de glicocorticóide, norepinefrina e resposta autonômica (BREMNER *et al.*, 2003; NATIONAL DIABETES DATA GROUP, 1979). Tais mudanças favorecem à resistência à insulina, que pode proporcionar hiperglicemia, tendo como consequência o desenvolvimento de DM2 (TSIGOS; CHROUSOS, 2002)

Várias pesquisas predizem que experiências estressantes em sua maioria podem ter relação com o aparecimento de diabetes (LLOYD *et al.*, 2005). Entretanto, uma revisão meta-analítica observando correlação entre fatores psicossociais adversos (incluindo eventos estressantes) e diabetes encontrou associações significativas com o prognóstico de diabetes, mas não diabetes incidente (CHIDA; HAMER, 2008).

3 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa enfatiza a relação entre investigação e ação, prestando especial atenção às "boas práticas" no campo dos cuidados de saúde da família das mulheres diabéticas vítimas de violência de gênero em São Mamede, município brasileiro do estado da Paraíba, localizado na Região Metropolitana de Patos, com uma população de 7.702 habitantes. O município conta com um Hospital Filantrópico e quatro Equipes de Saúde da Família (ESF's) que juntas perfazem uma cobertura de 100% do Programa Saúde da Família (PSF) do município.

Trata-se de um estudo do tipo Observacional Transversal Descritivo, de metodologia mista através da integração da abordagem quantitativa e qualitativa (MORSE, 2015).

4.1 Metodologia Quantitativa

O estudo quantitativo permitiu traçar um perfil sociodemográfico das mulheres participantes do estudo, analisar a ocorrência e os tipos de VG nas mulheres diagnosticada com DM, além de avaliar a autogestão da doença entre o grupo 1 (DM/VG) ou grupo 2 (DM/ não VG) através de um estudo comparativo com análise do exame laboratorial hemoglobina glicada. Permitiu também, fazer correlações entre as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, nacionalidade, religião, condição socioeconômico, escolaridade), além de avaliar a autoestima das participantes da pesquisa.

4.1.1 População Alvo

Mulheres diagnosticadas com Diabetes Mellitus, maiores de 18 anos, residentes e acompanhadas na Atenção Básica do Município de São Mamede-PB

4.1.2 Amostra

A amostra foi composta de (n=40) quarenta mulheres diabéticas cadastradas e acompanhadas na Atenção Básica do município de São Mamede. Foram escolhidas aleatoriamente 10 mulheres de cada unidade, para garantir maior estratificação.

Quadro 1. Distribuição das Unidades de Saúde da Família.

Unidade de Saúde da Família I Enf ^a . Ana Maria Isidoro de Andrade	Rua Silvino Candeia da Silva São Mamede-PB
Unidade de Saúde da Família II Rita Tavares do Nascimento	Rua Ezequiel Benigno de Medeiros Conjunto Agenor Rique Ferreira São Mamede-PB
Unidade de Saúde da Família III Maria Hercília Paz	Rua Luis Leônidas de Medeiros, Centro. São Mamede-PB
Unidade de saúde da Família IV Áureo Clemente Guedes.	Rua Francisca Adélia da Conceição Bairro Jardim Planalto São Mamede-PB

Fizeram parte da pesquisa mulheres cadastradas nas referidas Unidades de Saúde, com mais de 18 anos, diagnosticadas com DM há pelo menos 1 ano. Foram excluídas mulheres que não estavam na Unidade de Saúde no momento da busca, ou que não faziam tratamento e acompanhamento de DM na rede pública de saúde.

Em todas as participantes incluídas na pesquisa, foram aplicados os índices (WHO/VAW) e EAR que permitiu gerar 2 grupos de pesquisa:

Quadro 2. Distribuição dos Grupos da Pesquisa após análise quantitativa:

Grupo I	Grupo II
(DM/VG)	(DM/ não VG)

Foram realizados em todas as mulheres participantes da pesquisa, o exame de controle de Diabetes: hemoglobina glicada. Os resultados foram anotados em planilhas para posterior comparação entre os grupos I e II.

Após a coleta foi construído um banco de dados para armazenamento das informações que foram transportados para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24 para análise estatística quantitativa dos dados e suas variáveis.

4.1.3 Instrumentos

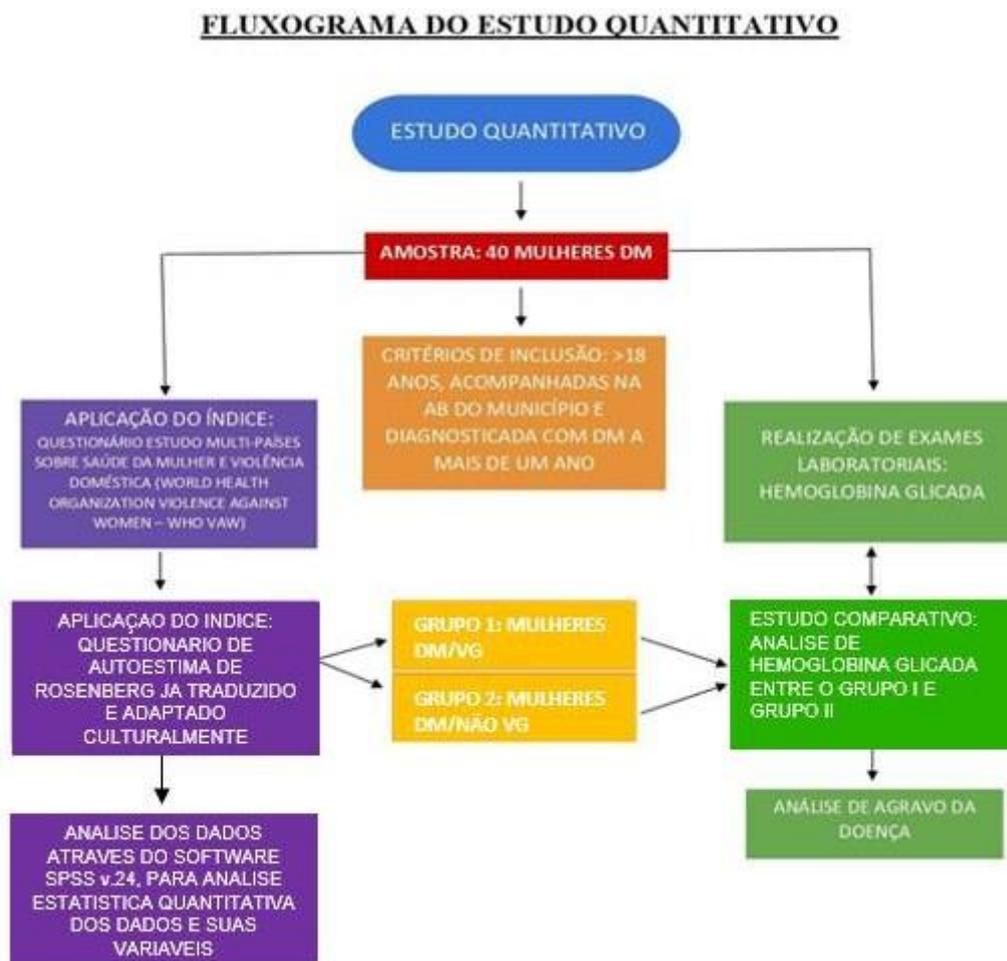
A fim de responder aos objetivos e testar as hipóteses desta investigação, foram aplicados os seguintes instrumentos:

1) Questionário adaptado da OMS denominado – Estudo Multi-Países sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica (World Health Organization Violence Against Women - WHO VAW), validado por Schraiber em 2010 no Brasil (ANEXO B). Esse estudo foi realizado em 1998, baseado em inquéritos domiciliares e objetivou estimar a prevalência das diferentes formas de violência contra mulheres e fatores associados à violência por parceiros entre os 10 países inicialmente participantes. O bloco de perguntas sobre variáveis sociodemográficas e socioeconômicas foi elaborado a partir de outros estudos semelhantes sobre o tema. Em relação à violência de gênero foram avaliadas questões referentes a violência psicológica, física e sexual. (SCHRAIBER *et al.*, 2010).

2) Escala de Autoestima de Rosenberg – EAR (ROSENBERG, 1965), Atualmente em todo mundo a mensuração da autoestima tem sido realizada por meio dessa escala conceitualizada pelo autor como um instrumento unidimensional capaz de classificar o nível de autoestima em baixo, médio e alto. Nesse contexto, enfatizar a importância de conhecer a percepção dessas mulheres em relação a autoestima das mesmas. A baixa autoestima se expressa pelo sentimento de incompetência, inadequação e incapacidade de enfrentar os desafios; a média é caracterizada pela oscilação do indivíduo entre o sentimento de aprovação e rejeição de si; e a alta consiste no autojulgamento de valor, confiança e competência (ROSENBERG, 1965). A escala original foi desenvolvida a princípio para adolescentes e possui dez sentenças fechadas, sendo cinco referentes à "autoimagem" ou "autovalor" positivos e cinco referentes à "autoimagem negativa" ou "autodepreciação". As sentenças são dispostas no formato Likert de quatro pontos, variando entre "concordo totalmente" e "discordo totalmente" (ANEXO C).

Importante enfatizar a necessidade de se utilizar um instrumento confiável na avaliação da autoestima das pessoas. A versão para a língua portuguesa da escala de autoestima de Rosenberg apresentou bons índices de reprodutibilidade e validade no nosso meio, podendo ser usada como instrumento para medir a autoestima em pacientes que sofrem violência doméstica

Figura 1. Fluxograma ilustrando Metodologia Quantitativa.



4.1.4 Metodologia Qualitativa

A análise qualitativa exige do pesquisador experiência ao olhar para os dados, considerando todas as informações dos documentos, tendo em vista a relevância de todo contexto envolvido. A escolha de uma teoria para realizar a análise e proceder à codificação dos dados é tão importante quanto à escolha da metodologia de análise. Nesse sentido, escolhemos a análise de conteúdo segundo o modelo de L. Bardin (2011).

Na abordagem qualitativa foram avaliadas as mulheres do grupo I (DM/VG), através do seguinte instrumento:

- 1) entrevistas semiestruturadas e em profundidade, baseadas num roteiro previamente

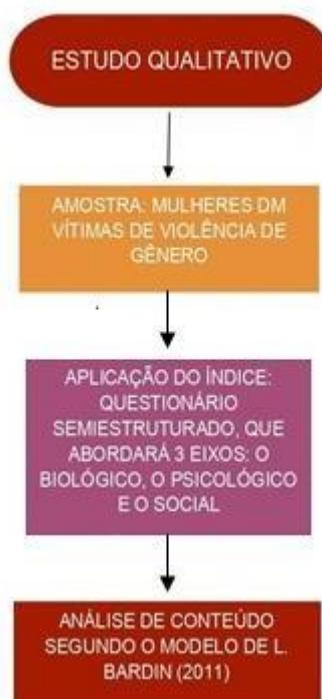
planejado para ser aplicado às mulheres DM/VG, no qual foram abordados 3 eixos: o biológico, o psicológico e o social (ANEXO A).

A entrevista semi-estruturada permitiu abordar o lado subjetivo das participantes, investigando aspectos de importância dentro da violência de gênero e de suas concepções acerca da DM. As respostas foram gravadas e posteriormente transcritas para agrupamento e análise dos dados.

A coleta de dados foi realizada presencialmente em cada uma das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, com datas previamente agendada com cada paciente de acordo com a disponibilidade das mesmas. Respeitando-se os protocolos de biossegurança da COVID 19, em dias alternados, com as pacientes diabéticas e vítimas da violência doméstica, resultado esse, adquirido, a partir da aplicação dos índices. Quanto a análise qualitativa foi utilizada a teoria de análise de conteúdo de L. Bardin (2011).

Figura 2. Fluxograma ilustrando Metodologia Qualitativa.

FLUXOGRAMA DO ESTUDO QUALITATIVO



4.1.5 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi apresentado ao Grupo de Pesquisa em Medicina Social Direito, Saúde e Cidadania/CNPQ no dia 11 de junho de 2021, e homologado pelo Colegiado do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família /RENASF/UFPB , no dia 06 de Agosto de 2021.

Submetido ao Comitê de Ética da CCS/UFPB via Plataforma Brasil e aprovada com o CAAE: 50288021.3.0000.5188

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As etapas a seguir representam os resultados dos estudos quantitativo e qualitativo que descrevem a sequência da aplicação dos instrumentos, bem como os dados obtidos em cada um deles. Além disso faz-se uma análise discursiva dos resultados da aplicação dos instrumentos fazendo correlação com resultados de outros estudos da literatura.

5.1 Resultados - Estudo Quantitativo

Frente aos achados na Avaliação Quantitativa após aplicação do Questionário adaptado da Organização Mundial de Saúde denominado – Estudo Multi-Países sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica temos os seguintes resultados e Escala de Autoestima de Rosenberg EAR (ROSENBERG 1965):

A amostra foi composta por 40 mulheres. A partir da análise da tabela 1, observou-se que 100% (n=40) das participantes tinham mais que 31 anos. Além disso, houve predominância de mulheres com 2º grau completo (42,5%; n=17), parda (57,5%; n=23), casada (62,5%; n=25), católica (85,0%; n=34), que não mora com pais (92,5%; n=37), que possui fonte de renda (62,5%; n=25), com diabetes mellitus tipo 2 (100,0%; n=39), residindo no bairro centro (60,0%; n=24) e pertencente à UBS IV (27,5%; n=11).

Tabela 1. Distribuição de frequência dos dados sociodemográficos das participantes da pesquisa. São Mamede-PB. (N=40)

Variável	N (%)	Amostras válidas / em falta
Idade		40/0
Menor que 31 anos	0 (0)	
Maior que 31 anos	40 (100,0)	
Escolaridade		40/0
Superior completo	1 (2,5)	
Superior incompleto	1 (2,5)	
2º Grau completo	17 (42,5)	
2º Grau incompleto	3 (7,5)	
1º Grau completo	4 (10,0)	

1º Grau incompleto	10 (25,0)	
Analfabeto	4 (10,0)	
Cor de pele		40/0
Parda	23 (57,5)	
Branca	15 (37,5)	
Preta	2 (5,0)	
Estado civil		40/0
Casada	25 (62,5)	
Solteira	5 (12,5)	
Viúva	4 (10,0)	
Divorciada	3 (7,5)	
União estável	3 (7,5)	
Religião		40/0
Católica	34 (85,0)	
Evangélica	6 (15,0)	
Vive com pais		40/0
Sim	3 (7,5)	
Não	37 (92,5)	
Possui fonte de renda		40/0
Sim	25 (62,5)	
Não	15 (37,5)	
Bairro		40/0
Jardim Planalto	1 (2,5)	
Agenor Rique	2 (5,0)	
Pau D'arco	4 (10,0)	
Sabino Maranhã	1 (2,5)	
Zona rural	2 (5,0)	
Centro	24 (60,0)	
Januário Bezerra	1 (2,5)	
Cehap	5 (12,5)	

No Estado do Ceará, uma pesquisa evidenciou na sua amostra que a faixa etária mais propensa a sofrer violência de gênero foi de 20 a 49 anos. As mulheres incluídas no presente

estudo aproximam-se desse recorte, com 31 anos ou mais. Já no que se refere à escolaridade, as vítimas reportadas pela pesquisa do Ceará, em sua maior parte, declararam ter apenas ensino fundamental completo, o que diverge do perfil das participantes deste estudo, já que a maior parte tem ensino médio completo (COELHO, 2019). Tais pontos podem ter influenciado nos percentuais apresentados.

Gráfico 1. Distribuição de frequência absoluta sobre o grau de escolaridade das Mulheres. São Mamede-PB. (N=40).

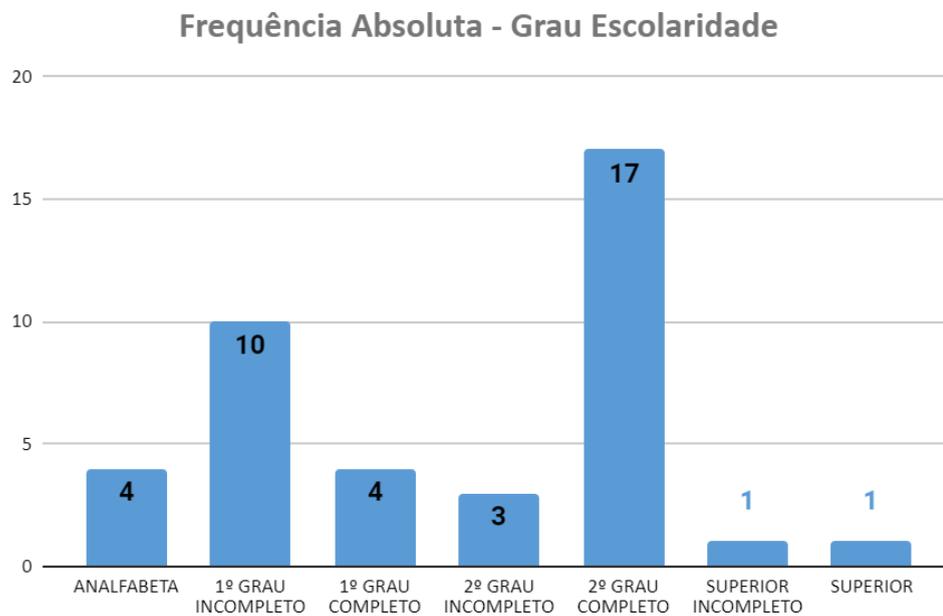
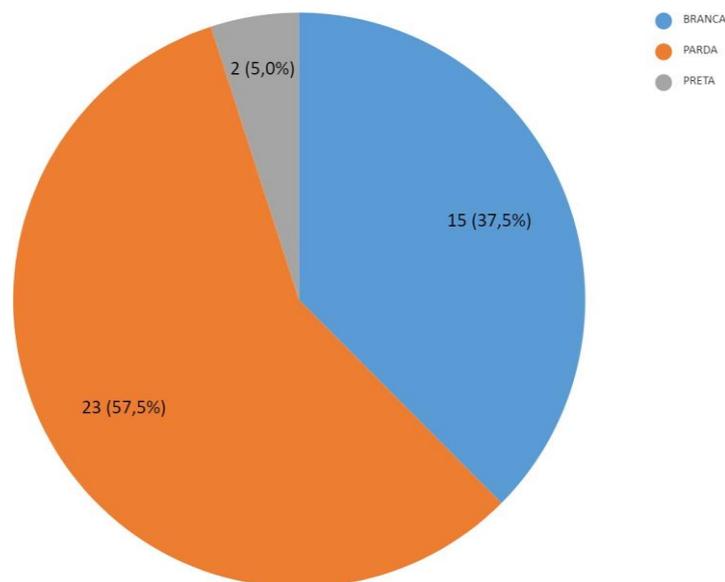


Gráfico 2. Distribuição de frequência da cor da pele das participantes da pesquisa. São Mamede-PB. (N=40).



Adotar o recorte de raça é essencial, uma vez que é preciso compreender como se dá a violência de gênero para mulheres brancas e negras. Dessa forma, é necessário investir na geração de dados que propiciem essa diferenciação, para então direcionar políticas públicas e mecanismos legislativos, que ainda se voltam mais à punição do agressor e menos ao apoio dado à vítima (BERNARDES, 2020).

Um estudo desenvolvido em uma Universidade pública de São Paulo evidenciou que a probabilidade de sofrer violência de gênero é cerca de seis vezes maior em mulheres, negras e homossexuais. Além disso, muitos participantes declararam não ter conhecimento sobre os diversos tipos dessa violência (MONTRONE *et al.*, 2020).

Quanto ao estado civil, um estudo realizado na Bahia concluiu que a maioria das vítimas estudadas declarou ser solteira, ainda que isso não significasse a inexistência de um companheiro informal (NASCIMENTO *et al.*, 2020). Outro estudo nesse âmbito pontuou que mulheres solteiras ocupavam maior percentual de vítimas, seguidas em número pelas uniões estáveis (SANTOS *et al.*, 2018). Como visto anteriormente, a presente amostra é em maior parte casada ou solteira, esta última em menor percentual

Gráfico 4. Distribuição de frequência da religião das participantes da pesquisa. São Mamede-PB. (N=40).

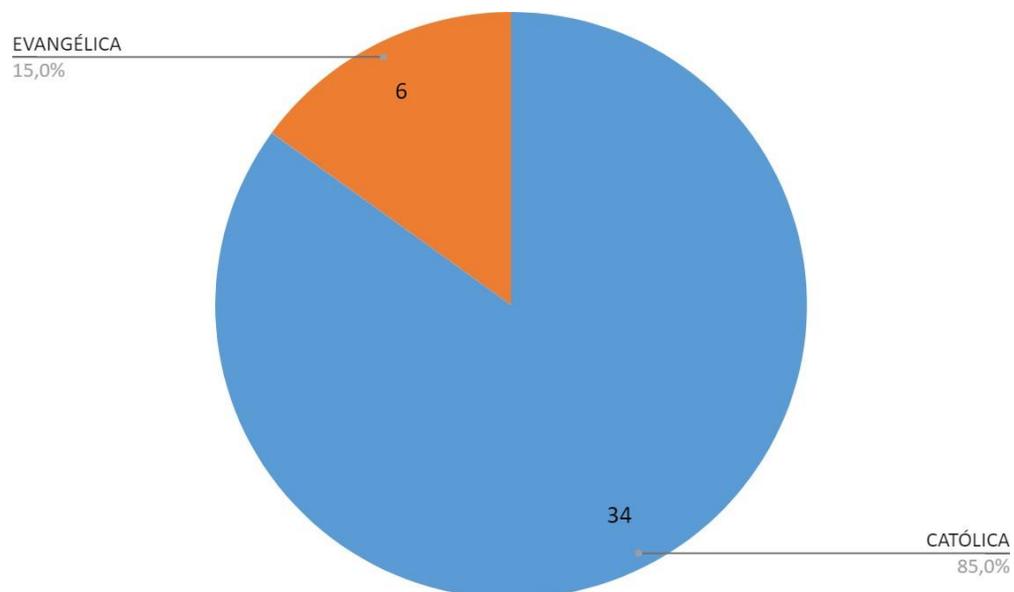
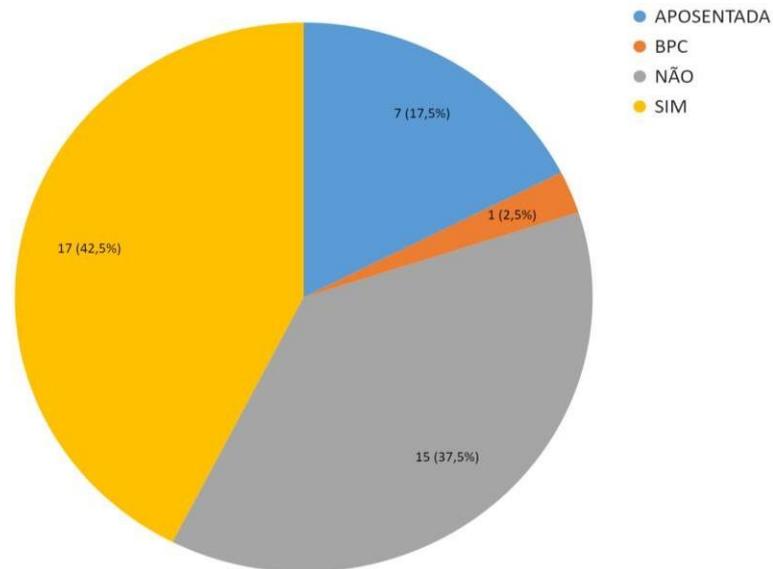


Gráfico 5. Distribuição de frequência da fonte de renda das participantes da pesquisa. São Mamede-PB. (N=40).



No tocante à renda, a maior parte (42,5%) referiu ter renda própria, enquanto cerca de 37,5% não possuíam fonte de renda. Cerca de 17,5% das participantes são aposentadas e 2,5% recebem Benefício de Prestação Continuada.

Vários estudos brasileiros sobre violência colocam como fatores decisivos para mulheres se submeterem a tal fenômeno a baixa renda delas. Referem como renda familiar prevalente um a três salários mínimos (42,6%), quatro a seis salários mínimos (36,1%) e uma faixa de 39,3 que não exercia atividades remuneradas (JACINTO, 2010).

Estudos mais recentes, porém, concluem que a renda, aparentemente, não se constitui necessariamente como um fator protetor ao papel de vítima, na pesquisa realizada por Nascimento *et al.* (2020) cerca de 92% das vítimas possuíam emprego ou algum tipo de renda. Tais achados corroboram com o perfil de participantes da presente pesquisa, já que a maioria das mulheres possuem renda própria.

No que se refere ao histórico familiar (hereditariedade) de Diabetes, 97,5% referiram ter casos na família, enquanto apenas 2,5% não tinham histórico familiar.

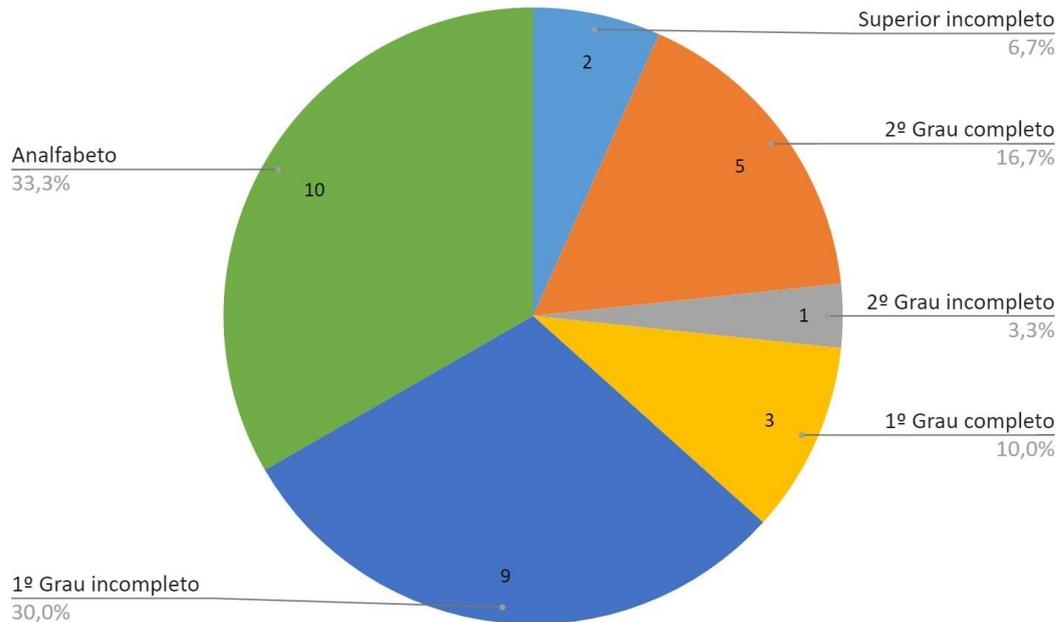
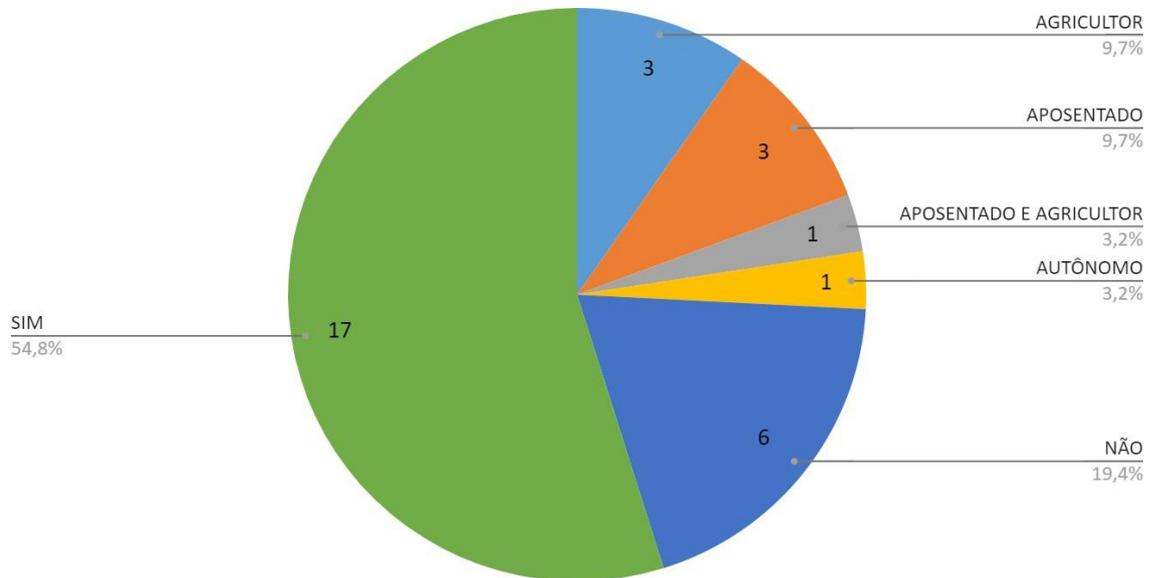
Quanto à residência, a maioria das entrevistadas residia no centro (60%) no Cehap (12,5%), e no Pau D'arco (10%). Um menor percentual vivia nos bairros Agenor Rique (5%), Jardim Planalto (3%), Sabino Maranhã (3%), Januário Bezerra (2,5%) e na zona rural (5%). Com relação a situação afetivo conjugal, 62,5% declararam serem casadas, 12,5% solteiras, 10% viúvas, 7,5% divorciadas, 3% possui companheiro que não mora junto.

A tabela 2 apresenta as variáveis relacionadas aos companheiros das participantes. Houve

predominância de companheiros com mais de 61 anos de idade (52,5%; n=21), analfabetos (33,3%; n=10), que exercem atividade remunerada (70,1%; n=22), que não fazem uso de álcool (63,9%; n=23) ou drogas (97,1%; n=33) e que nunca se envolveram em brigas (88,6%; n=31).

Tabela 2. Distribuição de frequência dos dados referentes aos companheiros das participantes da pesquisa. São Mamede-PB. (N=40)

Variável	N (%)	Amostras válidas / em falta
Idade do companheiro		40/0
Entre 35 e 49 anos	9 (22,5)	
Entre 50 e 60 anos	10 (25,0)	
Mais de 61 anos	21 (52,5)	
Escolaridade do companheiro		30/10
Superior incompleto	2 (6,7)	
2º Grau completo	5 (16,7)	
2º Grau incompleto	1 (3,3)	
1º Grau completo	3 (10,0)	
1º Grau incompleto	9 (30,0)	
Analfabeto	10 (33,3)	
Trabalha		31/9
Sim	22 (70,1)	
Não	9 (29,9)	
Faz uso de álcool		36/4
Sim	13 (36,1)	
Não	23 (63,9)	
Faz uso de drogas		34/6
Sim	1 (2,9)	
Não	33 (97,1)	
Já se envolveu em brigas		35/5
Sim	4 (11,4)	
Não	31 (88,6)	

Gráfico 7. Distribuição de frequência da escolaridade do companheiro. São Mamede-PB.**Gráfico 8.** Distribuição de frequência sobre ocupação do companheiro. São Mamede-PB.

No tocante aos companheiros, a maioria eram analfabetos (33,3%), ou possuíam o primeiro grau incompleto (30%). Apenas 16,7% possuíam o segundo grau completo e 10% o primeiro grau completo, 6,7% possuíam ensino superior incompleto e uma pequena porcentagem incompleto (3,3%). 20% das participantes não responderam essa questão. Referente à ocupação, a maioria relatou que o companheiro trabalha (54,8%) e apenas 19,4%

não possuíam ocupação, 9,7% eram aposentados e 9,7% agricultores, apenas 3,2% eram autônomos. Cerca de 22% das participantes não responderam esta questão. Ainda, segundo as informações colhidas, a maioria dos companheiros não bebia (57,5%), enquanto grande parcela o fazia (32,5%).

Gráfico 9. Distribuição de frequência sobre hábitos etílicos do companheiro. São Mamede-PB.

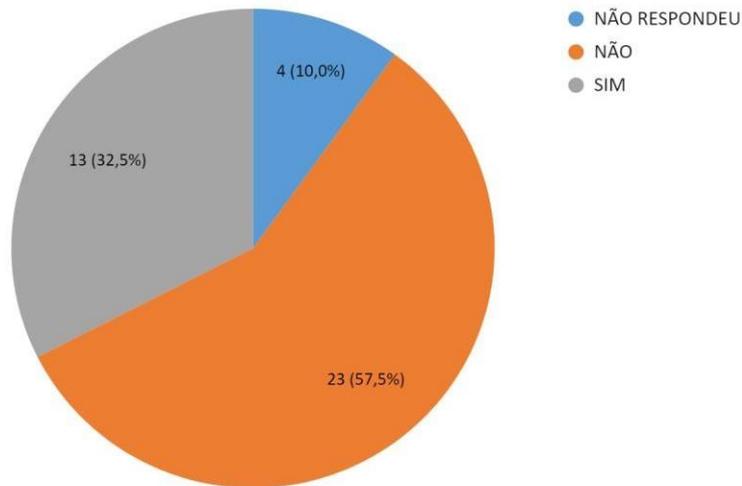
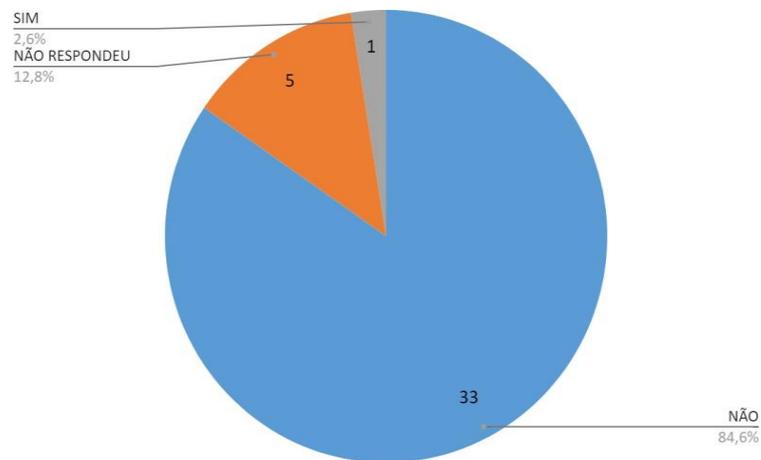


Gráfico 10. Distribuição de frequência sobre uso de drogas pelo companheiro. São Mamede-PB.



Uma investigação acerca do perfil dos agressores registrados no Núcleo de Atendimento a Vítimas de Violências da cidade de Canoas no ano de 2017 constatou que a maior parte possuía baixa escolaridade, 35% declararam ter cursado apenas o ensino fundamental completo e 20% o fizeram de forma incompleta. Quando à renda, a maioria informou renda formal (45%) e em segundo maior percentual estiveram os autônomos (20%) (GEDRAT; SILVEIRA; ALMEIDA, 2020). O perfil de companheiros registrados na presente pesquisa corrobora com estes achados, já que a maioria é de baixa escolaridade e possui algum tipo de renda.

Conhecer o perfil do agressor e dos fatores associados à violência doméstica é relevante no sentido de favorecer medidas de prevenção, assim como a formulação de políticas públicas e ações de promoção da saúde que atendam os envolvidos (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

Com relação ao uso de drogas pelo companheiro, apenas cerca de 3% relataram essa realidade. Enquanto isso, cerca de 84,6% não possuíam essa prática e 12,8% não responderam à pergunta.

Muitos atribuem ao uso de álcool a violência contra a mulher pelo parceiro íntimo no ambiente doméstico. Estudos colocam o álcool como desencadeador da violência íntima ao indivíduo que na verdade já carrega esse comportamento, portanto o álcool tende a ser um agente agravante e não causal da violência. O perfil dos agressores geralmente é marcado pelo uso e abuso de drogas ilícitas e bebidas alcoólicas, porém alguns podem demonstrar sinais de violência na infância (VIEIRA, 2014).

Importante destacar que no presente estudo grande parcela dos companheiros faziam uso de álcool e um número pouco significativo fazia uso de drogas ilícitas, o que certamente fortalece a tese de que a violência vem enraizada no caráter desses agressores (Gráfico 9 e 10).

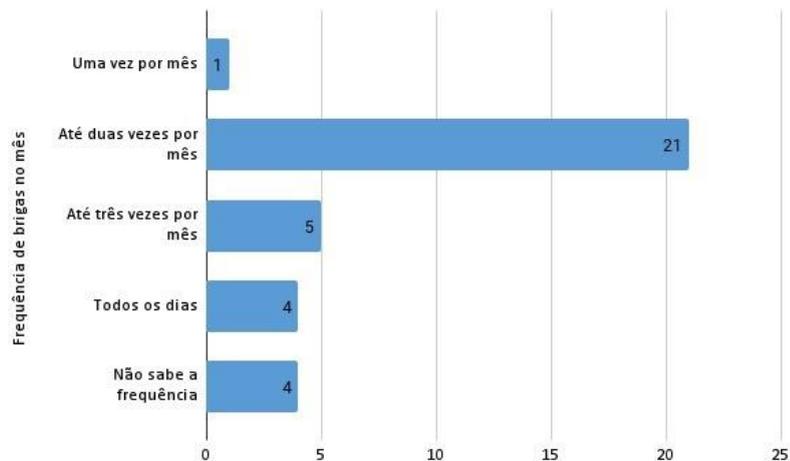
A tabela 3 apresenta as variáveis relacionadas a violência sofrida pelas participantes. Observou-se que na maioria dos casos as brigas entre companheiros ocorriam com frequência de até duas vezes por mês (60,0%; n=21). Além disso, houve predominância de participantes que já sofreram violência de algum tipo (47,5%, n=19). Observou-se que 37,5% (n=15) das participantes já sofreram violência psicológica, 25% (n=10) já sofreram violência física e apenas 10% (n=4) das participantes já sofreram violência sexual. Apenas 5% (n=2) das participantes realizou denúncia, sendo que 2,5% (n=1) foram encaminhadas e 2,5% (n=1) apresentou melhoras após a denúncia.

Tabela 3. Distribuição de frequência dos dados referentes a violência. São Mamede-PB. (N=40)

Variável	N (%)	Amostras válidas / em falta
Frequência de brigas no mês		35/5
Uma vez por mês	1 (2,9)	
Até duas vezes por mês	21 (60,0)	
Até três vezes por mês	5 (14,3)	
Todos os dias	4 (11,4)	
Não sabe a frequência	4 (11,4)	

Sofreu violência		40/0
Sim	19 (47,5)	
Não	21 (52,5)	
Violência psicológica		40/0
Sim	15 (37,5)	
Não	23 (62,5)	
Violência física		40/0
Sim	10 (25,0)	
Não	30 (75,0)	
Violência sexual		40/0
Sim	4 (10,0)	
Não	36 (90)	
Já sofreu agressões antes ou depois da DM		40/0
Sim	11 (27,5)	
Não	29 (72,5)	
Já realizou denúncia		40/0
Sim	2 (5,0)	
Não	36 (95,0)	
Encaminhada		40/0
Sim	1 (2,5)	
Não	39 (97,5)	
Houve mudança após denúncia		40/0
Sim	1 (2,5)	
Não	39 (97,5)	
Já sofreu agressão de terceiros		40/0
Sim	9 (22,5)	
Não	31 (72,5)	

Gráfico 11. Distribuição de frequência sobre frequência das brigas conjugais. São Mamede-PB.



Em relação às brigas conjugais, a maioria das participantes relatou uma frequência de mais de uma vez ao mês (60%), em segundo maior número esteve a frequência de até três vezes ao mês (14,3%), e em terceiro todos os dias (11,4%). Quando questionadas acerca da violência, 47,5% da amostra declararam que sofriam algum tipo, enquanto 52,5% afirmaram não passar por isso. Quanto aos tipos de violência (n=29), a psicológica foi predominante (51,7%), a física ficou em segundo lugar (34,5%), seguida da sexual (13,8%). (Gráfico 13).

Sobre as brigas conjugais, a sociedade sustenta a ideia de que não é conveniente intervir nesses momentos, isso pode ser exemplificado pelo ditado “Em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher”. Todavia, isso apenas contribui para a banalização da violência de gênero, tornando a vítima ainda mais vulnerável pela impossibilidade de algum apoio externo, como o da família por exemplo. Dessa forma, as brigas conjugais são de importância nessa investigação, devendo ser investigadas e levadas em consideração (MEIRELLES *et al.*, 2021)

Gráfico 12. Distribuição de frequência da VG. São Mamede-PB.

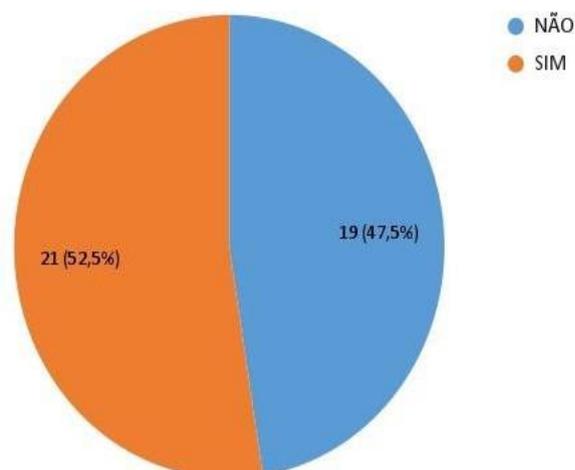
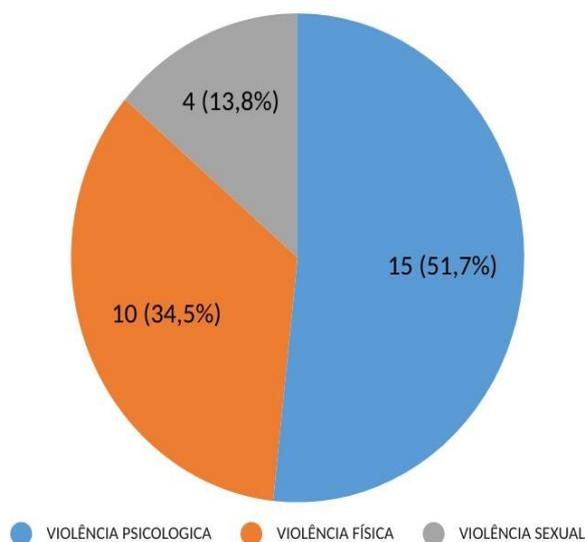


Gráfico 13. Distribuição de frequência sobre tipos de VG . São Mamede-PB.



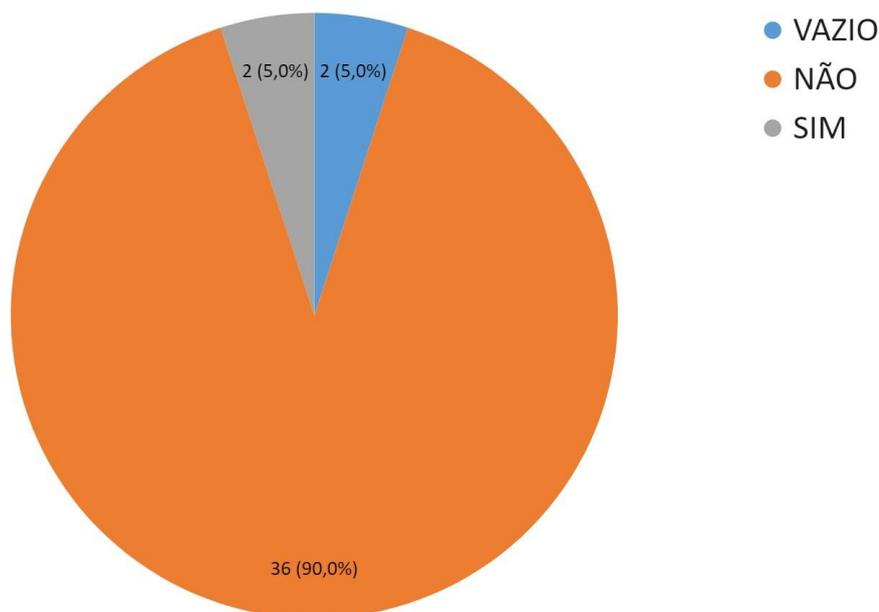
Uma pesquisa que buscou investigar a ocorrência de violência provocada por parceiros entre usuárias da Atenção Primária à Saúde verificou uma maior prevalência da violência psicológica e física. Os fatores de risco foram baixa escolaridade e baixa renda (ROSA *et al.*, 2018). Estes resultados vão de encontro aos da presente pesquisa, já que a maior parte das entrevistadas referiu violência psicológica ou física, embora em nosso estudo a escolaridade e renda não tenham sido fatores de risco para a violência, tendo em vista que a grande maioria das mulheres DM/VG tenham boa escolaridade e renda.

O estudo em questão confirma o que a Literatura evidencia, que mulheres independentes e chefes de família mesmo sendo a provedora do lar sofrem violência, fato possivelmente motivado pela dependência emocional do parceiro que é tido como referência, fazem com que essa vítima se submeta às agressões tanto de cunho emocional, como física, entre outras. A falta de apoio familiar e a necessidade da figura paterna na criação e educação dos filhos ainda fortalece essa submissão e a ausência de denúncia (BALLONE, 2001).

Um grande percentual de mulheres casadas neste estudo pode ter mascarado a prevalência da violência sexual, uma vez que as vítimas não reconhecem ou não assumem esse tipo de problema. Isso ocorre já que a ideia de que o sexo no casamento é um dever tem se propagado por gerações, levando ao não reconhecimento do estupro marital. É importante desconstruir a imagem de “dono” atribuída aos homens, que defende que estes têm livre acesso ao corpo das mulheres, o que evidentemente não deve ocorrer, nem dentro e nem fora do casamento (VARJÃO; PRINEIRO, 2021; SOUSA, 2017).

Referente à agressão de terceiros, 72,5% referiram não sofrê-la, enquanto 22,5% sofriam. 5% das participantes não responderam a esta pergunta. A maioria das participantes relatou não ter sofrido agressão antes do diagnóstico de DM (72,5%), enquanto apenas 27,5% relataram já ter sofrido.

Gráfico 14. Distribuição de frequência sobre denúncia das agressões. São Mamede-PB.



No tocante às denúncias, a literatura mostra que após a pandemia o número de casos de violência doméstica aumentou, todavia as denúncias em delegacias civis diminuiu. Tal fato é preocupante, podendo estar motivado pela dependência financeira e pela necessidade de se deslocar à delegacia, além das condições impostas pela Pandemia (ARRUDA; BUENO, 2022). A presente pesquisa evidenciou um percentual muito inferior de vítimas que fizeram a denúncia, quando comparadas as que não fizeram, o que vai de encontro ao posto pela literatura.

Cerca de 90% das participantes da pesquisa não realizaram nenhuma denúncia, enquanto apenas 5% a fizeram. 5% da amostra não respondeu. O encaminhamento da denúncia ocorreu em apenas 5% dos casos. Em relação à mudança nas agressões após a denúncia, 92% relataram que não houve e apenas 3% reportaram sua ocorrência. 5% deixou este item vazio.

Tonel *et al.* (2022) corroboram ainda com estes fatos, uma vez que constataram o aumento de violência psicológica contra a mulher nos últimos nove anos, e uma diminuição das denúncias, especialmente no período pandêmico. Entre os casos notificados, a maioria das mulheres estava entre 20 e 59 anos e era da raça branca. Quanto ao local que ocorreu a prática violenta, a maioria apontou a residência (79,6%), seguida por uma minoria que foi agredida em

via pública (13,6%) e uma parcela que não forneceu esta informação (10,5%).

Jacinto (2010) atribui a falta de denúncia ao preconceito e a discriminação da violência, o que leva a mulher a se constranger em verbalizar ser vítima desse ato, na grande maioria perpetrada pelo companheiro.

A falta de denúncia reflete ainda a necessidade dos profissionais de saúde e as autoridades sanitárias conscientizarem a sociedade sobre a rede de proteção que o município e região têm para que essa mulher tenha acesso a garantia desses direitos.

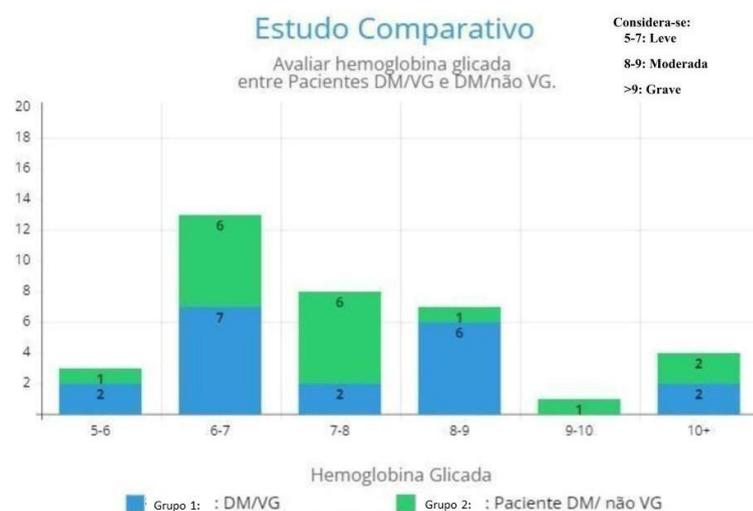
Durante a pesquisa foi solicitado a todas as participantes que realizassem o exame de hemoglobina glicada para permitir um estudo comparativo entre os grupos 1 e 2. A tabela 4 apresenta as medidas de dispersão das hemoglobinas das participantes que participaram da pesquisa.

Tabela 4. Variação da hemoglobina glicada na população. São Mamede-PB. (N=40).

Hemoglobina glicada	
Valor máximo	11,5
Valor mínimo	5,4
Média	7,45
Desvio padrão	1,84

Gráfico 15. Comparação do nível de hemoglobina glicada entre os grupos 1 e 2. São Mamede-PB.

Nível de Hemoglobina Glicada



O gráfico acima mostra o resultado do estudo comparativo por níveis de hemoglobina Glicada, nas 40 mulheres participantes da pesquisa. Para tal, foram criados 2 grupos (Grupo 1: DM/VG e Grupo 2: DM/não VG) onde utilizou-se a avaliação do exame de hemoglobina glicada nas 40 (quarenta) mulheres. Após análise verificou-se que o grupo 1 DM/VG apresentou maior dificuldade no controle da hemoglobina glicada no que concerne aos níveis iniciais: leve e moderado.

Utilizamos o exame de hemoglobina glicada (HbA1C) para entender o controle da doença entre os dois grupos porque desde 1970 ele vem sendo considerado o melhor marcador para complicações diabéticas microvasculares e o melhor parâmetro laboratorial para avaliar o controle glicêmico em pacientes diabéticos, além de estar relacionada a maior incidência de complicações crônicas e mortalidade (ADA, 2022).

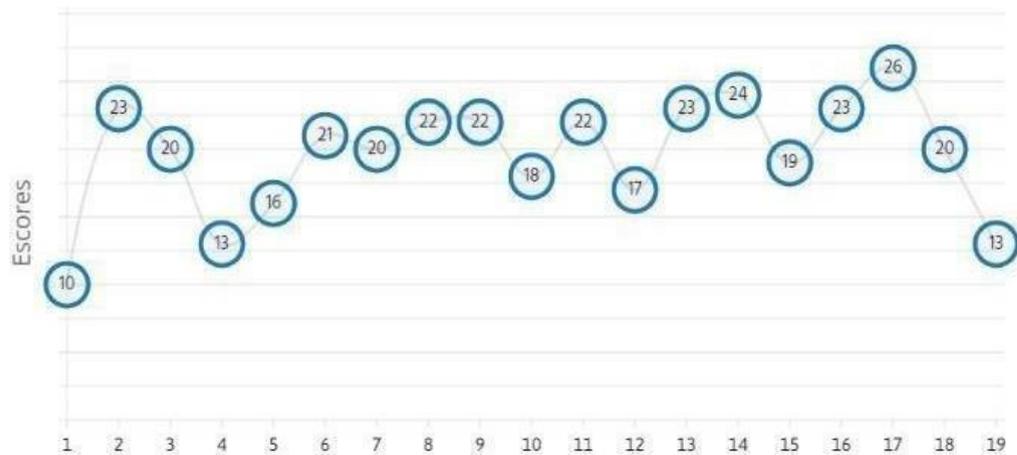
Percebemos no grupo DM/VG que 40% dessas mulheres apresentaram uma HbA1c acima de 8%, portanto, são pacientes com maior risco de complicações crônicas e mortalidade. Entender a dimensão negativa desses dados é essencial para buscarmos formas para identificar os fatores que impedem o controle da Diabetes Mellitus, nesse caso, a Violência de Gênero, e poder melhorar o atendimento e acompanhamento a essas pacientes de forma intersectorial e multidisciplinar.

Segundo a Associação Americana de Diabetes a associação entre a hemoglobina glicada e mortalidade pode ser mensurada em forma de J, com valores aumentados acima de 8% e abaixo de 6%. A redução de 1% na HbA1c acima desse parâmetro reduz o risco de Infarto Agudo do Miocárdio fatal e não fatal em 14% e em 37% às complicações microvasculares. Reside aí, a importância da realização do exame na avaliação inicial da doença e de forma periódica em seu seguimento.

5.2 Resultado dos Escores da Escala de Autoestima de Rosenberg aplicada às mulheres diabéticas vítimas de violência

O gráfico abaixo apresenta os escores da Escala de Autoestima de Rosenberg - EAR que variaram entre 10 e 26 pontos.

Gráfico 16. Distribuição das Mulheres Diabéticas Vítimas de Violência de Gênero, conforme avaliação na Escala de Autoestima de Rosenberg. São Mamede – PB 2022.



Sabemos que a autoestima reflete a construção de uma imagem que a pessoa constrói de si mesma. Para Braden (2000), é a soma da autoconfiança e do autorrespeito, agregando sentimentos de competência e valor pessoais. Quando essa autoestima está num nível elevado a pessoa experimenta sentimentos de confiança, plenitude e bem-estar com a vida, sentimento oposto está presente quando a autoestima é baixa e média quando há um balanço entre confiança e bem estar intercalado com inadequação de certo e errado perante sua existência. Importante ressaltar que a autoestima pode ser cultivada quando o indivíduo consegue desenvolver a capacidade de ser feliz, de estar de bem com a vida (Braden 2000). A Psicologia Positiva corrobora essa afirmação quando acredita no poder do ser humano conseguir florescer o bem-estar (SELIGMAN, 2011).

Utilizamos a autoestima como medida em nosso trabalho para tentar compreender a experiência de mulheres diabéticas e vítimas de violência, mulheres que enfrentam simultaneamente esses dois grandes desafios da saúde pública e o resultado dessa avaliação reflete preocupação quando nos deparamos no gráfico 16 praticamente em sua totalidade com mulheres de baixa autoestima.

Segundo Dourado (2014), mulheres vítimas de violência carregam consigo um sofrimento que extrapola o subjetivo. Ao analisar o resultado acima, percebemos que às agressões sofridas pelas participantes da pesquisa em seus relacionamentos afetivos provocam dores físicas e na alma que de forma inconsciente aniquilam sua autoestima, aumentando o risco de agravar outros problemas de saúde, a exemplo do Diabetes Mellitus.

Associa-se aí também a violência psicológica, que é marcada por humilhações e xingamentos por parte de seus companheiros com a intenção de macular a imagem da mulher, comprometendo sua saúde emocional, pelo sofrimento profundo destes atos, levando as mesmas

a desvalorização e auto depreciação, comprometendo ainda mais sua autoestima (FONSECA et al 2012).

5.3 Avaliação Qualitativa

Adotamos como instrumentos para compreender a subjetividade da violência de gênero uma entrevista semiestruturada que abordou 03 eixos: o biológico, o psicológico e o social.

Para Avaliação Qualitativa foi feito uma leitura inicial das perguntas e respostas do questionário semiestruturado que aborda os eixos biopsicossocial. Observou-se no perfil das 19 mulheres DM/VG participantes da pesquisa que a idade variava entre 36 e 74 anos, quanto ao tempo de DM 68,4% declararam ter 5 anos ou mais de diagnóstico, os sintomas mais citados no aparecimento da doença foram boca seca e amarga 31,6% e tontura: 26,3%. A obesidade foi citada em 42,1% das mulheres, enquanto que na avaliação psicológica alguns dados merecem destaque, tendo em vista que 78,9% se intitularam ansiosas, 84,2% relatam depressão e 31,6% já tiveram ideias suicidas. É pertinente ressaltar que a renda mensal de 2 salários ou mais correspondeu a 40% da amostra. Esses dados são preocupantes porque refletem mulheres com uma trajetória marcada pela violência, associada a doenças crônicas, depressão, ansiedade.

O alto índice de obesidade entre as participantes do estudo, mulheres DM/VG (84,2%) se acosta aos resultados de vários estudos, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil que identificam a obesidade como uma comorbidade encontrada entre pacientes diabéticos. Essa comprovação é fato preocupante tendo em vista que pacientes diabéticos são muito predispostos a desenvolverem a depressão e essa associação de diagnósticos favorece o mau controle glicêmico e surgimento de complicações cardiovasculares como também uma maior taxa de mortalidade nesse público-alvo, além de resultados ruins no autocuidado com a doença.

Segundo Joode (1976), é comum o paciente com DM experimentar sentimentos de inferioridade pela carga da doença, como também ansiedade, depressão, medo da morte e ideias suicidas. No curso da doença o aspecto emocional é determinante no quadro clínico do paciente.

Segundo Gomes et el 2012, a violência de Gênero também é precursora de sequelas de caráter físicas, emocionais e morais que provocam danos psicológicos para saúde da mulher difíceis de serem diagnosticadas pelos profissionais de saúde, por se traduzirem em sintomas que não são visíveis e muitas vezes não relatados. Essa experiência negativa e suas consequências se confirmam também em nosso estudo quando as participantes relatam sintomas de ansiedade, depressão, ideias suicidas e obesidade que juntas favorecem o mau controle da

DM, podendo agravar o quadro da doença.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2012) as mulheres que foram abusadas fisicamente ou sexualmente por um parceiro íntimo, apresentam risco aumentado de desenvolverem problemas graves de saúde, de surgimento de quadros de transtornos mentais como depressões e tentativas de suicídio., essa probabilidade dobra quando se trata de depressão, e quando são agredidas sexualmente por pessoas com as quais não têm relacionamento afetivo, 7% delas tem chances 2,3 vezes maior de desencadear transtornos relacionados com o álcool e 2,6 vezes mais risco depressão ou transtornos de ansiedade.

Explorar a associação entre violência, diabetes mellitus e a ocorrência do excesso de peso e de gordura, depressão e ansiedade é de suma importância para a construção de um novo olhar dos profissionais de saúde, de educação e do público em geral para o problema, na perspectiva de construir um plano terapêutico eficaz que contemple a integralidade do cuidado ao paciente diabético.

Ainda durante a entrevista as mulheres acrescentaram sua percepção sobre felicidade. Houve respostas dotadas de sentidos sobre formas distintas de ser feliz. Algumas das vozes ocultas das pacientes::

A¹ Hoje eu posso falar claramente o que é felicidade, é ter meu direito de ir e vir, é poder ser eu mesma, poder amarrar meu cabelo, cortar meu cabelo e não depender do que o outro quer para mim. E hoje eu sou feliz porque eu lutei, eu conquistei a minha liberdade, a minha paz, que eu buscava e conquistei. Meu sonho sempre foi ser eu mesma, consegui criar meus filhos com dignidade e honestidade, batalhar e quem sabe ter um trabalho digno. Felicidade para mim é eu comigo mesma no momento que eu estou, eu estou bem apesar de ter passado por tudo isso que passei, violência doméstica, adquiri através disso outros problemas de saúde, inclusive a diabetes e que fique a lição para muitos, hoje nós podemos lutar e conquistar os nossos direitos.

A² Felicidade para mim é poder viver em paz, sem medo, é ter vencido o ciclo da violência na minha vida causada pelo alcoolismo. Sei que a violência causou grandes prejuízos a minha saúde e até hoje tento manter o controle de minha doença. Sou ACS e vejo o quanto a violência ainda é uma realidade na vida de muitas mulheres, mesmo com a Lei Maria da Penha é preciso ter muita coragem para denunciar. Só sabe o que é Violência quem já sentiu na pele a dor causada por palavras e ações.

A³ Hoje eu sou feliz porque estou em paz, vivo com meus filhos e tenho um homem que é muito bom para mim.

A⁴ Eu não sei o que é felicidade, a única felicidade que eu tenho é ter dois filhos, mas sobre casamento eu nunca fui feliz, desde o começo que eu sofro porque meu marido é muito ruim.

Em suas falas, as mulheres vítimas de violência demonstraram que o caminho da felicidade está relacionado com a paz, com a coragem para vencer o ciclo da violência, com a liberdade de serem elas mesmas, de realizarem coisas simples como: vestir-se, pentear-se, sem medo da opinião dos outros para chegar a concretizar o sonho de ser e viver feliz.

Percebe-se nos relatos que a violência é inversamente proporcional à felicidade, embora ela tenha um significado específico para cada mulher, dependendo de suas vivências, suas perspectivas, ela se projeta como obstáculo para concretização de projetos de vida feliz. Contudo, quem tem coragem de quebrar esse ciclo da violência, se posicionar frente a si e ao mundo, sair de sua zona de acomodação, se sentir vivo e interagir com o mundo pode conquistar os projetos de felicidade (AIRES, 2009).

Segundo Freud (1974), liberdade e felicidade coincidem porque representam a descoberta que vai além da autopersistência e que caracteriza aquilo que é humano, representa a capacidade de viver a vida como fim em si mesma. Essa afirmação define as vozes ocultas dessas mulheres que foram usurpadas de sua liberdade ao encarar de perto da violência de gênero, justamente onde elas mais deveriam ser protegidas, no seu ambiente doméstico. Mulheres cativas e oprimidas, muitas vezes impotentes, mas quem teve resistência conseguiu sentir e entender que a felicidade está nas coisas mais simples, recheadas de paz.

6 CONCLUSÃO

A partir da metodologia utilizada nessa pesquisa, concluiu-se que:

- ✓ Das mulheres entrevistadas 47% delas foram vítimas de Violência de Gênero, a maioria com grau de escolaridade médio e fonte de renda superior a dos seus companheiros, são pardas, católicas e apenas uma mulher denunciou e notificou a VG;
- ✓ Os tipos de VG mais prevalentes entre essas mulheres foi a violência psicológica, seguida da violência física e sexual;
- ✓ Os resultados indicam que às mulheres que sofrem violência são mais propensas a ter um controle glicêmico inadequado no sangue conforme resultados da hemoglobina glicada nesse grupo, como também, apresentou influência negativa e deteriorante na qualidade de vida das mulheres avaliadas que enfrentam depressão, ansiedade, obesidade, sobrepeso e baixa autoestima como consequências da VG, fatores estes, a partir dos resultados obtidos, que podem gerar agravo no controle e autogestão da DM, razão pela qual acata-se a H1 e rejeita-se a H0.

7 PRODUTOS DA PESQUISA

- 1- “Curso de Intervenção e Capacitação Filhos de Eva”, para profissionais de saúde (médicos, dentistas, fisioterapeutas e agentes de saúde) . Com objetivo de capacitar profissionais da saúde em detectar casos de violência de gênero. orientando essas pacientes para serem encaminhadas para profissionais capacitados no acolhimento e apoio, orientando as mesmos sobre a importância da notificação. O curso foi ministrado através do Sigeventos/UFPB. Será lançado o livro “Filhos de Eva no formato E-book(em andamento).(programa em anexo)
- 2- Foi elaborado um livro manual, no formato E-book, ISBN:978-65-00-61555-5, DOI: 10.29327/5170056, sobre tipos de violência, em literatura de Cordel, acessível para serem distribuídas nas comunidades como forma de conscientizar as pessoas de todas as formas de violência e a rede de enfrentamento e atendimento de São Mamede e João Pessoa-PB.
- 3- Artigo científico submetido a Revista ONLINE BRAZILIAN JOURNAL OF NURSING – OBJN.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. S. Violência de gênero e políticas públicas. **Editora da UFRJ**, Rio de Janeiro, 2007.
- ALVES, V. H. de M.; NEVES, R. T. S.; RESQUE, J. D. D. Direitos Humanos e(m) tempos de crise. **Editora Fi**, Porto Alegre, 2019.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, Alexandria, 2010 v. 33, Sppl. 1, p. 62-69.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION Professional Practice Committee; 6. Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care* 1 January 2022; 45 (Supplement_1): S83–S96. <https://doi.org/10.2337/dc22-S006>
- ANDO, M.; ASAKURA, T.; SIMONS-MORTON, B. Psychosocial influences on physical, verbal, and indirect bullying among Japanese early adolescents. **The Journal of Early Adolescence**, v. 25, n. 3, p. 268-297, 2005.
- Araújo, M.F; Martins, E.J.S. & Santos, A L. (2004) “Violência de Gênero e Violência Contra a Mulher”. Em Araújo, M.F. & Mattioli, O (orgs.) *Gênero e Violência* (p.17-35). São Paulo: Arte & &Ciência.
- ARRUDA, L.; BUENO, M. S. Violência contra a mulher: o aumento de casos e a diminuição das denúncias durante o isolamento social frente a pandemia do COVID-19. **Academia de Direito**, v. 4, p. 871-894, 2022.
- AYRES JR. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc** [Internet]. 18(supl2), 2009. Disponível em: [http:// www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/03.pdf). Acesso em: 02 fev 2023.
- BALLONE, G. J.; ORTOLANI, I. V. **A violência doméstica**. Psiquiatria geral. 2001a.Revista de Ciências H U MANAS BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988
- BANDEIRA, L.; MELO, H. P. Tempos e memórias: movimento feminista no Brasil. **Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres**, 2010.
- BAPTISTA, R. S. *et al.* Violência sexual contra mulheres: a prática de enfermeiros. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 2, p. 210-217, 2015
- BARDIN, L. (2011). **Análise de conteúdo**. São Paulo: **Edições 70**.
- BAUGHER, A. R.; GAZMARARIAN, J. A. Estresse e violência do papel de gênero masculino: uma revisão da literatura e direções futuras. **Agressão e Comportamento Violento** , v. 24, p. 107-112, 2015.
- BERNARDES, M. N. Questões de raça na luta contra a violência de gênero: processos de subalternização em torno da Lei Maria da Penha. **Revista Direito GV**, v. 16, 2020.
- BOURDIEU, P. 1930-2002. A dominação masculina/ Pierre Bourdieu; tradução Maria Helena Kuhner. 9º ed. **Bertrand Brasil**, Rio de Janeiro, 2010. 160p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Diário Oficial da União, nº 98, Brasília, 24 de maio de 2016 - seção 1, páginas 44, 45, 46. Disponível em: <http://www.gppege.org.br/ArquivosUpload/1/file/Res_%20CNS%205102016%20%20%20na%20Pesquisa.pdf> Acesso em: 20 julho de 2020.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, 7 de agosto de 2006; 185º da Independência e 118º da República.

BRASIL. **Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015**. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Brasília, 9 de março de 2015; 194º da Independência e 127º da República.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – **Cadernos de Atenção Básica**, n. 36, Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. **Série Pactos pela Saúde**, Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Série Textos Básicos de Saúde**, Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BREMNER, J. D. *et al.* Resposta do cortisol a um desafio de estresse cognitivo no transtorno de estresse pós- traumático (TEPT) relacionado ao abuso na infância. **Psychoneuroendocrinology**, v. 28, p. 733–750, 2003.

BRUTTI, B. *et al.* Diabetes Mellitus: definição, diagnóstico, tratamento e mortalidade no Brasil, Rio Grande do Sul e Santa Maria, no período de 2010 a 2014. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 4, p. 3174-3182, 2019.

CHAUÍ, M. (2003). Ética, política e violência. In T. Camacho (Ed.), **Ensaio sobre violência** (pp. 39-59). Vitória: Edufes.

CHIDA, Y.; HAMER, M. Uma associação de fatores psicossociais adversos com diabetes mellitus: uma revisão meta-analítica de estudos de coorte longitudinais. **Diabetologia**, v. 51,

p. 2168–2178, 2008.

COELHO, F. A. F. Perfil epidemiológico de mulheres em situação de violência de gênero no estado do Ceará, 2008 a 2017. **Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 13, n. 1, 2019.

CORGOZINHO, M. L. M. V. *et al.* Educação em diabetes e mudanças nos hábitos de vida. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 3, p. e175932566-e175932566, 2020.

CRUZ, R.S.; LEITÃO, C. E.; FERREIRA, P. L. Determinantes do estado de saúde dos diabéticos. **Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo**, v.11, n.2, p.188-196, 2016.

CURIA, B. G. *et al.* Produções científicas brasileiras em Psicologia sobre violência contra mulher por parceiro íntimo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, 2020.

DOURADO SM, Noronha CV. The marked face: the multiple implications of female victimization in loving relationships. *Physis*. 2014; 24 (2): 623-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000200016>

DUNCAN, B. B. *et al.* The burden of diabetes and hyperglycemia in Brazil and its states: findings from the Global Burden of Disease Study 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 90-101, 2017.

FEDERICI, S. O Ponto Zero da Revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminina. **Elefante**, São Paulo, 2019.

FONSECA DH, Ribeiro CG, Leal NSB. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. *Psicologia & Sociedade*. 2012 Ago; (2):307-14.

FREUD, Sigmund. *O mal-estar na civilização*(1930[1929]) Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1974. V. XXI, pp.73-171.

GARCIA-MORENO, C. *et al.* Prevalence of intimate partner violence: results of the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **The lancet**, v. 368, n. 9543, p. 1260-1269, 2006.

GEDRAT, D. C.; SILVEIRA, E. F. da; ALMEIDA, H. de. Perfil dos parceiros íntimos de violência doméstica: uma expressão da questão social brasileira. **Serviço Social & Sociedade**, n. 138, pp. 342-358, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.216>>.

GEROMINI, Paula Rafaela Pegorer. **Detecção da violência doméstica contra mulher na consulta médica com o uso do instrumento " Conflitos Familiares Difíceis": uma sistematização de experiência**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2019.

GOMES NP, GARCIA TCS, CONCEIÇÃO CR, SAMPAIO PO, ALMEIDA VC, PAIXÃO GPN. Violência conjugal: elementos que favorecem o reconhecimento do agravo. *Saúde debate*. 2012; 36 (95): 514-22. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400003>

GROSSI, M.P.(1998) “Rimando Amor e Dor: reflexões sobre violência no vínculo afetivo-Conjugal”. Em Pedro, J.M. & Grossi, M.P. (orgs.) Masculino, Feminino, Plural. Ilha de Santa Catarina: Editora Mulheres.

GUIMARÃES, M. C.; PEDROZA, R. L. S. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, p. 256-266, 2015.

HERNÁNDEZ, Isabel Arias; GARCÍA, María Isabel Avalos; ÁLVAREZ, Heberto Romeo Priego. Calidad percibida del control de la diabetes en indígenas chontales. **Horizonte sanitario**, v. 19, n. 2, p. 291-299, 2020.

HUGHES, K. *et al.* O efeito de múltiplas experiências adversas na infância sobre a saúde: uma revisão sistemática e meta-análise. **Lancet Public Health**, v. 2, p. 356–366, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>> Acesso em: 26 de novembro de 2020.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Diabetes Atlas Ninth Edition**. 2019. Disponível em: <<https://idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/facts-figures.html>> Acesso em 22 de maio de 2021.

JACINTO, A. M. F. L. **O perfil da vítima de violência doméstica e familiar**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2018.

JACINTO, Maria de Fátima. **O perfil da vítima de violência doméstica e familiar**. 2010 Disponível em: <https://araretamaumamulher.blogs.sapo.pt/46964.html>. Acesso em: 03/08/2022.

JOAQUIM, N.; NUNES, T.; MIRANDA, R. Intervenções educacionais baseadas na família para a autogestão da diabetes em adultos: revisão baseada na evidência. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 38, n. 1, p. 61-72, 2022.

JOODE, M. S. De. **Influência dos fatores emocionais no diabetes mellitus**. Dissertação do Mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 1976.

KENDALL-TACKETT, K. A.; MARSHALL, R. Victimization and diabetes: an exploratory study. **Child Abuse & Neglect**, v. 23, p. 593-6, 1999.

KYROU, I.; TSIGOS, C. hormônios do estresse: estresse fisiológico e regulação do metabolismo. **Current Opinion in Pharmacology**, v. 9, p. 787-793, 2009.

LAURINDO, M. C. *et al.* Conhecimento das pessoas diabéticas acerca dos cuidados com os pés. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 12, n. 2, p. 80-4, 2005.

LIU, D. *et al.* Cuidado materno, receptores de glicocorticóides do hipocampo e respostas hipotálamo- hipófise-adrenal ao estresse. **Ciência**, v. 277, p. 1659–1662, 1997

LLOYD, C.; SMITH, J.; WEINGER, K. Stress and diabetes: a review of the links. **Diabetes spectrum**, v. 18, n. 2, p. 121-127, 2005.

LÓPEZ, M.Z. *et al.* A continuidade dos cuidados de adesão à pessoa com diabetes tipo 2. **Enfermería universitaria**, v.13, n.2, p.130-137,2016.

LOUREIRO, Helena Maria Almeida Macedo *et al.* Eficácia de um programa educacional baseado no empowerment na percepção de autoeficácia em utentes com diabetes. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 22, p. 33-41, 2019.

LOXTON, D. et al. História de violência doméstica e saúde física na meia-idade. **Violência contra a mulher**, v. 12, n. 8, pág. 715-731, 2006.

LUCAS, D. M. A. B. **Governança na diabetes : conceitos, princípios, estratégias e recomendações**. Trabalho Final do Curso de Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 2021

MACHADO, L. Z. Feminismo em movimento. **Francis**, 2ª ed., São Paulo, 2010

MAR-GARCÍA, J. *et al.* Relação entre automanejo e percepção de funcionalidade familiar em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Enfermería universitaria**, v. 14, n. 3, pág. 155-161, 2017.

MARANHÃO (Estado). Governo do Maranhão: Portal de Notícias. **Ma.gov.br**, 2018. Disponível em: www3.ma.gov.br/agenciadenoticias/?p=213317. Acesso em: 06 jun 2022.

MAROJA ,M. Ó. A violência contra as mulheres no Brasil ,Formas de manifestação e os Sujeitos Ativo e Passivo dos Crimes Domésticos. **Bibliotecamadre.blogspot**, 2017. Disponível em: [https:// bibliotecamadre .blogspot.com/2017/08/a-violencia-contra-as-mulheresno.html](https://bibliotecamadre.blogspot.com/2017/08/a-violencia-contra-as-mulheresno.html). Acesso em: 03 mar 2021

MASON, S. M. *et al.* Violência por parceiro íntimo e incidência de diabetes tipo 2 em mulheres. **Diabetes Care**, v. 36, p. 1159–1165, 2013.

MEIRELLES, A. O. *et al.* Por que as mulheres ainda sofrem violência doméstica após 14 anos de aprovação da lei maria da penha? (lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006). **Revista de Estudos Jurídicos UNA**, v. 8, n. 1, p. 188-204, 2021.

MEZUK, B. *et al.* Depressão e diabetes tipo 2 ao longo da vida: uma meta-análise. **Diabetes Care**, v. 31, p. 2383-2390, 2008.

Minayo, M. C. de S. (1994). *A violência social sob a perspectiva da saúde pública*. **Cadernos de Saúde Pública**, nº 10, pp. 7-18. Suplemento 1.

MONTRONE, A. V. G. *et al.* Violência de gênero numa universidade pública brasileira: saindo da invisibilidade. **Revista Gênero**, v. 21, n. 1, p. 6-23, 2020.

MORSE, J. M. Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. **Qualitative Health Research**, v. 25, n. 9, p. 1212-1222, 2015. DOI: 10.1177/1049732315588501

NAPORA, J. P. **O Guia Consciente para Gerenciar o Diabetes: Seu Caminho para Reduzir o Estresse e Viver Bem**. Associação Americana de Diabetes, 2019.

NASCIMENTO, Flaviane Ribeiro et al. Mulheres vítimas de violência de gênero: Perfil sócio-demográfico (Eunápolis-BA). **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 6, p. 37962-37969, 2020.

NATIONAL DIABETES DATA GROUP. Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. **Diabetes**. v. 28, n. 12, p. 1039-57, 1979.

NOLL, J. G. *et al.* Depressão como fator de risco para o aparecimento de diabetes mellitus tipo 2: Uma meta-análise. **Diabetologia**, v. 49, p. 837-845, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção sobre a Eliminação de**

Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, 1979. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/discrimulherhtm>. Acesso em: 05/07/2019.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher.** 1994. Disponível em: <http://www.oas.org/juridico/portuguese/treaties/A-61.htm>. Acesso em: 05/07/2020.

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2012). Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. Disponível em: http://www.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf. Acesso em 23 de Março de 2021.

PITTET, I. *et al.* Are adolescents with chronic conditions particularly at risk for bullying?. **Archives of Disease in Childhood**, v. 95, p. 711-6, 2010.

POLIDORO, M.; CUNDA, B. V.; OLIVEIRA, D. C. de. Vigilância da violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2014 a 2018. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, 2020.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão. Cadernos do Internato Rural - Faculdade de Medicina/UFMG, 2001. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-\[16-030112-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-[16-030112-SES-MT].pdf)> Acesso em 19 de setembro de 2020.

PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, p. 151-160, 2010.

RECKZIEGEL, Juliana Cristina Lessmann *et al.* Influência de fatores de proteção e de risco na resiliência e na adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, p. 25-39, 2018.

REISI, M. *et al.* Impact of health literacy, self-efficacy, and outcome expectations on adherence to self-care behaviors in Iranians with type 2 diabetes. **Oman medical journal**, v. 31, n. 1, p. 52, 2016.

RIBEIRO, R. U. P.; SILVA, A. L. da. Notificação compulsória de violência na atenção básica à saúde: o que dizem os profissionais?. **Revista LEVS**, v. 21, n. 21, p. 164-164, 2018.

RIBEIRO, S. M. da S.. Aplicações móveis de apoio à autogestão da diabetes tipo 2: Necessidade e preferências do cliente. Tese (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica) – Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2020.

RICH-EDWARDS, J. W. *et al.* Abuso na infância e adolescência como preditor de diabetes tipo 2 em mulheres adultas. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 39, p. 529 – 536, 2010.

ROCHA, Thalita Pereira de Oliveira *et al.* Anatomofisiologia do estresse e o processo de adoecimento. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, v. 13, n. 2, p. 31-37, 2018.

ROSA, D. O. A. *et al.* Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe4, pp. 67-80, 2018 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S405>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S405>.

ROSENBERG, M. Society and the adolescent self-image. **In: Society and the adolescent self-image**. Princeton university press, 2015.

SANTOS, A. P. dos; BEVILACQUA, P. D.; MELO, C. M. de. Atendimento à mulher em situação de violência: construção participativa de um protocolo de trabalho. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 569-579, 2020.

SANTOS, M. F. *et al.* Perfil de mulheres em situação de violência no município de Eunápolis/BA. **Revista PINDORAMA**, v. 7, n. 07, p. 9-9, 2018

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 658- 66, 2010.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & realidade** , v. 20, n. 2, 1995.

SELIGMAN, M. E. P. **Florescer: uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar**. Tradução de Cristina Paixão Lopes. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

SHIELDS, M. E. *et al.* Maus-tratos na infância como fator de risco para diabetes: resultados de uma pesquisa populacional de adultos canadenses . **BMC Public Health**, v. 16, p. 879, 2016.

SOARES, A. L. G. **Experiências adversas na infância e suas influências sobre a composição corporal na adolescência**. 2016. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020 / Organização Adriana Costa e Forti Antonio Carlos Pires Bianca de Almeida Pittito. - São Paulo : **Editora Científica** 2019.

SOUSA, R. F. de. Cultura do estupro: prática e incitação à violência sexual contra mulheres. **Revista Estudos Feministas**, v. 25, n. 1, pp. 9-29, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n1p9>>.

SOUZA, M. B.; SILVA, M. F. S. da. Estratégias de enfrentamento de mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão da literatura brasileira. **Pensando Famílias**, v.23, n.1, p.153-166, 2019.

SOUZA, T. M. C.; SANTANA, F. R. M.; MARTINS, T. F. Violência contra a mulher, polícia civil e políticas públicas. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 13, n. 4, p. 1-13, 2018.

SOUZA, V. P. de. Violência doméstica e familiar contra a mulher – A lei Maria da Penha: uma análise jurídica. **Geledes.org.br**, 2014. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/violencia-domestica-e-familiar-contramulher-lei-maria-da-penha-uma-analise-juridica/>. Acesso em: 05 jun 2019.

- SUPLICY, H. L.; FIORIN, D. Diabetes Mellitus tipo II. **Revista Brasileira de Medicina**, Paraná, v.69, n.12, p.32-40, 2012.
- TONEL, D. P. *et al.* Violência psicológica no Brasil: análise temporal e de gênero na última década. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 23, n. 2, p. 37-48, 2022.
- TRENTIN, D. *et al.* Mulheres em situação de violência sexual: potencialidades e fragilidades da rede intersetorial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 4, 2020.
- TSIGOS, C.; CHROUSOS, G. P. Eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, fatores neuroendócrinos e estresse. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 53, p. 865–871, 2002. doi: 10.1016 / S0022-3999 (02) 00429-4.
- VARJÃO, J. P. **Estupro marital: a violência sexual no casamento**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado Direito) - Faculdade de Direito de Alta Floresta, 2021.
- VASCONCELOS, Marilena Silva; HOLANDA, Viviane Rolim; ALBUQUERQUE, Thaíse Torres. Perfil do agressor e fatores associados à violência contra mulheres. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2016.
- VIEIRA, L. B. Abuso de álcool e drogas e violência Contra mulher: Denuncia de vividos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, 2014.
- VILAR, L. Endocrinologia Clínica. **Guanabara Koogan**, 6^a ed., Rio de Janeiro, 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global report on diabetes**. Geneva, 2016. ISBN 978 92 4 156525 7.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Violence against women: a ‘global health problem of epidemic proportions. **Who.int**, 2013. Available from: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violenceagainstwomen20130620/en/>> Acesso em: 16 de outubro de 2019.
- ZUCHI, C. Z. *et al.* Violência contra as mulheres: concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da escuta. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. 1-9, 2018

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA DE GÊNERO EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Pesquisador: LUIZA SATYRO MORAIS DE MEDEIROS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 50288021.3.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.253.148

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda de solicitação de mudança de título do protocolo de pesquisa egresso do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os impactos da violência doméstica em mulheres com relação aos agravos de diabetes mellitus Tipo II na Atenção Básica do Município de São Mamede-PB;

Objetivo Secundário:

- Definir o Perfil Sociodemográfico das mulheres participantes da pesquisa;
- Identificar o tipo de violência doméstica mais acometida contra as mulheres avaliadas;
- Avaliar a presença de agravos da diabetes tipo II nas mulheres diabéticas vítimas da violência doméstica.
- Mapear programas e ações em políticas públicas existentes no município e propor novas estratégias.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Como algumas mulheres diabéticas são idosas, existe a possibilidade de constrangimento ao responder o instrumento de coleta de dados; medo de não saber responder ou de ser identificada; vergonha ao responder às perguntas, o que poderia comprometer a fidedignidade das respostas.

Benefícios:

Será realizada Capacitação com os Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde de modo a sensibilizar esses profissionais para os temas de violência contra a mulher, dos direitos humanos e das mulheres e das relações de gênero para posteriormente eles identificarem situações de risco, orientarem os serviços de apoio e encaminharem as mulheres para atendimento das equipes. A inclusão desses profissionais num primeiro momento se justifica por serem os profissionais com maior vínculo com a comunidade. Esses encontros de sensibilização se tornam fundamentais e serão mantidos continuamente para que o trabalho tenha consistência e melhore a notificação compulsória dos casos de violência doméstica no município. Será elaborada uma Cartilha sobre Tipos de Violência com uma linguagem popular e acessível para serem distribuídas na comunidade como forma de conscientizar as pessoas de todas as formas de violência e a rede de enfrentamento e atendimento do município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo Epidemiológico observacional, através da integração da abordagem quantitativa e qualitativa. No que diz respeito às características do estudo quantitativo, propõe-se que seja, por um lado, de tipo transversal, dado que procura saber, para uma população definida, quais as mulheres DMII que se identificaram como vítimas de violência de gênero; tem também um carácter distributivo devido à utilização de técnicas quantitativas; além disso, é utilizado um inquérito por amostragem, dado que é orientado para a identificação de uma população específica de mulheres vítimas de violência de gênero residentes em São Mamede-PB e maiores de 18 anos de idade. Quanto a amostra, a dimensão quantitativa será composta por (n=100) uma amostra representativa de mulheres diabéticas, vítimas de violência de gênero, maiores de 18 anos de idade e residentes em São Mamede, que responderão aos questionários e durante a entrevista será analisado o IMC da paciente e através do prontuário eletrônico serão anotados os exames de controle de Diabetes tais como, glicemia capilar, hemoglobina glicada, ácido úrico, ureia, creatinina e presença de complicações da doença entre as quais retinopatia diabética, problemas renais e amputações para posterior comparação de complicações entre pacientes diabéticas e vítimas de violência e pacientes diabéticas que não relatam ter sofrido violência ao longo da vida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados tempestivamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do cumprimento das formalidades éticas e legais da pesquisa com seres humanos, somos de parecer favorável para aprovação da presente emenda, que solicitou mudança de título, salvo melhor juízo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_187440	29/01/2022		Aceito
	2_E2.pdf	23:22:07		

Folha de Rosto	luisatyrofolhaderosto.pdf	16/12/2021 11:42:31	LUIZA SATYRO MORAIS DE MEDEIROS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_LUIZA_SA TYRO_CORRIGIDO.docx	01/09/2021 18:46:34	Selene Cordeiro Vasconcelos	Aceito
Outros	CERTIDAO_POS_LUIZA.pdf	01/09/2021 18:38:10	Selene Cordeiro Vasconcelos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_de_anuencia_luizasmdevedeiros .pdf	01/09/2021 18:37:45	Selene Cordeiro Vasconcelos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_LUIZA_SA TYRO_CORRIGIDO.docx	01/09/2021 18:35:56	Selene Cordeiro Vasconcelos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido_LUIZA.docx	01/09/2021 18:35:22	Selene Cordeiro Vasconcelos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Luiza.pdf	30/07/2021 10:21:55	LUIZA SATYRO MORAIS DE MEDEIROS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/07/2021 10:21:32	LUIZA SATYRO MORAIS DE MEDEIROS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

JOÃO PESSOA, 21 de
Fevereiro de 2022

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa (Coordenador(a))

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB ç 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária **CEP** .051-

UF: PB **Município** JOAO PESSOA

e-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

Telefone : **Fax:** (83)3216-7791

;(83)3216-7791

Página 04 de 04



ANEXO B - GRUPO DE PESQUISA MEDICINA SOCIAL DIREITO, SAÚDE E CIDADANIA

Grupo de Pesquisa com aval do CNPq, Ano de formação: 2018, Líderes do grupo: José Manuel Peixoto Caldas e José Henrique Dias Pinto de Barros. Área predominante: Ciências da Saúde; Saúde Coletiva. Instituição do grupo: Universidade Federal da Paraíba - UFPB Unidade: Centro de Ciências da Saúde - Campus I

Endereço Eletrônico do Responsável: jmpeixotocaldas@ccs.ufpb.br | jose.manuel.peixoto.caldas@academico.ufpb.br

DECLARAÇÃO

Eu, José Manuel Peixoto Caldas, Investigador Principal do Instituto de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Professor Magistério Superior – Visitante do Centro de Ciências da Saúde – Departamento de Odontologia Restauradora da UFPB SIAPE: 3005104, Professor Permanente do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia e Líder do Grupo de Pesquisa em Medicina Social: Direito, Saúde e Cidadania, vem pela presente declarar que, a Mestranda Lic^a. Luiza Satyro Morais de Medeiros apresentou no passado dia 11 de junho de 2021 em sessão pública na presença da sua Orientadora a Prof^a. Dr^a. Heloísa Helena Pinho Veloso (Professora Permanente do MPSF e do DOR) o seu projeto de tese de mestrado aos membros do Grupo de Medicina Social, a qual após um debate com os distintos interlocutores obteve aprovação pública por unanimidade.

Assim sendo, declaro apta a mestranda a submeter o seu projeto na Plataforma Brasil e dou fé do meu testemunho através da assinatura desta declaração aos onze dias do mês de junho do ano de dois mil e vinte e um na cidade de João Pessoa.

Prof. Dr. José Manuel Peixoto Caldas

Líder do Grupo de Pesquisa Medicina Social UFPB/CNPq



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - CAMPUS DE
JOÃO PESSOA PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM
SAÚDE DA FAMÍLIA (MPSF)**

**ANEXO C – Questionário – Estudo Multi-Países sobre Saúde da Mulher e Violência
Doméstica**

CONDIÇÕES SÓCIO DEMOGRÁFICAS	
1) Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> < 19 anos <input type="checkbox"/> 20-30 anos <input type="checkbox"/> >31 anos
2) Qual é a sua escolaridade?	<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> 1 Grau <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> 2 Grau <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Completo

3) Você considera que a cor da sua pele é:	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena
4) Qual é o bairro onde você mora?	Bairro:
5) Qual é a sua situação afetivo conjugal?	<input type="checkbox"/> Atualmente casada <input type="checkbox"/> Vivendo com um companheiro <input type="checkbox"/> Tem companheiro com relação sexual e não vive junto <input type="checkbox"/> Não está casada, nem vivendo com alguém ou namorando
7) Vive junto com os pais?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8) Você trabalha ou tem fonte de renda?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9) Qual a sua religião?	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica (<input type="checkbox"/> Ateu <input type="checkbox"/> Outra: _____

DADOS CLÍNICOS	
1) Tem Diabetes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2) Se sim, de que tipo?	<input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Outro Qual? _ <input type="checkbox"/> Não sei ()
3) Têm familiares com Diabetes?	<input type="checkbox"/> Sim? Quem <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
SOBRE O COMPANHEIRO	
1) Qual a idade do companheiro?	____anos

2) Qual a escolaridade do companheiro?	<input type="checkbox"/> analfabeto <input type="checkbox"/> 1 grau <input type="checkbox"/> inc <input type="checkbox"/> comp <input type="checkbox"/> 2 grau <input type="checkbox"/> inc <input type="checkbox"/> comp <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> inc <input type="checkbox"/> comp
3) Ele está trabalhando?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
4) Que tipo de trabalho ele faz?	<input type="checkbox"/> profissional <input type="checkbox"/> técnico <input type="checkbox"/> não especializado <input type="checkbox"/> militar <input type="checkbox"/> outro
5) Faz uso de bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
6) Ele faz uso de drogas?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
7) Ele já se envolveu em alguma briga?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
8) Com que frequência vocês brigam?	<input type="checkbox"/> todos os dias <input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes por semana <input type="checkbox"/> 1 a 3 vezes por mês <input type="checkbox"/> menos de 1 vez por mês <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> não sabe
SOBRE O RELACIONAMENTO	

VIOLÊNCIA MORAL/PSICOLÓGICA	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> uma vez <input type="checkbox"/> poucas vezes <input type="checkbox"/> muitas vezes
1) Ele alguma vez insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
2) Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas ?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
3) Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

4) Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
---	--

VIOLÊNCIA FÍSICA

1) Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
2) Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/cha coalhão?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
3) Machucou-a com um soco ou algum objeto?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
4) Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
5) Estrangulou ou queimou você de propósito?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

6) Ameaçou usar ou usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma de fogo contra você?	()sim ()não
VIOLÊNCIA SEXUAL	
1) Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	()sim ()não
2) Você teve relações por medo do que ele pudesse fazer?	()sim ()não
3) Forçou-a à prática sexual humilhante ou degradante?	()sim ()não
4) Você já foi agredida pelo parceiro atual?	()Sim ()Não ()física ()Sexual () Psicológica
5) Você já sofreu de algum tipo de violência pelo parceiro atual antes de descobrir que tinha diabetes?	()Sim () Não ()Física ()Sexual () Psicológica
6) Como você considera a intensidade da violência depois que descobriu que tem diabetes?	()aumentou ()diminuiu ()manteve-se igual ()iniciou ()cessou ()não sabe avaliar
AGRESSÃO POR PARTE DE OUTRA PESSOA	
1) Alguém já lhe bateu ou agrediu sem ser seu companheiro?	()Não ()Sim ()ex-parceiro () familiares** () vizinhos/conhecidos ()estranhos **()pai ()mãe ()pai/mãe ()irmão

	()cunhado ()tios
2) Alguém já lhe bateu ou agrediu antes de descobrir que tinha diabetes sem ser seu companheiro?	()Não ()Sim ()ex-parceiro () familiares ** () vizinhos/conhecidos()estranhos **()pai ()mãe ()pai/mãe ()irmão ()cunhado ()tios

3) Alguém já lhe forçou a fazer sexo ou alguma prática sexual sem que você quisesse, sem ser o companheiro?	()Não()Sim ()ex-parceiro () familiares ** () vizinhos/conhecidos ()estranhos **()pai ()mãe ()pai/mãe ()irmão ()cunhado ()tios ()Não()Sim
---	---

34) Alguém alguma vez insultou, humilhou, ameaçou você?	<input type="checkbox"/> ex-parceiro <input type="checkbox"/> familiares ** <input type="checkbox"/> vizinhos/conhecidos <input type="checkbox"/> estranhos ** <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> pai/mãe <input type="checkbox"/> irmão <input type="checkbox"/> cunhado <input type="checkbox"/> tios
Serviços de saúde	
Conclusão	
1) Qual a atitude dos profissionais de saúde após receberem a queixa de violência? Como foi realizada a abordagem nesta situação?	<input type="checkbox"/> Orientações <input type="checkbox"/> Medicações <input type="checkbox"/> Encaminhamento (polícia ,DDM) <input type="checkbox"/> Nenhuma
2) Na sua percepção, houve mudanças quanto aos atos de violência a pós a denúncia?	<input type="checkbox"/> Melhoraram <input type="checkbox"/> Pioraram <input type="checkbox"/> Não se modificaram
3) Se você não procurou ajuda após os episódios de violência, isto ocorreu porquê:	<input type="checkbox"/> Medo de sofrer violências mais intensas <input type="checkbox"/> Achar que é normal sofrer violência pelo companheiro <input type="checkbox"/> Não ter condições financeiras de viver por conta própria <input type="checkbox"/> Não querer se separar <input type="checkbox"/> Não acreditar em ajuda externa <input type="checkbox"/> Desconhecer seus direitos legais
4) Os familiares (seus/dele) sabiam da ocorrência de violência no seu relacionamento? Se sim, como reagiram?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Me apoiaram, mas não interferiram <input type="checkbox"/> Conversaram com ele <input type="checkbox"/> Ameaçaram ele/ brigaram com ele

	(<input type="checkbox"/>)Banalizaram a violência (<input type="checkbox"/>)Apoiaram ele
--	--

Fonte: Adaptado de OMS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - CAMPUS DE
JOÃO PESSOA PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM
SAÚDE DA FAMÍLIA (MPSF)**

**ANEXO D - Versão da escala de autoestima de Rosenberg já traduzida e adaptada
culturalmente (Versão EPM/ROSENBERG – DINI, 2000)**

Como você avalia estas questões:

1) De forma geral (apesar de tudo), estou **satisfeito(a)** comigo mesmo(a).

- a) concordo plenamente
- b) concordo
- c) discordo
- d) discordo plenamente

2) Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (**desqualificado(a)** ou inferior em relação aos outros).

- a) concordo plenamente
- b) concordo
- c) discordo
- d) discordo plenamente

3) Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas **qualidades**.

- a) concordo plenamente
- b) concordo
- c) discordo

d) discordo plenamente

4) Eu sou **capaz** de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).

a) concordo plenamente

b) concordo

c) discordo

d) discordo plenamente

5) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.

a) concordo plenamente

b) concordo

c) discordo

d) discordo plenamente

6) Às vezes, eu realmente me sinto **inútil** (incapaz de fazer as coisas).

a) concordo plenamente

b) concordo

c) discordo

d) discordo plenamente

7) Eu sinto que sou uma pessoa de **valor**. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a).

a) concordo plenamente

b) concordo

c) discordo

d) discordo plenamente

8) Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais **respeito** por mim mesmo(a).

- a) concordo plenamente
- b) concordo
- c) discordo
- d) discordo plenamente

9) Quase sempre eu estou inclinado(a) a achar que sou um **fracassado(a)**.

- a) concordo plenamente
- b) concordo
- c) discordo
- d) discordo plenamente

10) Eu tenho uma **atitude positiva** (pensamentos, atos e sentimentos) em relação a mim mesmo(a).

- a) concordo plenamente
- b) concordo
- c) discordo
- d) discordo plenamente

Instruções para o entrevistador e entrevistado (Escala de autoestima Rosenberg)

A) Instruções para o entrevistador:

1. Ler a página “Instruções para o entrevistado” para a pessoa a ser avaliada. Caso ela não compreenda as instruções, ler novamente.
2. O entrevistador não deve dar explicações além das contidas nas “instruções para o entrevistado”. Não dar sua interpretação pessoal sobre as instruções, apenas ler novamente, até que o entrevistado compreenda as informações.
3. O local da realização das entrevistas deve ser calmo, com boa iluminação, contando apenas com a presença do entrevistado e entrevistador.

4. Não se deve alterar a sequência dos testes.

B) Instruções para o entrevistado:

Este questionário faz parte de um trabalho científico onde estaremos avaliando a sua autoestima,

1. Por autoestima queremos dizer o sentimento, o apreço, a consideração que você sente por si próprio. Em outras palavras, o quanto você gosta de si mesmo, como você se vê e o que pensa sobre si.
2. Neste questionário temos 10 frases afirmativas. Você deve escolher a alternativa que mais se aproxime daquilo que você sente.
3. Concordar plenamente, quer dizer, concordar completamente, totalmente com a afirmativa.

Discordar plenamente, quer dizer, discordar completamente, totalmente com a afirma



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - CAMPUS DE
JOÃO PESSOA PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM
SAÚDE DA FAMÍLIA (MPSF)**

ANEXO E - Roteiro Biopsicossocial

Entrevista a Participante com (DM e VG)

Bio

Que Idade tem: _____

Desde quando lhe diagnosticaram Diabetes e que sintomas teve: _____

É hipertensa e se sim desde quando: _____

É obesa e se sim desde quando: _____

Psico

Considera-se uma pessoa ansiosa e/ou de fácil irritabilidade: _____

Já alguma vez se sentiu deprimida e/ou foi tratada por depressão: _____

Já viveu alguma situação de violência física e/ou psicológica? se sim, pediu ajuda ou contou a alguém? _____ Já teve ideias suicidas? _____

Social

Qual é o seu rendimento mensal:

1) \leq 1 salário mínimo

2) de 2 a 3 salários mínimos

3) \geq 4 salários mínimos

Grau de escolaridade: _____ Bairro onde vive: _____ Qual é a
composição do seu agregado familiar:

Vive só

Casada

Tem filhos

Gostaria de nos dizer algo mais, ou falar de algo que não abordamos?

APÊNDICE A - PROGRAMAÇÃO DO CURSO

18/09/2022 10:45

Sistema Integrado de Gestão de Eventos

CONTÉUDO PROGRAMÁTICO

1-Violência Física na infância e adolescência

- Classificar a violência infantil;
- Identificar os aspectos de lesões maxilo faciais;
- Compreender a responsabilidade do profissional de saúde nas denúncias;

Reconhecer a importância da temática e os seus aspectos jurídicos mais relevantes;

Classificação e abordagem da violência infantil; Aspectos das lesões maxilo faciais vítimas de violência;

Análise da legislação brasileira sobre a violência em crianças e adolescentes;

2-Violência em Mulheres

Momento I: Conceitos da Violência contra a mulher

- a) Conceitos sobre Violência: violência intrafamiliar, violência doméstica, violência contra a mulher e o enfoque gênero.
- b) O ciclo da violência contra a mulher.
- c) Estatísticas sobre a violência contra a mulher no Mundo, no Brasil e na Paraíba.

Momento II: Violência contra a mulher como um problema de saúde pública

- a) Consequências da violência à vida e saúde das mulheres
- b) Legislação Nacional de enfrentamento à violência contra a Mulher e Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (Mapa Conceitual)
- c) Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência e atuação dos profissionais de saúde no cuidado às mulheres em situação de violência.

3-Determinantes Sociais de Violência de Género

- A violência estrutural patriarcal na VG: um problema de saúde pública.

- a) A desigualdade social estruturada na diferenciação sexual
- b) A vulnerabilidade económica entre géneros
- c) Da violência familiar à violência sexual

- O impacto da Epidemia por COVID-19 na Violência de Género

- a) Políticas Públicas de enfrentamento à VG em tempos pandémicos
- b) Dependência e isolamento social
- c) Respostas da sociedade civil aos gritos sociais das mulheres vítimas de bullying social e sexual

4-Violências Institucionais Contra a Mulher

O silêncio, o desconhecimento e a impotência da auto-proteção. Identificando e Conhecendo

7- Impacto da Violência de Gênero na Saúde

-Violência e Saúde;

-conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres,

assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme

normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional;

- Impacto da violência de gênero no aparecimento e agravamento do câncer de mama;

-Impacto da violência de gênero no agravamento de mulheres com diabetes.

8-Violência em Mulheres x Sexualidade

despite do tensionamento da discussão de sexo e gênero nas ciências sociais e humanidades, a discussão

no tema está atrasada na literatura biomédica. Considera-se que as ciências biomédicas até à última década

coletaram evidências principalmente utilizando modelos animais e seres humanos do sexo masculino. Por

conta disso, nosso entendimento de fenômenos complexos como violência de gênero, doenças cardíacas,

acidente vascular cerebral e suscetibilidade a infecções é baseada em homens de meia idade extrapoladas

para jovens, mulheres, crianças e idosos, levando a uma compreensão deficiente de sexo biológico,

hormônios sexuais, estados de saúde e doença. Mulheres têm mortalidade mais alta após infarto do

miocárdio, têm prognóstico pior após cirurgia aórtica e pneumonia da comunidade. As diferenças são muitas e

os fatores que contribuem para desfechos distintos entre os sexos são desconhecidos e precisam ser

investigados. As mulheres têm menor probabilidade de receber medicação que pode salvar vida? Tem menor

probabilidade de fazer exames diagnósticos na suposição de uma patologia? O quadro clínico é mais difícil de

reconhecer se os profissionais da saúde estiverem procurando por sintomas típicos em pacientes masculinos?

Existem diferenças na comunicação ou em crenças de gênero? Ou existe diferença na metabolização dos

medicamentos? E? preciso considerar que idade, raça, classe socioeconômica e gênero podem influenciar

desfechos em saúde. Além disso, demandas de saúde específicas do público feminino, com

18/09/2022 10:45

Sistema Integrado de Gestão de Eventos

sexualidade,

sexualidade das minorias e direitos reprodutivos merecem uma abordagem do ponto de vista bioética.

Bibliografia:

1. Skloot, Rebecca. A vida imortal de Henrietta Lacks – Editora Saraiva – Ed. Companhia das Letras, 2011 2. Butler, Judith. “Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo”. In: Louro, G.L. (org.). O corpo educado: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. 3. Paglia, Camille. Free woman free man. Pantheon Books, 2017. 4. Mc Gregor, Allyson (org). Sex and Gender Differences in Cardiovascular Resuscitation, Recovery, and Survival. Clinical Therapeutics, 2019. 5. Buss, David. The Evolution of Desire. Basic Books, 2016. 6. Boston’s Women Health Collective. Women and their bodies. A course. 1970. Disponível: <https://www.ourbodiesourselves.org/> 7. Bourdieu, Pierre. A dominação masculina. Bertrand Brasil, 2002.

-