



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ**

**UNIVERSIDADE DE FORTALEZA**

**Centro de Ciências da Saúde – CCS**

**Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – VRPPG**

**Mestrado em Saúde Coletiva – MSC**

**ROUMAYNE FERNANDES VIEIRA ANDRADE**

**VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO APÓS DIAGNÓSTICO  
DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM  
FORTALEZA, CEARÁ**

**FORTALEZA**

**2012**

ROUMAYNE FERNANDES VIEIRA ANDRADE

VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO APÓS DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS  
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM FORTALEZA, CEARÁ

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Alix Leite Araújo

FORTALEZA

2012

**Dados Internacionais de Catalogação Internacional na Publicação**  
**Universidade de Fortaleza**

---

- A57v Andrade, Roumayne Fernandes Vieira  
Violência por parceiro íntimo após diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis em Fortaleza, Ceará / Roumayne Fernandes Vieira Andrade. – 2012.  
69 f. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2013.  
Área de Concentração: Epidemiologia.  
Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Alix Leite Araújo.
1. Violência Doméstica. 2. Violência. 3. Doenças Sexualmente Transmissíveis. I. Título.

CDD 362.8292

---

**ROUMAYNE FERNANDES VIEIRA ANDRADE**

**VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO APÓS DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS  
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM FORTALEZA, CEARÁ**

Linha de Pesquisa: Análise da Situação de Saúde

Núcleo Temático: Epidemiologia

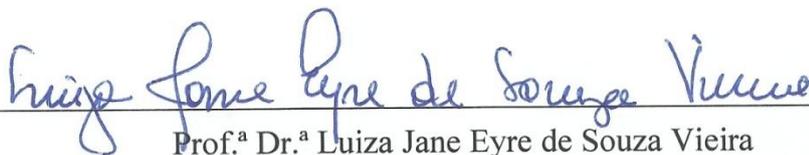
**BANCA EXAMINADORA**



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Alix Leite Araújo  
Orientadora – UNIFOR



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Angélica Espinosa Barbosa Miranda  
Membro Efetivo – UFES



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luiza Jane Eyre de Souza Vieira  
Membro Efetivo – UNIFOR



Prof. Dr. Carlos Antonio Bruno da Silva  
Membro Suplente - UNIFOR

Data da Aprovação: 14/12/2012

*Aos meus pais, Jessé e Gilma (in memoriam),  
exemplos de honestidade e simplicidade.*

*Ao meu marido, Alexandre, amor da minha  
vida, que sempre acreditou em mim e apoiou  
meus sonhos.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, pela saúde, pela força, pela alegria de hoje concluir essa dissertação, e por todas as pessoas especiais postas em meu caminho.

Ao meu pai, Jessé, pelos valores morais e éticos, por ter me ensinado a agir sempre com honestidade e serenidade.

À minha mãe, Gilma (*in memoriam*), por todo o carinho e amor incondicional. Saudade eterna.

Ao meu marido, Alexandre, por me encorajar a sempre dar um passo adiante, pela paciência e companheirismo. Amo você!

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Alix Leite Araújo, minha querida orientadora e amiga. A minha formação, inclusive pessoal, não teria sido a mesma sem você. Obrigada por ter acreditado em mim.

Aos meus irmãos, Carlos Rogério, José Robério, Roberta e Ramayanna, pelas alegrias e tristezas que enfrentamos juntos.

À Cláudia, a pessoa mais doce, meiga e solidária que já conheci, obrigada por tudo.

Aos meus amigos do mestrado, principalmente à Priscilla, Lyana, Gracyelle e Paulo, pelo incentivo e pelo apoio constante. Vocês são especiais para mim.

Às minha amigas Nara, Priscila, Natasha, Milena e Lívia, por todos os momentos felizes que vocês me proporcionaram.

À Lígia, pela amizade sincera e por me ouvir sempre que precisei.

Às bolsistas do grupo de pesquisa, Bruna e Pâmela, pela ajuda durante a coleta e digitação dos dados.

Ao grupo de pesquisa, pelo aprendizado e alegria partilhada.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, pela amizade, pelos ensinamentos e contribuições com esta pesquisa.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Angélica Espinosa Miranda, pela disponibilidade de fazer parte da banca. Obrigada por aceitar contribuir com este trabalho.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Raimunda Magalhães da Silva, coordenadora do mestrado em Saúde Coletiva, por seu apoio e disponibilidade.

Aos funcionários do mestrado, Cleide, Lazaro e Widsom, pela presteza com que sempre me atenderam.

Aos usuários dos serviços de saúde, que se disponibilizaram a participar da pesquisa.

Aos profissionais de saúde do Centro Saúde Meireles, do Centro de Saúde Carlos Ribeiro e do Hospital Universitário Walter Cantídio - UFC, onde fui sempre muito bem recebida.

A todos os que, de uma forma direta ou indireta, contribuíram para a conclusão deste trabalho.

*Tudo o que está no plano da realidade já foi  
sonho um dia.*

Leonardo da Vinci

## RESUMO

A violência por parceiro íntimo (VPI) refere-se a qualquer comportamento dentro de uma relação íntima que cause dano físico, psíquico ou sexual aos membros da relação. Assim como a violência, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e o HIV/Aids impactou a saúde, pois além de provocar danos, possivelmente, podem desencadear atos de violência. Este estudo teve como objetivo analisar a prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos após revelação do diagnóstico de DST, em Fortaleza, Ceará. Trata-se de um estudo de corte transversal, realizado com homens e mulheres atendidos nos serviços de saúde de referência para tratamento de DST. A amostra foi de 221 pessoas, que foram entrevistadas no período de março a setembro de 2012, por meio de um questionário, aplicado face a face aos participantes. Foi realizada uma análise multivariada pelo “pacote” estatístico STATA versão 11.0, por meio do modelo de regressão logística, utilizando-se a técnica de Stepwise. Os resultados da pesquisa apontaram que praticar violência apresentou associação estatística com uso de álcool (OR: 2,79; IC: 1,25-6,22; p=0,012), o parceiro ter se relacionado com outra pessoa durante o relacionamento atual (OR: 4,71; IC: 2,24-9,91; p=0,000), ter cometido violência anterior a DST (OR: 2,87; IC: 1,22-6,73; p=0,015) e ter sofrido violência após o diagnóstico de DST (OR: 6,53; IC: 3,06-13,93; p=0,000). Já ter outro parceiro durante o relacionamento atual (OR: 3,72; IC: 1,91-7,26; p=0,000), parceiro usar álcool (OR: 2,16; IC: 1,08-4,33; p=0,026), sofrer violência antes do diagnóstico de DST (OR: 2,87; IC: 1,44-5,69; p=0,003) e ter receio de revelar o diagnóstico ao parceiro (OR: 2,66; IC: 1,32-5,32; p=0,006), foram aspectos associados a sofrer violência. Conclui-se que a prevalência elevada de VPI na amostra sugere fortemente que esta é uma população crítica para a qual devem ser direcionados esforços de intervenção, e que os serviços de referência para atendimento das DST podem ser locais estratégicos para identificar e prevenir a VPI.

**Palavras-chave:** Doenças Sexualmente Transmissíveis. Violência. Violência Doméstica.

## ABSTRACT

The intimate partner violence (IPV) refers to any behavior within an intimate relationship that causes physical, psychic or sexual damage to the members of the relationship. Like violence, the STD and HIV/Aids have impacted health because besides causing damage, they can also lead to acts of violence. The objective of this study was to analyze the prevalence and factors associated to the violence between intimate partners after revealing the diagnose of sexually transmitted diseases (STD) in Fortaleza, Ceará. The cross-section study was conducted with men and women attended in the health facilities of reference for the treatment of STD. The sample was of 221 people that were interviewed from March to September of 2012 by means of a questionnaire applied face to face with the participants. A multivariate analysis was done by the statistics pack SATA version 11.0 through a logistic regression model using the Stepwise technique. The results of the research point out that the practice of violence was statistically associated to the use of alcohol (OR: 2,79; IC: 1,25-6,22; p=0,012), the partner having had relations with another person during the current relationship (OR: 4,71; IC: 2,24-9,91; p=0,000), having committed violence before the STD (OR: 2,87; IC: 1,22-6,73; p=0,015) and having suffered violence after the diagnosis of the STD (OR: 6,53; IC: 3,06-13,93; p=0,000). Having another partner during the current relationship (OR: 3,72; IC: 1,91-7,26; p=0,000), partner using alcohol (OR: 2,16; IC:1,08-4,33; p=0,026), suffering violence before the diagnose of STD (OR: 2,87; IC: 1,44-5,69; p=0,003) and being reluctant to reveal the diagnose to their partner (OR: 2,66; IC: 1,32-5,32; p=0,006), were associated with suffering violence. In conclusion, the elevated IPV prevalence in the sample strongly suggest that this is a critical population to whom intervention efforts must be directed and that the services of reference for the treatment of STD can be strategic places in the identification and prevention of IPV.

**Keywords:** Sexually Transmitted Diseases. Violence. Domestic Violence

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Variáveis sociodemográficas de pessoas atendidas em serviços de referência em DST. Fortaleza, Ceará, 2012.....	30
Tabela 2	Variáveis sociodemográficas associadas a praticar e sofrer violência por parceiro íntimo em pessoas com diagnóstico de DST. Fortaleza, Ceará, 2012.....	31
Tabela 3	Variáveis comportamentais associadas a praticar e sofrer violência por parceiro íntimo em pessoas com diagnóstico de DST. Fortaleza, Ceará, 2012.....	33
Tabela 4	Análise, por sexo, de pessoas com diagnóstico de DST que praticaram e sofreram violência por parceiro íntimo e variáveis comportamentais. Fortaleza, Ceará, 2012.....	34
Tabela 5	Análise, por sexo, de pessoas com diagnóstico de DST que praticaram e sofreram violência por parceiro íntimo e variáveis comportamentais dos parceiros sexuais. Fortaleza, Ceará, 2012.....	35
Tabela 6	Análise de regressão logística multivariada, ajustada e não ajustada, da prática de VPI após a revelação do diagnóstico de DST e variáveis sociodemográficas e comportamentais. Fortaleza, Ceará, 2012.....	37
Tabela 7	Análise de regressão logística multivariada, ajustada e não ajustada, de sofrer VPI após a revelação do diagnóstico de DST e variáveis comportamentais. Fortaleza, Ceará, 2012.....	38

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CRAVV	Centro de Referência e Apoio à Vítima de Violência
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
MJ	Ministério da Justiça
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Razão de chances
SAME	Serviço de Arquivo Médico Estatístico
SER	Secretaria Executiva Regional
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
VPI	Violência por Parceiro Íntimo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1</b>	<b>Geral.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2</b>	<b>Específicos.....</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
<b>3.1</b>	<b>Violência como um problema social e de saúde pública.....</b>	<b>17</b>
<b>3.2</b>	<b>Definição e a magnitude da violência por parceiro íntimo.....</b>	<b>19</b>
<b>3.3</b>	<b>Doenças sexualmente transmissíveis e violência.....</b>	<b>21</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>24</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo.....</b>	<b>24</b>
<b>4.2</b>	<b>Local do estudo.....</b>	<b>24</b>
<b>4.3</b>	<b>População e amostra.....</b>	<b>25</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta de dados.....</b>	<b>26</b>
<b>4.5</b>	<b>Análise dos dados.....</b>	<b>27</b>
<b>4.6</b>	<b>Aspectos ético legais.....</b>	<b>27</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>29</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>39</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>45</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>46</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>55</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>65</b>

# 1 INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno mundial e um dos principais problemas de saúde pública da atualidade (KRUG et al., 2002). Aumentou muito nos últimos anos e impacta a morbimortalidade da população, repercutindo em custos para a sociedade, para a economia e a saúde (RODRIGUES et al., 2009; MIRANDA; PAULA; BORDIN, 2010). Atinge uma parcela importante da população, transcendendo grupos sociais, econômicos, religiosos e culturais (KRUG et al., 2002). O seu enfrentamento é complexo e necessita de ações intersetoriais.

No Brasil, somente no ano de 2004, os gastos estimados pelo sistema público de saúde para o atendimento de pessoas vítimas de violência foi de R\$ 2,8 bilhões de reais, o que equivaleu a 4% dos dispêndios totais com a saúde pública no mesmo ano (RODRIGUES et al., 2009). No Estado do Ceará, as mortes por causas externas, que incluem violência e acidentes de trânsito, representaram a terceira maior causa de morte no ano de 2005 (CEARÁ, 2011a).

A violência pode variar de acordo com a tipologia e a natureza dos atos. A violência perpetrada por parceiro íntimo (VPI) refere-se a qualquer comportamento dentro de uma relação íntima que cause dano físico, psíquico ou sexual aos membros da relação (KRUG et al., 2002). Consiste em um problema complexo e de rompimento difícil, uma vez que envolve questões afetivas e de dependência econômica (MIRANDA; PAULA; BORDIN, 2010; BARROS; SCHRAIBER; FRANÇA JÚNIOR, 2011).

O foco predominante dos estudos sobre VPI situa a mulher como vítima e o parceiro masculino como agressor, desconsiderando o fato de que as mulheres também podem assumir o papel de agressoras em determinadas situações. Uma pesquisa conduzida em 15 cidades brasileiras e no Distrito Federal evidenciou que as mulheres relatam perpetrar atos violentos com maior frequência do que o respectivo parceiro masculino (REICHENHEIM et al., 2006).

As mulheres se envolvem mais em episódios de perpetração ou “vitimização” do que os homens (ZALESKI et al., 2010), porém, sofrem agressões mais graves e necessitam mais de cuidados médicos (OLIVEIRA et al., 2009).

Na Europa, diferentes padrões de violência afetam homens e mulheres. Em 2008, 50% das mulheres vitimadas foram assassinadas por membros da família, sendo que 35% pelo parceiro ou ex-parceiro, enquanto 5% dos homens foram vítimas desse tipo de violência

(UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2011).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) passou a implantar programas específicos de atenção à mulher vítima de violência, e o Ministério da Justiça (MJ) sugeriu leis de punição para os agressores, além de implantar delegacias específicas para esse tipo de atendimento. Atualmente, já se dispõe de vários mecanismos para tentar coibir a violência doméstica e familiar. Dentre essas estratégias, pode-se destacar a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006a), os juizados de violência doméstica e familiar; as delegacias para atendimento à mulher que sofre violência, além de casas de abrigo (BRASIL, 2005c).

Alguns estudos associaram à violência as doenças sexualmente transmissíveis (DST), mostrando que vítimas de violência se encontram mais vulneráveis a contrair uma DST (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; FRANÇA JÚNIOR, 2008; SENN; CAREY; VANABLE, 2010; BARROS; SCHRAIBER; FRANÇA JÚNIOR, 2011; MITTAL; SENN; CAREY, 2011). São escassos, no entanto, os estudos mostrando que a revelação do diagnóstico de DST pode desencadear reações violentas por parte do parceiro íntimo.

Assim como a violência, as DST e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) impactam a saúde, pois, além de provocar danos, possivelmente, podem desencadear atos de violência, situação não muito rara vivenciada por pessoas com Aids (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; FRANÇA JÚNIOR, 2008; BARROS; SCHRAIBER; FRANÇA JÚNIOR, 2011).

Estudo realizado em clínicas de planejamento familiar na Califórnia encontrou que mulheres expostas a VPI relataram medo de comunicar o diagnóstico da DST ao parceiro e que os parceiros sexuais dessas mulheres procuraram menos os serviços de saúde para tratamento da DST (DECKER et al., 2011).

As DST estão entre os problemas de saúde mais comuns em todo o mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005). Causam prejuízo à saúde do homem e da mulher, e estão relacionadas ao câncer genital, à infertilidade, ao crescimento do risco de infecção pelo HIV, à possibilidade de transmissão vertical, a perdas gestacionais e doenças congênitas (BELDA JR., 2009). Apesar disso, as DST só readquiriram importância após a epidemia do HIV.

Ensaio efetivado pelo MS em seis capitais brasileiras encontrou que 42% das gestantes apresentavam pelo menos uma das DST analisadas. Entre os homens e mulheres que procuraram atendimento em clínicas de DST, a prevalência foi de 51% para todas as DST investigadas (BRASIL, 2008).

Apesar de ter um bom acesso a informações sobre a transmissão do HIV e outras DST, isso não se traduz em redução de comportamentos de risco entre as mulheres

(MIRANDA, et al., 2012). Possivelmente, a violência na relação afetiva dificulte a inserção de práticas preventivas. Homens em uso consistente do preservativo com a sua parceira tinham menos probabilidade de cometer VPI contra a parceira do que aqueles que não usam preservativos de forma consistente (FRYE et al., 2011).

Indivíduos em situação de violência podem ficar mais vulneráveis ao adoecimento (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009; PARENTE; NASCIMENTO; VIEIRA, 2009), situação que pode acontecer por diversas razões. Nesses casos, a violência pode ensejar demandas de saúde que envolvem necessidades de cuidados físicos, emocionais e psicológicos.

As pessoas encontram dificuldade para revelar nos serviços de saúde que vivenciam a violência. Essa situação ocorre pelo envolvimento de questões como o medo do agressor, falta de preparo dos profissionais de saúde no manejo dos casos e falta de reconhecimento da situação como um problema de saúde (DE FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009; VIEIRA et al., 2009).

É preciso que profissionais e gestores estejam sensibilizados e comprometidos com a causa, para que seja possível traçar estratégias viáveis para enfrentar a VPI ante a revelação do diagnóstico de DST.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar a prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo após revelação do diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis (DST), em Fortaleza, Ceará.

### **2.2 Específicos**

- Conhecer os aspectos sociodemográficos e comportamentais de pessoas que praticam e sofrem VPI após diagnóstico de DST.
- Identificar, entre os sexos, a prevalência e os fatores associados à ocorrência de VPI após a revelação do diagnóstico de DST.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 A violência como um problema social e de saúde pública**

A violência é um fenômeno mundial, sempre fez parte da experiência humana e aumentou significativamente nos últimos anos. É questão de saúde pública, porque afeta a saúde individual e coletiva, que exige, para sua prevenção e enfrentamento, a formulação de políticas específicas e a qualificação das equipes para a devida assistência. Constitui evento complexo que, além das sequelas físicas, quando não leva à morte, deixa sequelas emocionais graves, que podem comprometer de forma permanente a saúde, inclusive a saúde sexual e reprodutiva da pessoa (BRASIL, 2010).

A violência é um problema de todos os segmentos da sociedade e, desde 1996, é reconhecida como um entrave importante e crescente de saúde pública no mundo (RESOLUÇÃO WHA49.25, 1996). Acarreta custos econômicos, por causa dos dias de ausência do trabalho, pelos danos psicológicos e emocionais que provoca nas vítimas e em suas famílias e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de um milhão de pessoas no mundo perdem a vida por causas violentas (KRUG et al., 2002).

Em Medellín, na Colômbia, 20% da população relatou ter sido vítimas de ameaça armada ou roubo desarmado. Cerca de 8% foram vítimas de ameaças graves e 5% foram vítimas de agressão sexual (DUQUE; MONTOYA; RESTREPO, 2011). A criminalidade crônica é, ao mesmo tempo, causa e consequência de pobreza, insegurança e subdesenvolvimento (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2011). Pessoas com baixo nível de escolaridade e renda estão mais expostas à violência (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; FRANÇA JÚNIOR, 2008; TEIXEIRA; TAQUETTE, 2010).

O Brasil é um país marcado por profundas desigualdades no campo social, econômico, educacional e de acesso aos recursos e serviços públicos. Estudo realizado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) estabelece uma relação clara entre crime e desenvolvimento. Os países com grandes disparidades nos níveis de renda estão quatro vezes mais sujeitos a serem atingidos por crimes violentos do que em sociedades mais equitativas (UNODC, 2011).

A prevenção da ocorrência de violência e a necessidade de cuidar melhor da população afetada exige o envolvimento de setores diversos. Existe certa dificuldade de

incorporação das práticas de prevenção e notificação de casos de violência no setor saúde (MINAYO; DESLANDES, 2007). Possivelmente, essa dificuldade decorra da formação acadêmica dos profissionais de saúde, cujo tema violência, dificilmente é trazido à discussão (PEDROSA; SPINK, 2011).

A violência não se restringe como campo da saúde, ao contrário, é um problema social que demanda a atuação interdisciplinar e dos vários setores da sociedade civil e das organizações governamentais. É resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais (KRUG et al., 2002), demandando articulações com outros setores.

A legislação brasileira conta com uma série de leis e normas relacionadas à proteção as vítimas de violência e punição dos agressores. Entre elas estão a lei Maria da Penha, que altera o Código Penal e possibilita que agressores sejam presos em flagrante, ou tenham prisão preventiva decretada quando ameaçarem a integridade física da mulher. Além disso, prevê medidas de proteção, como o afastamento do agressor do domicílio e a proibição de sua aproximação física à mulher agredida (BRASIL, 2006a).

A violência sexual causa grande impacto à saúde da mulher. A aquisição de uma DST ou gravidez em decorrência de um estupro pode causar sequelas físicas e emocionais. A contracepção de emergência deve ser oferecida à mulher vítima de violência sexual. Esse método anticonceptivo utiliza compostos hormonais concentrados por um curto período (BRASIL, 2010).

A vítima de violência sexual tem direito ao aborto previsto em lei, que, de acordo com o art. 128, inciso II, do Código Penal, é permitido quando a gravidez resulta de estupro. Nesses casos, exige-se o consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. Não é dever legal da mulher que sofreu violência sexual registrar essa ocorrência na polícia, embora deva ser orientada e incentivada a tomar as providências judiciais cabíveis, para que o agressor não fique impune; caso ela não queira registrar queixa policial, não se pode lhe negar o direito ao abortamento (BRASIL, 2005a, b, c).

A Lei nº 10.778 estabeleceu a notificação compulsória no sistema de vigilância em saúde, no Território Nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendida em serviços públicos e privados de saúde. O cumprimento da medida é fundamental para o dimensionamento do fenômeno da violência e de suas consequências, contribuindo para a implementação de políticas de intervenção e prevenção do problema (BRASIL, 2005c).

Concernente a violência sexual, com a vigência da Lei nº 12.015/2009, ocorreram mudanças no conceito de estupro. Atualmente, a mulher e o homem podem ser vítimas de

estupro, quando constrangidos, mediante violência ou grave ameaça a praticar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso. A intenção da Lei é de punir com maior vigor aqueles que cometem crimes contra a liberdade sexual, principalmente quando há o envolvimento de menores de idade (BRASIL, 2009).

A assistência à saúde da pessoa que sofre violência doméstica e sexual é prioritária e a recusa infundada de atendimento pode ser caracterizada, legal e eticamente, como omissão. O atendimento de pessoas em situação de violência sexual exige o cumprimento dos princípios de sigilo e segredo profissional e a sua violação está prevista no Código Penal como crime (BRASIL, 2005c).

O Ceará conta atualmente com o Centro de Referência e Apoio à Vítima de Violência (CRAVV), instituído pela Lei nº 14.230/2008. É um programa da Secretaria da Justiça e Cidadania do Estado do Ceará, que tem como objetivo promover um conjunto de ações que visam a contribuir para a superação dos danos causados pela violência, por via do apoio psicológico, social e jurídico. O CRAVV tem como finalidade contribuir e propor diretrizes para a criação de políticas públicas destinadas às conquistas e à garantia dos direitos humanos (CEARÁ, 2011b).

### **3.2 Definição e a magnitude da violência por parceiro íntimo**

A OMS define violência como o uso intencional da força física ou do poder, contra si, contra outra pessoa, ou grupo, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte ou dano psicológico ou privação (KRUG et al., 2002).

Com a publicação do Relatório Mundial sobre Violência, pela OMS (2002), o tema passa a ser incorporado nas agendas internacionais e mobiliza a sociedade civil e organizações governamentais a discutir as possibilidades de enfrentamento da violência. Nesse relatório, a OMS apresenta conceitos, topologias e a natureza da violência.

A violência por parceiro íntimo é definida como o comportamento dentro uma relação íntima que causa dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores. Ocorre principalmente a partir da adolescência e dos primeiros anos da vida adulta; é muito frequente no âmbito do casamento ou coabitação (OMS, 2012).

A maioria dos casos de violência perpetrada por parceiro íntimo ocorre na invisibilidade dos lares, sendo mais comum contra mulheres. Entre os homens, só 17% dos incidentes aconteceram na residência, já entre as mulheres, essa proporção se eleva para perto

de 40% (WAISELFISZ, 2011). Esse tipo de violência é global, sistêmica, e, muitas vezes, enraizado no desequilíbrio de poder e nas desigualdades estruturais entre homens e mulheres (UNODC, 2011).

Relações baseadas numa distribuição desigual de autoridade e poder, conforme papéis de gênero, sociais ou sexuais e dificuldade de diálogo constituem fatores de risco para a violência (BRASIL, 2002).

A relação entre violência e pobreza é estreita (STUEVE; O'DONNELL, 2008; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; FRANÇA JÚNIOR, 2008; TEIXEIRA; TAQUETTE, 2010). No Brasil, as regiões Norte e Nordeste, que são as mais pobres do País, exibem maior prevalência de violência por parceiro íntimo do que as outras regiões (REICHENHEIM et al., 2006).

A violência perpetrada por parceiro íntimo ganhou destaque, em razão dos movimentos feministas, que denunciaram a opressão dos homens sobre as mulheres. O movimento feminista foi determinante na constituição de políticas para a saúde das mulheres no Brasil. O fortalecimento dos movimentos de mulheres e a presença de lideranças de mulheres nos partidos políticos permitiu que, em 1985, fossem criados os conselhos nacional e estadual, com a missão de defesa dos direitos da mulher, e implantadas delegacias para mulheres (COSTA, 2009).

Em Boston, mulheres de 14 a 20 anos, atendidas em clínicas de DST, relataram uma prevalência de VPI de 32% para violência física e 21% para violência sexual. A violência por parceiro íntimo está associada a um mau estado de saúde atual (MILLER et al., 2010). Pessoas que sofrem violência por parceiro íntimo estão mais susceptíveis ao adoecimento (PARENTE; NASCIMENTO; VIEIRA, 2009; GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

Na Nigéria, onde a maioria da população vive na pobreza, um estudo de base populacional encontrou uma prevalência de VPI contra a mulher de 15% para violência física e 3% para violência sexual e que ter parceiro com comportamento controlador esteve fortemente associado à VPI física e sexual (ANTAI, 2011).

Estudos realizados em diferentes regiões do Brasil, com mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo, encontraram que a violência psicológica foi a mais frequente, seguida da física e da sexual (KRONBAUER; MENEGHEL, 2005; SCHRAIBER et al., 2007; DURAND; SCHRAIBER, 2007; MOURA et al., 2009). Em São Paulo, a prevalência de VPI entre usuárias dos serviços de atenção primária de saúde foi de 59% (SCHRAIBER; BARROS; CASTILHO, 2010).

Muitas vezes, a VPI tem uma natureza repetitiva, o que alerta para a importância da detecção precoce dos casos e prevenção de problemas futuros dela decorrentes. É

necessário que os profissionais de saúde estejam atentos para identificar os casos de violência. Mulheres que sofreram violência por seus parceiros íntimos apresentam maior frequência de uso dos serviços de saúde. Esse maior uso relaciona-se à maior gravidade da situação de violência e alta repetição dos episódios (SCHRAIBER; BARROS; CASTILHO, 2010). “Vitimização” e perpetração de VPI estão positivamente associadas com o número de gravidez indesejada e problemas na gestação (O’DONNELL, 2009).

Cabe aos profissionais de saúde não só a prática da assistência curativa às consequências da violência, mas também as práticas de proteção integral, prevenção de maus-tratos e promoção de uma cultura de paz (BRASIL, 2010).

A prevalência de violência sexual na população urbana brasileira foi de 8,6%, com predominância entre as mulheres (11,8% versus 5,1%). Verificou-se também que foi significativa a diferença da maior taxa verificada para homens homo/bissexuais em relação aos heterossexuais, e não para mulheres; que a população negra referiu mais violência do que a branca; e ainda que, quanto menores a renda e a escolaridade, maior a violência, sendo que os homens pobres referiram mais a violência (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA; FRANÇA JÚNIOR, 2008).

### **3.3 Doenças sexualmente transmissíveis e violência**

O controle das doenças sexualmente transmissíveis é factível, contribui para a melhoria da saúde sexual e reprodutiva e é uma estratégia de prevenção da disseminação do HIV. Apesar disso, as DST ainda se configuram como um desafio para o setor saúde.

A dificuldade de conter a disseminação das DST e do HIV envolve diferentes níveis da sociedade, que precisam ser adaptadas às especificidades de cada grupo, considerando a desigualdade socioeconômica e de gênero, bem como a complexidade do comportamento sexual de cada pessoa.

Vivenciar situação de violência dificulta a inserção de práticas preventivas das DST, principalmente quando se trata de grupos mais vulneráveis, que têm menor poder de negociação com o parceiro. No Rio de Janeiro, menores de 15 anos em situação de violência estão mais vulneráveis à atividade sexual precoce e desprotegida, às DST e à gravidez indesejada (TEIXEIRA; TAQUETTE, 2010).

Entre usuárias de serviços de saúde na região metropolitana de São Paulo, foi encontrada uma prevalência de infecção sexualmente transmissível de 13% das mulheres com 8,4% para *Chlamydia trachomatis*, 3,2% para *Trichomonas vaginalis* e 1,9% para *Neisseria*

*gonorrhoeae* (LUPPI et al., 2011).

Após a epidemia da Aids, as DST readquiriram importância como problema de saúde pública. O atendimento imediato de uma DST não é apenas uma ação curativa, mas é também uma ação preventiva da transmissão e do surgimento de outras complicações (BRASIL, 2006b). O tratamento consiste em uma das ações do atendimento a vítimas de violência sexual.

Estudo de coorte que investigou a existência de associação entre história de violência e a incidência de DST mostrou que o grupo de mulheres que relataram qualquer abuso ou maus-tratos físicos teve um risco significativamente maior de incidência de DST do que aqueles que não relataram abusos (ALLSWORTH et al., 2009).

A pobreza, a violência e questões de gênero podem ser determinantes sociais de vulnerabilidade da população. A prevalência de DST autorreferida na população brasileira, segundo gênero, está associada a ter baixa renda familiar e história de violência física. Essa associação foi mais relevante entre mulheres (BASTOS et al., 2008).

Entre adolescentes, moradoras das favelas do Rio de Janeiro, 6,5% referiram ter sido agredidas pelos companheiros. A incidência de DST entre as adolescentes com experiência sexual e que se submeteram ao exame ginecológico foi de 24,4%. O diagnóstico mais frequente foi o de cervicite/doença inflamatória pélvica (DIP) em 45,4% das portadoras de DST, seguida do HPV 22,7%, sífilis 18,2%, e tricomoníase 13,6% (TAQUETTE, 2010).

A violência, na maioria dos estudos, é concernente à violência sexual, sendo as DST tratadas como consequência dos atos (RAMOS; MEDICI; PUCCIA, 2009; ALLSWORTH et al., 2009). Deve ser considerada, no entanto, a possibilidade da ocorrência de violência causada pela revelação do diagnóstico de DST em uma relação íntima.

Ante um diagnóstico de DST, os profissionais de saúde devem ter atenção redobrada, pois as situações que a determinam podem motivar atos violentos por parte do parceiro íntimo, dificultando o tratamento, impedindo quebra da cadeia de transmissão.

Destaca-se o aconselhamento como uma estratégia importante, que pode contribuir para minimizar os efeitos negativos do diagnóstico de DST no relacionamento. A avaliação de risco e a educação para a saúde de pessoas com DST e seus parceiros são essenciais para proporcionar à pessoa condições para que avalie os próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar os problemas relacionados às DST (BRASIL, 2006b). Ocorre que, quando realizado, o aconselhamento para DST se restringe aos aspectos técnicos da doença, é prescritivo e desconsidera questões abrangentes envolvidas na transmissão das DST (ARAÚJO; VIEIRA; SILVA, 2008), como é o caso da violência.

O MS recomenda que o diagnóstico de DST seja revelado ao parceiro sexual pelo caso índice (BRASIL, 2006b). Algumas pessoas, entretanto, podem não se achar confortáveis para revelar o diagnóstico, por medo da reação do parceiro. Atualmente, um dos principais entraves para a quebra da cadeia de transmissão das DST consiste no tratamento dos parceiros sexuais (CAMPOS et al., 2010). É possível que a não comunicação do parceiro sexual seja um dos motivos para o não comparecimento do parceiro para o tratamento.

No Brasil, apesar da existência de políticas públicas voltadas para o combate à violência e às DST, estas se limitam a definir protocolos para o atendimento em casos de violência sexual (BRASIL, 2010). A violência associada à ocorrência de uma DST é um problema grave de saúde que se mantém invisível nos serviços. Os profissionais encontram dificuldade para manejar os casos e não associam as queixas a uma possível condição de violência (VIEIRA et al., 2009; PEDROSA; SPINK, 2011). Quando ocorre entre parceiros íntimos e desencadeados após o diagnóstico de DST, a situação tende a ficar mais complexa, considerando que suscita outras questões do relacionamento, como afetividade e infidelidades.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Este é um estudo de corte transversal, realizado com homens e mulheres atendidos nos serviços de saúde de referência para tratamento de DST em Fortaleza, Ceará, Brasil.

O estudo transversal é uma estratégia de estudo epidemiológico que se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade de indivíduos em única oportunidade. Com esse tipo de estudo, é possível obter uma prevalência, ou seja, a proporção de indivíduos com uma determinada característica. É um excelente método para descrever características de uma população, em uma determinada época, estabelecendo relação de associação entre as características investigadas (MEDRONHO, 2009).

Considerou-se violência entre parceiros íntimos qualquer ato intencional, em uma relação íntima que cause dano físico, psíquico ou sexual aos membros da relação. Este comportamento inclui agressões físicas, violência psicológica, relações sexuais forçadas e outras formas de coação sexual, além de vários comportamentos dominantes, como isolar uma pessoa da família ou amigos, vigiar seus movimentos ou restringir seu direito à informação ou à assistência (KRUG et al., 2002). Neste estudo, foi considerado parceiro íntimo o(a) esposo(a), o(a) namorado(a), o(a) noivo(a) ou qualquer outra pessoa com que se desenvolva relação íntimo-afetiva, independentemente do tempo da relação.

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado em Fortaleza, Ceará, quinta capital do Brasil em população, com 2.452.185 habitantes (IBGE, 2010). Está dividida em seis secretarias executivas regionais (SER), que são territórios delimitados geográfica e administrativamente, que visam a proporcionar a melhoria das condições de vida da população. São gerenciadas por equipes em áreas distintas e estão ligadas na saúde às diretrizes propostas pela Secretaria Municipal de Saúde-SMS (FORTALEZA, 2011).

Atualmente, o Município de Fortaleza conta com uma rede hierarquizada de serviços de saúde municipais, estaduais e federais. Dentre esses serviços, três funcionam com ambulatório de referência para atendimento de pessoas com DST, uma unidade vinculada à SMS, outra à Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e outra ao Governo Federal. Essas

unidades foram implantadas em 1995 por meio de um projeto financiado pela Universidade de Bordeaux em parceria com o MS, as Secretarias de Saúde do Estado do Ceará e do Município de Fortaleza. Essas unidades recebem pessoas com queixas de DST por demanda espontânea ou por encaminhamento da atenção primária e de outros serviços de saúde.

O diagnóstico da DST pode ser sindrômico ou etiológico. O diagnóstico etiológico é realizado após a comprovação da causa, seja por meio de método clínico ou por exames laboratoriais e de imagem. O diagnóstico sindrômico é realizado por meio de um conjunto de sinais e sintomas semelhantes, geralmente pertencentes a um mesmo grupo ou determinadas por causa comum (PORTO, 2009). No caso das DST, o diagnóstico realizado por meio da abordagem sindrômica é uma estratégia recomendada pela OMS e pelo Ministério da Saúde do Brasil e se baseia na identificação de sinais e sintomas facilmente reconhecidos como associados às infecções causadoras da DST (WHO, 2007; BRASIL, 2006b).

### **4.3 População e amostra**

A população do estudo foi composta por pessoas atendidas nos centros de referência para DST que receberam o diagnóstico sindrômico e/ou etiológico de DST.

A amostra foi calculada considerando-se uma população de 8.966 homens e mulheres que receberam atendimento em serviços de referência para DST durante o ano de 2011, frequência esperada de 18% de violência entre parceiros íntimos com DST (MITTAL; SENN; CAREY, 2011), erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%. A amostra mínima necessária para este estudo foi de 221 pessoas. O número de atendimentos dos ambulatórios representou o total obtido nos Serviços de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) de cada uma das unidades de saúde de realização da pesquisa.

#### **Critérios de inclusão**

- Pessoas em acompanhamento e com diagnóstico sindrômico e/ou etiológico de DST;
- portadores de DST que tinham revelado o diagnóstico ao parceiro; e
- portadores de DST que tinham recebido pelos menos duas consultas médicas. O objetivo era que houvesse tempo hábil para que o paciente revelasse o diagnóstico ao parceiro sexual.

### **Critérios de exclusão**

- Portadores do HIV/Aids;
- pessoas com distúrbios mentais; e
- pessoas que não tinham parceiro sexual na ocasião do diagnóstico.

A exclusão de pessoas com HIV/Aids se justifica porque se pretende com este estudo conhecer se a violência compromete o tratamento de pessoas com diagnóstico de DST.

As DST são patologias que devem ser identificadas e tratadas na atenção primária e os esforços para o controle são negligenciados em relação ao HIV/Aids, situação evidenciada em estudo sobre a transmissão vertical do HIV e da sífilis (RAMOS JR et al, 2007). As medidas para impedir a transmissão do HIV/Aids são largamente difundidas nos programas que são financiados, implementados e avaliados de forma independente das outras DST.

#### **4.4 Coleta de dados**

Os dados foram coletados entre os meses de março e setembro de 2012, por meio de um questionário, aplicado face a face aos participantes do estudo. No questionário, constam variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, renda pessoal e familiar); comportamentais (tipo de DST, número de parceiros sexuais, orientação sexual, se teve relação sexual com outra pessoa, uso de álcool e drogas e uso de preservativo); institucionais (abordagem da violência pelo serviço de saúde) e referentes à violência sofrida e praticada antes e após o diagnóstico da DST (natureza da violência, intensidade da sua ocorrência). As variáveis dependentes foram praticar e sofrer VPI após a revelação do diagnóstico de DST ao parceiro.

As questões relacionadas à VPI foram elaboradas utilizando como referência o questionário do Estudo Multipaíses sobre a Saúde da Mulher e Violência Doméstica da OMS e validado no Brasil (KRUG et al., 2002; SCHRAIBER et al., 2010).

Foi realizado um teste-piloto, cujo objetivo foi de aperfeiçoar o questionário, proporcionando maior entendimento das perguntas, evitando dúvidas e possibilitando a realização dos devidos ajustes (MARCONI; LAKATOS, 2006). Foram convidadas a participar da pesquisa todas as pessoas que se encontravam aguardando atendimento nos três ambulatórios de referência para DST.

Neste estudo, o cálculo da prevalência da violência foi realizado tendo como numerador o número de homens e mulheres que responderem positivamente a pelo menos

uma dos critérios definidos como VPI (KRUG et al., 2002) e como denominador o número total de pessoas entrevistadas.

#### **4.5 Análise de dados**

Os dados foram digitados e armazenados utilizando-se o “pacote” estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0. Foi realizada uma análise descritiva utilizando a distribuição de frequências para as variáveis categóricas e cálculo de média e desvio-padrão para as variáveis numéricas. Para a análise bivariada, foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson, e empregado o teste exato de Fisher, quando pertinente, para analisar associações estatísticas entre as variáveis categóricas, estabelecendo um nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%.

Realizou-se análise multivariada pelo pacote estatístico STATA versão 11.0, por meio do modelo de regressão logística, utilizando-se a técnica de Stepwise. Para a análise ajustada, permaneceram as variáveis que tiveram o valor de  $p < 0,05$ . Como medida de efeito, usou-se a razão de chances (OR) com intervalo de confiança de 95%.

#### **4.6 Aspectos ético legais**

A pesquisa atendeu aos princípios éticos preconizados pela Resolução nº. 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Foi conferido aos participantes da pesquisa o direito da autonomia em decidir pela participação ou não. O sigilo da identidade do participante e seus dados foram garantidos a partir do momento da assinatura do Termo de Consentimento. Somente o pesquisador teve acesso aos dados de cada participante. Não é de interesse a pesquisa divulgar os dados individuais dos participantes e sim os resultados gerais esperados nos objetivos da investigação.

A pesquisa apresentou um risco mínimo de dano, podendo ter causado constrangimento às pessoas abordadas. Os benefícios acarretados com o desenvolvimento da pesquisa ficaram por conta da grande contribuição do estudo, que servirá de base para o desenvolvimento de estratégias para minimizar os problemas da VPI ante o diagnóstico de uma DST.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido para todos os participantes da pesquisa, garantindo que todos os participantes da pesquisa tivessem o mesmo nível de informação. Para os participantes menores de 18 anos, desacompanhados dos

pais ou responsáveis, foi solicitada a assinatura do Termo de Assentimento (Apêndice C). Documento do Ministério da Saúde sobre implicações éticas do diagnóstico e da triagem sorológica do HIV ressalta que adolescentes podem decidir sozinhos pela realização do exame do HIV (BRASIL, 2004). Estudo realizado com mulheres de 14 a 20 anos atendidas em clínicas de DST expressa que, como participantes estavam recebendo serviços clínicos confidenciais, o consentimento dos pais para a participação foi dispensado (MILLER et al., 2010). Os participantes da pesquisa rubricaram todas as folhas do TCLE, assinando na última página do referido Termo. O pesquisador responsável, da mesma forma, rubricou todas as folhas do TCLE, assinando na última página do referido Termo.

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, Parecer nº 437/2011, e do Hospital Universitário Walter Cantídio, sob o Parecer nº 043.06.12.

## 5 RESULTADOS

Participaram do estudo 221 pessoas portadoras de DST (40,7% homens e 59,7% mulheres). Foram encontrados 151 (68,3%) pacientes com verruga genital, 41 (18,6%) com sífilis, 18 (8,1%) com herpes genital, sete (3,2%) com gonorreia, dois (0,9%) com tricomoníase e um (0,5%) com DIP e outro com donovanose.

Perpetraram VPI 28,5% (28,1% psicológica, 7,2% física e 0,5% sexual) e sofreram violência 30,3% (27,6% psicológica, 5,9% física e 7,2% sexual). Apenas uma pessoa (0,5%) relatou ter denunciado o parceiro pela violência. Os entrevistados referiram que o tema violência foi abordado por 13 (5,4%) profissionais de saúde durante o atendimento.

A Tabela 1 expressa os dados sociodemográficos de pessoas com DST atendidas em unidades de referência. A idade variou de 12 a 80 anos (média de 30,3), 116 (52,5%) tinham até 29 anos, 132 (59,7%) mais de nove anos de estudo e 178 (80,5%) se declararam não bancos. Pouco mais da metade, 111 (50,2%), vivia em união consensual e 42 (19,0%) eram casados no civil e/ou religioso. A média da renda pessoal foi de R\$ 540,64 reais e a maioria 141 (63,8%) ganhava até um salário mínimo. A renda familiar média foi de R\$ 1.354,00 reais e a maior parte 167 (75,5%) auferia mais de um salário mínimo.

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas de pessoas atendidas em serviços de referência em DST. Fortaleza, Ceará, 2012

Variáveis	Média (DP)	N	%
<b>Sexo</b>			
Feminino		132	59,7
Masculino		89	40,3
<b>Faixa etária (em anos)</b>			
	30,28 (11,7)		
≤ 19		43	19,5
20 - 29		73	33,0
≥ 30		105	47,5
<b>Escolaridade (em anos)</b>			
	9,68 (3,3)		
≤ 4		18	8,1
5 - 9		71	32,2
≥ 10		132	59,7
<b>Cor da pele (auto referida)</b>			
Branca		43	19,5
Não branca		178	80,5
<b>Procedência</b>			
Fortaleza		182	82,4
Outra localidade		89	17,6
<b>Estado civil</b>			
Casado (civil e/ou religioso)		42	19,0
União consensual		111	50,2
Solteiro com parceiro fixo		68	30,8
<b>Trabalha</b>			
Sim		142	64,3
Não		79	35,7
<b>Estuda</b>			
Sim		60	27,1
Não		161	72,9
<b>Renda pessoal (Salários Mínimos)</b>			
	540,69 (497,5)		
≤ 1		141	63,8
> 1		80	36,2
<b>Renda familiar (Salários Mínimos)</b>			
	1354,00 (772,2)		
< 1		53	24,0
≥ 1		167	75,5
Ignorado		01	0,5
<b>Total</b>		<b>221</b>	<b>100</b>

A Tabela 2 traz uma análise bivariada das variáveis sociodemográficas e praticar/sofrer VPI após o diagnóstico de DST. Praticaram e sofreram violência pessoas de mais de 19 anos (30,3% e 32,6%), de menos de cinco anos de estudo (34,6% e 38,5%), que se declararam não brancos (30,3% e 30,9%), que estavam casados ou em união consensual (19,4% e 32,0%), que não estudavam (28,6% e 32,9%) e que tinham renda superior a um salário mínimo (30,0% e 32,5%). Ser do sexo feminino foi a única variável sociodemográfica que apresentou significância estatística para praticar VPI ( $p=0,004$ ), e sofrer violência não esteve associada a nenhuma variável sociodemográfica.

Tabela 2 – Variáveis sociodemográficas associadas a praticar e sofrer violência por parceiro íntimo em pessoas com diagnóstico de DST. Fortaleza, Ceará, 2012

Variáveis	N /%	Praticou violência		Sofreu violência	
		Sim n (%)	valor p	Sim n (%)	valor p
<b>Sexo</b>			0,004		0,547
Feminino	132/59,7	47/35,6		38/28,8	
Masculino	89/40,3	16/18,0		29/32,6	
<b>Faixa etária (em anos)</b>			0,220		0,136
≤ 19	43/19,5	09/20,9		09/20,9	
> 19	178/80,5	54/30,3		58/32,6	
<b>Escolaridade (em anos)</b>			0,463		0,336
≤ 5	26/11,8	09/34,6		10/38,5	
> 5	195/88,2	54/27,7		57/29,2	
<b>Cor da pele (auto referida)</b>			0,220		0,702
Branca	43/19,5	09/20,9		12/27,9	
Não branca	178/80,5	54/30,3		55/30,9	
<b>Procedência</b>			0,662		0,946
Fortaleza	182/82,4	53/29,1		55/30,2	
Outra localidade	39/17,6	10/25,6		12/30,8	
<b>Estado civil</b>			0,655		0,407
Casado / União consensual	153/69,2	45/29,4		49/32,0	
Solteiro	68/30,8	18/26,5		18/26,5	
<b>Trabalha</b>			0,433		0,988
Sim	142/64,3	43/30,3		43/30,3	
Não	79/35,7	20/25,3		24/30,4	
<b>Estuda</b>			0,972		0,168
Sim	60/27,1	17/28,3		14/23,3	
Não	161/72,9	46/28,6		53/32,9	
<b>Renda pessoal</b>			0,711		0,595
≤ 1SM	141/63,8	39/27,7		41/29,1	
> 1 SM	80/36,2	24/30,0		26/32,5	
<b>Total</b>					<b>221</b>

Quando analisadas as variáveis comportamentais das pessoas com DST que praticaram VPI após a revelação do diagnóstico, encontrou-se associação estatisticamente significativa com a idade maior de 15 anos para início das atividades sexuais ( $p=0,016$ ), ter tido parceiro sexual único na vida ( $p=0,004$ ), tempo de relacionamento superior a um ano ( $p=0,025$ ), pessoas cujo parceiro se relacionou sexualmente com outra pessoa durante o relacionamento atual ( $p=0,000$ ), considerar que contraiu a DST na relação sexual ( $p=0,002$ ), pessoas que faziam uso de bebida alcoólica ( $p=0,020$ ) e que tinham cometido violência antes da DST ( $p=0,000$ ).

Sofrer violência esteve associado com ter tido mais de um parceiro nos últimos três meses ( $p=0,000$ ), parceiro ter mantido relações sexuais com outra pessoa durante o relacionamento atual ( $p=0,001$ ), ter se relacionado sexualmente com outra pessoa durante o relacionamento atual ( $p=0,000$ ), considerar ter adquirido a DST na relação sexual ( $p=0,002$ ), fazer uso droga ( $p=0,037$ ), ter praticado violência antes da DST ( $p=0,011$ ) e ter receio de revelar o diagnóstico ao parceiro ( $p=0,008$ ) (Tabela 3).

Tabela 3 – Variáveis comportamentais associadas a praticar e sofrer violência por parceiro íntimo em pessoas com diagnóstico de DST. Fortaleza, Ceará, 2012

Variáveis	N/%	Praticou violência		Sofreu violência	
		Sim n/%	P	Sim n/%	P
<b>Orientação sexual</b>			0,378		0,548
Heterossexual	197/89,1	58/29,4		61/31,0	
Homossexual	24/10,9	05/20,8		06/25,0	
<b>Início da atividade sexual (em anos)</b>			0,016		0,586
≤ 15	98/44,5	20/20,4		28/28,6	
> 15	122/55,5	43/35,2		39/32,0	
<b>Número de parceiros sexuais (últimos 3 meses)</b>			0,927		0,000
1	172/77,8	49/28,5		42/24,4	
> 1	49/22,2	14/28,6		25/51,0	
<b>Número de parceiros (na vida)</b>			0,004		0,192
1	22/10,0	12/54,5		04/18,2	
> 1	199/90,0	51/25,6		63/31,7	
<b>Tempo de relacionamento (em anos)</b>			0,025		0,060
≤ 1	58/26,4	10/17,2		12/20,7	
> 1	162/73,6	53/32,7		55/34,0	
<b>Tipo de DST</b>			0,329		0,133
Verruga genital	151/68,3	40/26,5		41/27,2	
Outra	70/31,7	23/32,9		26/37,1	
<b>Parceiro teve outros parceiros durante o relacionamento atual</b>			0,000		0,001
Sim	135/61,1	42/48,8		37/43,0	
Não	86/38,9	21/15,6		30/22,2	
<b>Teve outros parceiros durante o relacionamento atual</b>			0,531		0,000
Sim	70/31,8	22/31,4		36/51,4	
Não	150/68,2	41/27,3		30/20,0	
<b>Considera ter adquirido a DST na relação sexual</b>			0,716		0,002
Sim	201/91,0	58/28,9		67/33,3	
Não	20/9,0	05/25,0		0/0,0	
<b>Usa álcool</b>			0,020		0,086
Sim	115/52,0	38/35,8		38/35,8	
Não	106/48,0	25/21,7		29/25,2	
<b>Usa droga</b>			0,542		0,037
Sim	10/4,5	02/20,0		06/60,0	
Não	211/95,5	61/28,9		61/28,9	
<b>Praticou violência antes da DST</b>			0,000		0,011
Sim	63/28,5	24/52,2		21/45,7	
Não	158/71,5	39/22,3		46/26,3	
<b>Teve receio de revelar o diagnóstico ao parceiro</b>			0,631		0,008
Sim	65/29,4	20/30,8		28/43,1	
Não	158/70,6	43/27,6		39/25,0	
<b>Total</b>					<b>221</b>

Uma análise feita por sexo, entre as pessoas que praticaram e sofreram violência e as variáveis comportamentais, observou-se significância estatística entre homens e mulheres que praticaram violência contra os seus parceiros íntimos e orientação sexual ( $p=0,013$ ), número de parceiros nos últimos três meses ( $p=0,001$ ), número de parceiros na vida ( $p=0,027$ ), pessoas que tiveram outro parceiro durante o relacionamento atual ( $p=0,000$ ) e uso de álcool

( $p=0,016$ ). Entre as que sofreram violência, houve associação com número de parceiros nos últimos três meses ( $p=0,002$ ), terem mantido relações sexuais com outra pessoa durante o relacionamento atual ( $p=0,000$ ) e fazer uso de bebida alcoólica ( $p=0,006$ ) (Tabela 4).

Tabela 4 – Análise, por sexo, de pessoas com diagnóstico de DST que praticaram e sofreram violência por parceiro íntimo e variáveis comportamentais. Fortaleza, Ceará, 2012

Variáveis	Praticou violência (N=63)			Sofreu violência (N=67)		
	Homem (n=16)	Mulher (n=47)	P	Homem (n=29)	Mulher (n=38)	P
	n/%	n/%		n/%	n/%	
<b>Orientação sexual</b>			0,013			0,391
Heterossexual	12/20,7	46/79,3		25/41,0	36/59,0	
Homossexual	04/80,0	01/20,0		04/66,7	02/33,3	
<b>Início da atividade sexual</b>			0,502			0,660
≤ 15	12/27,9	31/72,1		13/46,4	15/53,6	
> 15	04/20,0	16/80,0		16/41,0	23/59,0	
<b>Nº de parceiros nos últimos 3 meses</b>			0,000			0,002
1	07/14,3	42/85,7		12/28,6	30/71,4	
> 1	09/64,3	05/35,7		17/60,0	08/32,0	
<b>Nº de parceiros na vida</b>			0,027			0,127
≤ 1	0/0,0	12/100,0		0/0,0	04/100,0	
> 1	16/31,4	35/68,6		29/46,0	34/54,0	
<b>Tipo de DST</b>			0,924			0,802
Verruga genital	10/25,0	30/75,0		17/41,5	24/58,5	
Outras	06/26,1	17/73,9		12/46,2	14/53,8	
<b>Uso do preservativo durante o tratamento</b>			0,590			0,219
Sim	07/29,2	17/70,8		13/52,0	12/48,0	
Não	09/23,1	30/76,9		15/36,6	26/63,4	
<b>Teve outro parceiro durante o relacionamento atual</b>			0,000			0,000
Sim	12/54,4	10/45,5		24/66,7	12/33,3	
Não	04/9,8	37/90,2		04/13,3	26/86,7	
<b>Usa álcool</b>			0,010			0,006
Sim	14/36,8	24/63,2		22/57,9	16/42,1	
Não	02/8,0	23/92,0		07/24,1	22/75,9	
<b>Usa drogas</b>			0,446			0,078
Sim	01/50,0	01/50,0		05/83,3	01/16,7	
Não	15/24,6	46/75,4		24/39,3	37/60,7	

A Tabela 5 mostra a análise, por sexo, de pessoas com diagnóstico de DST que praticaram e sofreram VPI e as variáveis comportamentais do parceiro sexual. O parceiro ter se relacionado com outra pessoa durante a relação atual ( $p=0,001$ ;  $p=0,000$ ) e o uso de bebida alcoólica ( $p=0,016$ ;  $p=0,000$ ) mostraram associação estatisticamente significativa com praticar e sofrer violência, respectivamente.

Tabela 5 – Análise, por sexo, de pessoas com diagnóstico de DST que praticaram e sofreram violência por parceiro íntimo e variáveis comportamentais dos parceiros sexuais. Fortaleza, Ceará, 2012

Variáveis	Praticou violência (N=63)			Sofreu violência (N=67)		
	Homem (n=16)	Mulher (n=47)	P	Homem (n=29)	Mulher (n=38)	P
	n/%	n/%		n/%	n/%	
<b>Parceiro tinha sintomas de DST</b>			0,777			0,941
Sim	08/23,5	26/76,5		15/42,9	20/57,1	
Não	08/27,6	21/72,4		14/43,8	18/56,3	
<b>Parceiro foi tratado</b>			0,723			0,386
Sim/em tratamento	06/23,1	20/76,9		14/51,9	13/48,1	
Não	10/27,0	27/73,0		15/37,5	25/62,5	
<b>Teve outros parceiros durante o relacionamento atual</b>			0,001			0,000
Sim	05/11,9	37/88,1		08/21,6	29/78,4	
Não	11/52,4	10/47,6		21/70,0	09/30,0	
<b>Usa álcool</b>			0,016			0,000
Sim	09/18,4	40/81,6		13/28,3	33/71,7	
Não	07/50,0	07/50,0		16/76,2	05/23,8	
<b>Usa droga ilícita</b>			0,077			0,067
Sim	0/0,0	08/100,0		01/11,1	08/88,9	
Não	16/29,1	39/70,9		28/48,3	30/51,7	
<b>Já foi violento antes da DST</b>			0,517			0,624
Sim	06/25,4	22/78,6		13/39,4	20/60,6	
Não	10/28,6	25/71,4		16/47,1	18/52,9	

As Tabelas 6 e 7 exprimem uma análise multivariada não ajustada e ajustada para praticar e sofrer violência após o diagnóstico de DST.

Praticar violência apresentou associação estatisticamente significativa com uso de álcool (OR: 2,79; IC: 1,25-6,22;  $p=0,012$ ), o parceiro ter se relacionado com outra pessoa durante o relacionamento atual (OR: 4,71; IC: 2,24-9,91;  $p=0,000$ ), ter cometido violência anterior a DST (OR: 2,87; IC: 1,22-6,73;  $p=0,015$ ) e ter sofrido violência após o diagnóstico de DST (OR: 6,53; IC: 3,06-13,93;  $p=0,000$ ) (Tabela 6).

Sofrer VPI exibiu significância estatística com ter tido outro parceiro durante o relacionamento atual (OR: 3,72; IC: 1,91-7,26;  $p=0,000$ ), parceiro usar álcool (OR: 2,16; IC: 1,08-4,33;  $p=0,026$ ), sofrer violência antes do diagnóstico de DST (OR: 2,87; IC: 1,44-5,69;  $p=0,003$ ) e ter receio de revelar o diagnóstico ao parceiro (OR: 2,66; IC: 1,32-5,32;  $p=0,006$ ) (Tabela 7).

Tabela 6 – Análise de regressão logística multivariada, ajustada e não ajustada, da prática de VPI após a revelação do diagnóstico de DST e variáveis sociodemográficas e comportamentais. Fortaleza, Ceará, 2012

Variáveis	Praticou violência							
	n/N	%	Não ajustado			Ajustado		
OR			(IC-95%)	Valor p	OR	(IC-95%)	Valor p	
<b>Sexo</b>					0,004	-	-	-
Feminino	47/132	35,6	1					
Masculino	16/89	18,0	2,5	(1,27-5,16)				
<b>Uso de álcool pelo portador da DST</b>					0,020	2,79	(1,25-6,22)	0,012
Sim	38/106	35,8	1					
Não	25/115	21,7	2,0	(1,06-3,82)				
<b>Uso de álcool pelo parceiro</b>					0,001	-	-	-
Sim	49/127	38,6	1					
Não	14/94	14,9	3,6	(1,76-7,58)				
<b>Início das atividades sexuais</b>					0,007	-	-	-
≤ 15	49/192	25,5	1					
> 15	14/28	50,0	0,34	(0,14-0,83)				
<b>Número de parceiros sexuais na vida</b>					0,004	0,11	(0,03-0,36)	0,000
>1	51/199	80,9	1					
1	12/22	19,5	0,28	(0,10-0,77)				
<b>Tempo de relacionamento</b>					0,025	-	-	-
> 1	53/162	32,7	1					
Ate 1	10/58	17,2	2,33	(1,05-5,56)				
<b>Parceiro teve outro parceiro sexual</b>					0,000	4,71	(2,24-9,91)	0,000
Sim	42/86	48,8	1					
Não	21/135	15,6	5,18	(2,64-10,24)				
<b>Sofrer violência antes da DST</b>					0,003	-	-	-
Sim	28/67	41,8	1					
Não	35/154	22,7	2,44	(1,25-4,71)				
<b>Foi violento antes da DST</b>					0,001	2,87	(1,22-6,73)	0,015
Sim	24/46	52,1	1					
Não	39/175	22,3	3,80	(0,44-0,87)				
<b>Sofreu violência após a DST</b>					0,000	6,53	(3,06-13,93)	0,000
Sim	38/67	56,7	1					
Não	25/154	16,2	6,76	(3,37-13,5)				

Tabela 7 – Análise de regressão logística multivariada, ajustada e não ajustada, de sofrer VPI após a revelação do diagnóstico de DST e variáveis comportamentais. Fortaleza, Ceará, 2012

Variáveis	n/N	%	Sofrer violência					
			Não ajustado		Valor p	Ajustado		Valor p
			OR	(IC-95%)		OR	(IC-95%)	
<b>Usa droga</b>					0,036	-	-	-
Sim	06/10	60,0	1					
Não	61/211	28,9	3,68	(0,83-18,2)				
<b>Teve outro parceiro durante o relacionamento atual</b>					0,000	3,72	(1,91-7,26)	0,000
Sim	36/70	51,4	1					
Não	30/150	20,0	4,23	(2,18-8,21)				
<b>Parceiro usa álcool</b>					0,026	2,17	(1,08- 4,33)	0,028
Sim	46/127	36,2	1					
Não	21/94	22,3	1,97	(1,03-3,81)				
<b>Sofreu violência antes da DST</b>					0,001	2,87	(1,44-5,69)	0,003
Sim	33/67	49,2	1					
Não	34/154	22,8	3,42	(1,77-6,60)				
<b>Receio de revelar o diagnóstico</b>					0,007	2,66	(1,32-5,32)	0,006
Sim	28/65	43,1	1					
Não	39/156	25,0	2,27	(1,17-4,36)				
<b>Nº de parceiros nos últimos três meses</b>					0,000	-	-	-
1	42/172	24,4	1					
> 1	25/49	51,0	0,31	(0,15-0,63)				

## 6 DISCUSSÃO

A prevalência de violência perpetrada e sofrida por parceiro íntimo após a revelação do diagnóstico de DST foi de 28,5% e 30,3%, respectivamente. Estudo realizado em Nova Iorque, com mulheres recrutadas de uma clínica de DST, encontrou que a prevalência de VPI foi de 18% nos últimos três meses e 57% relataram a ocorrência de VPI alguma vez na vida (MITTAL; SENN; CAREY, 2011). Apenas uma pessoa denunciou o abuso do companheiro na delegacia e, entre as pessoas que sofreram agressões, três julgaram necessitar de cuidados médicos, mas nenhuma procurou atendimento. Vítimas de violência alegam vergonha de expor o problema e medo da reação do companheiro como os principais motivos para não procurar ajuda (MIRANDA; PAULA; BORDIN, 2010).

Vários fatores, incluindo história familiar de abuso, altos níveis de violência na comunidade, violência estrutural, discriminação e o racismo, são conhecidos por contribuir para o aumento do risco de VPI em ambientes onde as relações e famílias são assoladas pela pobreza (STUEVE; O'DONNELL, 2008). Em sua maioria, os participantes da pesquisa que relataram ter perpetrado ou sofrido algum tipo de violência se declararam não brancos e com baixa renda, apesar de o fato não ter se mostrado estatisticamente significativo.

Na análise bivariada das variáveis sociodemográficas, apenas o sexo apresentou-se estatisticamente significativo para a prática de VPI ( $p=0,004$ ), não se mantendo na análise multivariada ( $p=0,095$ ). Estudo de base populacional, realizado com mulheres e homens suecos, encontrou que mais mulheres do que homens relataram praticar VPI (LÖVESTAD; KRANTZ, 2012). As mulheres referiram se envolver mais que os homens em episódios de perpetração da VPI, situação também encontrada em uma pesquisa brasileira que estimou a prevalência de VPI e o consumo de álcool durante os eventos violentos (ZALESKI et al., 2010). É possível que, em decorrência das leis que visam a coibir a violência contra a mulher, os homens subnotifiquem a perpetração da violência contra as suas parceiras.

A bebida alcoólica é um forte determinante da VPI (TUMWESIGYE et al., 2012). Pessoas que fazem uso de álcool têm duas vezes mais chances de praticar VPI, após a revelação do diagnóstico de DST e as chances são as mesmas para sofrer violência quando o parceiro faz uso de álcool. O álcool reduz o autocontrole, afeta o funcionamento cognitivo e físico (RAY et al., 2009), o que pode reduzir a capacidade do indivíduo para resolução dos conflitos do relacionamento de forma não violenta. O consumo de álcool faz aumentar a ocorrência e a gravidade da violência doméstica (FONSECA et al., 2009).

Pessoas que vivenciam situação de violência estão mais propensas a contrair DST (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; FRANÇA JÚNIOR, 2008; SENN; CAREY; VANABLE, 2010; BARROS; SCHRAIBER; FRANÇA JÚNIOR, 2011; MITTAL; SENN; CAREY, 2011) e os adolescentes estão mais expostos ao comportamento sexual de risco (SILVERMAN et al., 2011). Estudo realizado com homens heterossexuais em Nova Iorque, que avaliou a relação entre perpetração de VPI e uso inconsistente do preservativo encontrou que homens que perpetraram violência física contra suas parceiras tinham metade da probabilidade de relatar uso consistente do preservativo, em comparação com os homens que não praticaram violência (FRYE et al., 2011). A violência dificulta a inserção de práticas preventivas das DST, pois pessoas que vivenciam a VPI têm receio de solicitar o uso do preservativo nas relações sexuais (SILVERMAN et al., 2011).

A violência por parceiro íntimo é uma situação complexa e desafiadora. Neste estudo, chama atenção o fato de que a proporção de violência sexual foi maior do que de violência física. No ambiente privado, a VPI pode ocorrer de maneira mais sutil e passar despercebida até pela própria vítima, e, quando percebida, é comum que os mesmos evitem procurar ajuda, preferindo o silêncio em razão do medo das ameaças (MIRANDA; PAULA; BORDIN, 2010). Quando associada ao diagnóstico da DST, é possível que a situação tenda a se agravar, considerando que as pessoas são orientadas a evitar relações sexuais durante o período de tratamento, levando os parceiros a não aceitarem tal condição, exigindo atividade sexual forçada.

Estudo realizado na Tanzânia, com homens que tinham múltiplas parceiras sexuais simultâneas, mostrou que eles se tornam violentos quando suas parceiras questionam sua fidelidade e que forçam suas parceiras fixas a manter relações quando estas resistem em satisfazer suas vontades sexuais (LARY et al., 2004).

As questões que envolvem a VPI são complexas, multifatoriais e de solução difícil. Em se tratando de pessoas com diagnóstico de DST, a possibilidade da infidelidade como um dos motivos para o surgimento da DST pode ser uma das principais causas da VPI. As chances de praticar a violência contra o parceiro íntimo foram quatro vezes maiores quando o paciente tinha conhecimento de que seu parceiro se relacionado sexualmente com outra pessoa durante o relacionamento atual. Já para as pessoas que se relacionaram com outra pessoa além do parceiro fixo, as chances de sofrer violência foram três vezes maiores.

A infidelidade, especialmente quando praticada pela mulher, é pouco tolerada na sociedade e o diagnóstico de uma DST em algum dos membros da relação pode ser considerado como a comprovação da traição. Este estudo mostrou que o diagnóstico de DST desencadeia

atos violentos na relação e o profissional de saúde deve considerar esse aspecto durante o aconselhamento, especialmente a convocação dos parceiros sexuais. Esse pode ser um motivo importante da dificuldade em tratar os parceiros sexuais de portadores de DST, já retratado na literatura científica (DECKER et al., 2011). Por esse motivo, o aconselhamento deve discutir esse aspecto da violência, visando a contribuir para evitar o desencadeamento dessas reações entre parceiros sexuais íntimos. Ante a suspeita de relações extraconjugais por parte do parceiro, mulheres podem se tornar abusivas por causa do ciúme (DUDE, 2011).

As mulheres frequentam mais o serviço de saúde e têm mais oportunidades de ser diagnosticadas com DST, uma vez que os serviços de atenção primária estão voltados para a saúde da mulher. Já os homens, tradicionalmente, evitam procurar os serviços de saúde, que têm um acolhimento pouco atrativo, com a inexistência de programas voltados para a saúde masculina. Ademais, o horário de funcionamento dos serviços de atenção primária é incompatível com o horário do homem que trabalha (GOMES et al., 2011).

A maioria das pesquisas sobre violência é realizada com mulheres e as consideram vítimas de violência (FRANK; COELHO; BOING, 2010), no entanto, em contraste com outras formas de violência interpessoal, a VPI é, muitas vezes, perpetrada também por mulheres (REICHENHEIM et al., 2006; ZALESKI et al., 2010).

A reciprocidade de atos violentos é comum em relações íntimas (WHITAKER et al., 2007; O'DONNELL et al., 2009), situação que parece ter ocorrido também entre as pessoas com DST envolvidas neste estudo, ao encontrar que aquelas que praticaram violência após a revelação da DST tinham seis vezes mais chance de sofrer VPI.

Estudo realizado com adultos jovens dos EUA encontrou que, em cerca da metade das relações violentas, os atos eram recíprocos, que as mulheres estão em maior risco para sofrer violência mais grave e que estas foram as autoras da violência em mais de 70% dos casos (WHITAKER et al., 2007).

Atualmente, um dos principais entraves para o controle das DST, especialmente da sífilis congênita, consiste no tratamento dos parceiros sexuais (CAMPOS et al., 2010). É possível que, por medo da reação do parceiro, muitos não sejam comunicados da infecção e por esse motivo não compareçam ao serviço para avaliação e tratamento.

É importante destacar o fato de que o tratamento do parceiro sexual é fundamental para a quebra da cadeia de transmissão das DST, e que a VPI pode comprometer a eficácia do tratamento, uma vez que pode ocorrer a não revelação do diagnóstico ao parceiro por medo da reação (DECKER et al., 2011), tornando ineficaz o tratamento da DST, já que existe a possibilidade de manutenção das relações sexuais.

A dificuldade de tratar os parceiros sexuais das pessoas com DST é uma realidade que se mostra de solução difícil pelos métodos tradicionais de convocação de parceiros pelos serviços de saúde (GOLDEN et al., 2005). Apesar de mais ênfase ser expressada no HIV (RUTLEDGE, 2009), a comunicação ao parceiro é fundamental, independentemente da DST, pois proporciona aos parceiros expostos a oportunidade de avaliação e tratamento médico, limitando a propagação da infecção.

Na Califórnia, mulheres em situação de VPI relatam medo de revelar o diagnóstico de DST ao parceiro, e que estes procuraram menos os serviços de testagem e tratamento para as DST (DECKER et al., 2011). Nessa pesquisa, pessoas que relataram ter tido receio de revelar o diagnóstico de DST ao parceiro apresentaram duas vezes mais chance de sofrer VPI após a revelação. É provável que essas pessoas já vivessem em situação de violência e, conseqüentemente, temiam a reação do parceiro.

O aconselhamento é uma importante estratégia para a notificação do parceiro e adesão ao tratamento. Essa estratégia tem um impacto significativamente positivo no encaminhamento para tratamento de parceiros sexuais de pessoas com DST (ALAM et al., 2011). Faz-se necessário investigar, durante o aconselhamento dos pacientes com DST, até que ponto a VPI está desencadeando o medo de revelação do diagnóstico ao parceiro e discutir opções juntamente com o paciente.

A VPI deve ser considerada em resposta à comunicação de um diagnóstico de DST ao parceiro sexual. As situações de violência vivenciada por usuárias dos serviços de saúde não são identificadas ou abordadas nos serviços. Gestores e profissionais de saúde, embora reconheçam a magnitude do problema, se acham limitados para atender essa demanda (OSIS; DUARTE; FAUNDES, 2012). A maioria (94,1%) dos usuários dos serviços de referência para DST referiu que o tema violência nunca foi abordado por profissionais de saúde durante o atendimento, evidenciando a falta de abertura desses profissionais para tratar temas delicados. Essa dificuldade decorre, em parte, da falta de contato com o tema durante a formação acadêmica (PEDROSA; SPINK, 2011) e também do não reconhecimento da violência como um problema de saúde (VIEIRA et al., 2009).

Mulheres que convivem com VPI repetitiva expressam maior frequência de uso de serviços de saúde e de agravos à sua saúde; o maior uso relaciona-se à gravidade da situação de violência, bem como à sua repetição (SCHRAIBER et al., 2010). Identificar se o usuário dos serviços de referência para DST vivencia situação de violência é uma importante questão que deve ser trabalhada pelos profissionais de saúde. Pessoas que já tinham sofrido violência antes da DST tiveram duas vezes mais chances de sofrer violência após o

diagnóstico do que aquelas que nunca tinham vivenciado a VPI. Estudo realizado em Nova Iorque, com mulheres economicamente desfavorecidas, encontrou que aquelas que sofrem VPI uma vez na vida estão em risco de ocorrência repetida da violência (O'DONNELL et al., 2009).

Perpetração está relacionada a viver com o parceiro (O'DONNELL et al., 2009). Nessa pesquisa, praticar e sofrer a VPI foram mais frequentes entre as pessoas casadas ou em união consensual e a perpetração da violência esteve associada a pessoas com mais de um ano de relacionamento, o que pode aumentar as oportunidades de violência e relações de tensão entre os membros da relação.

A perpetração da VPI após o diagnóstico de DST esteve associada à prática da violência anteriormente à DST, confirmando a natureza repetitiva da VPI. Esse tipo de violência é de rompimento difícil, pois envolve questões afetivas, econômicas e familiares. Mulheres vítimas de violência física chegam a se separar dos seus companheiros por causa das agressões, mas cerca de dois terços voltam ao convívio com o agressor (MIRANDA; PAULA; BORDIN, 2010).

Os dados deste estudo devem ser interpretados com cautela, em razão de algumas limitações. Como se trata de DST e violência, dois temas delicados, de abordagem difícil e de natureza íntima, os entrevistados podem ter omitido algumas informações, comprometendo a veracidade das respostas.

A generalização dos resultados é de alcance limitado, representado as pessoas com DST que procuram atendimento em serviços de saúde, não sendo representativa de toda a população com DST da cidade de Fortaleza. Estes resultados, contudo, destacam a importância de considerar o problema da violência como um dos aspectos que pode estar dificultando o tratamento dos parceiros sexuais de portadores de DST. E por outro lado, pode contribuir para repensar as estratégias para a convocação desses parceiros e, conseqüentemente, o controle dessas patologias.

Os homens e mulheres que demandaram atendimento em clínicas de DST expressaram alta prevalência de verruga genital. Nesse estudo, a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) atingiu 68,3% dos entrevistados, com predominância entre as mulheres (60,3% *versus* 39,7%), superior à taxa global de infecção pelo HPV de pessoas que procuram serviços de DST no Brasil, (41,2%) (BRASIL, 2008). Uma questão importante que deve ser considerada é que, neste estudo, só foram incluídas pessoas que tinham diagnóstico clínico e/ou etiológico de DST.

O longo período de incubação de algumas DST pode minimizar o problema da VPI após o diagnóstico da DST. As pessoas com mais de um parceiro sexual na vida e que

tenham verruga genital praticaram menos VPI. A possibilidade de a infecção ter sido contraída em uma relação anterior deve ser expressa pelo profissional de saúde, já que isso pode atenuar os conflitos gerados pela revelação do diagnóstico ao parceiro.

Vale destacar, também, o fato de que todas as pessoas que acreditavam ter contraído a DST por outro meio que não a relação sexual, não praticaram nenhum ato violento contra o seu parceiro. Não se justifica, no entanto, que profissionais de saúde forneçam informações infundadas sobre as formas de contaminação, por não saberem lidar com os conflitos gerados na relação, situação não rara no atendimento a pessoas com DST (ARAÚJO; SILVEIRA, 2007). Somente estando informado sobre as formas de contaminação e prevenção, a pessoa pode perceber a relação entre o seu comportamento, a doença e medidas eficazes de proteção.

A VPI após a revelação do diagnóstico de DST sinaliza para o fato de que os profissionais que atendem essa demanda devem identificar as dificuldades enfrentadas pelo paciente ao revelar o diagnóstico ao parceiro e também se colocar à disposição para ajudar na revelação.

## 7 CONCLUSÃO

A exemplo do que ocorre em vários segmentos da sociedade, a VPI é uma realidade também entre pessoas com DST, situação muitas vezes totalmente desconsiderada durante o atendimento dessas pessoas e, especialmente, na ocasião do aconselhamento.

A prevalência elevada de VPI sugere que esta é uma população crítica, para a qual devem ser direcionados esforços de intervenção, e que os serviços de referência para atendimento das DST podem ser locais estratégicos para identificar e prevenir a VPI.

Fazer uso de bebida alcoólica, o parceiro ter se relacionado com outra pessoa durante o relacionamento atual, ter cometido violência anterior a DST e ter sofrido violência após o diagnóstico de DST aumentam as chances de praticar VPI após a revelação do diagnóstico de DST. E pessoas que tiveram outro parceiro durante o relacionamento atual, cujo parceiro usava álcool, que sofreram violência antes do diagnóstico de DST e que relataram receio de revelar o diagnóstico ao parceiro tiveram as chances aumentadas para sofrer violência.

Os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de esforços conjuntos e que profissionais e gestores de saúde estejam comprometidos com os programas de prevenção das DST e promoção de uma cultura de paz, a fim de reforçar a mudança de comportamento entre aqueles afetados pela DST e em risco para VPI.

As orientações de prevenção e promoção da saúde devem abordar os medos relacionados à comunicação do diagnóstico de DST ao parceiro, particularmente entre aqueles que sofreram VPI. A ameaça potencial de dano psicológico, físico e sexual em resposta à revelação também devem ser considerada.

As consequências da comunicação da DST ao parceiro devem ser discutidas com todos os usuários em acompanhamento, especialmente aqueles com uma história de VPI. Tais discussões devem incluir a triagem e o apoio para os temores que cercam os conflitos produzidos no relacionamento pela comunicação do diagnóstico de DST ao parceiro.

O aconselhamento é uma importante estratégia de segurança para a comunicação da DST ao parceiro, que deve ser incluída na rotina dos serviços de atendimento às pessoas com DST, visando a coibir os conflitos gerados na relação pelo diagnóstico de DST.

## REFERÊNCIAS

- ALAM, N.; STREATFIELD, P. K.; SHAHIDULLAH, M.; MITRA, D.; VERMUND, S. H.; KRISTENSEN, S. Effect of single session counselling on partner referral for sexually transmitted infections management in Bangladesh. **Sex. Transm. Infect.**, v. 87, n. 1, p. 46-51, Feb. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3022998/pdf/nihms-251499.pdf>>.
- ALLSWORTH, J. E.; ANAND, M.; REDDING, C. A.; PEIPERT, J. F. Physical and sexual violence and incident sexually transmitted infections. **J. Womens Health (Larchmt)**, v. 18, n. 4, p. 529-534, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2872208/pdf/jwh.2007.0757.pdf>>.
- ANTAI, D. Controlling behavior, power relations within intimate relationships and intimate partner physical and sexual violence against women in Nigeria. **BMC Public Health**, v. 11, p. 1-11, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-511.pdf>>.
- ARAÚJO, M. A. L.; SILVEIRA, C. B. Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível - DST. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 479-486, dez. 2007.
- ARAÚJO, M. A. L.; VIEIRA, N. F. C.; SILVA, R. M. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1899-1906, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n6/a25v13n6.pdf>>.
- BARROS, C.; SCHRAIBER, L. B.; FRANCA-JUNIOR, I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/1924.pdf>>.
- BASTOS, F. I; CUNHA, C. B; HACKER, M. A.; GRUPO DE ESTUDOS EM POPULAÇÃO, SEXUALIDADE E AIDS. Sinais e sintomas associados às doenças sexualmente transmissíveis no Brasil, 2005. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, p. 98-108, jun. 2008. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42s1/12.pdf>>.
- BELDA JR., W. **Doença sexualmente transmissível**. São Paulo: Atheneu, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2010.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009**. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm)>.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Prevalências e Frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005**. Brasília, 2008. 224 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevalencia\\_frequencia\\_relativas\\_dst.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevalencia_frequencia_relativas_dst.pdf)>.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha:** lei n. 11340, de 7 de agosto de 2006: coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, 2006a. Disponível em: <<http://www.sepm.gov.br/legislacao-1/lei-maria-da-penha/leimariadapenha-1.pdf>>.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle Doenças Sexualmente Transmissíveis DST.** 4. ed. Brasília, 2006b. 142 p. (Série Manuais, n. 68). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_controle\\_das\\_dst.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento:** norma técnica. Brasília, 2005a. 33 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno n. 4). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual:** perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília, 2005b. 21 p. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno n. 7). Disponível em: <[http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/direitos-sexuais-e-reprodutivos/aspectos\\_%20juridicos\\_do\\_%20atendimento\\_as\\_vitimas\\_de\\_violencia\\_sexual.pdf](http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/direitos-sexuais-e-reprodutivos/aspectos_%20juridicos_do_%20atendimento_as_vitimas_de_violencia_sexual.pdf)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes:** norma técnica. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, 2005c. 68 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno n. 6). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno6\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno6_saude_mulher.pdf)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV.** Brasília, 2004. 64 p. (Série Legislação, n. 2). Disponível em: <[http://www.aids.df.gov.br/sites/400/446/000000\\_14.pdf](http://www.aids.df.gov.br/sites/400/446/000000_14.pdf)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar:** orientações para a prática em serviço. Brasília, 2002. 96 p. (Série Cadernos de Atenção Básica, n. 8; Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 131). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_19.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 196/96. Decreto nº 9.333 de janeiro de 1987. Estabelece critérios para pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2, 1996.

CAMPOS, A. L. A.; ARAÚJO, M. A. L.; MELO, S. P. de; GONÇALVES, M. L. C. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1747-1755, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/08.pdf>>.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Situação da saúde no Ceará.** Fortaleza, 2011a.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado do Ceará. **Secretaria de justiça e cidadania**. Fortaleza, 2010. Disponível em: <<http://www.sejus.ce.gov.br/>>. Acesso em: 15 out. 2011b.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.4, p. 1073-1083, 2009. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63011692009.pdf>>.

DE FERRANTE, F. G.; SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. **Interface: Comun. Saúde Educ.**, v. 13, n. 31, p. 287-299, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a05v1331.pdf>>.

DECKER, M. R.; MILLER, E.; McCAULEY, H. L.; TANCREDI, D. J.; LEVENSON, R. R.; WALDMAN, J.; SCHOENWALD, P.; SILVERMAN, J. G. Intimate partner violence and partner notification of sexually transmitted infections among adolescent and young adult family planning clinic patients. **Int. J. STD AIDS**, v. 22, n. 6, p. 345-347, 2011.

DUDE, A. M. Spousal intimate partner violence is associated with HIV and other stis among married rwandan women. **AIDS and Behavior**, v. 15, n. 1, p. 142-152, Jan. 2011.

DUQUE, L. F.; MONTOYA N. E.; RESTREPO A. Violence witnessing, perpetrating and victimization in medellin, Colombia: a random population survey. **BMC Public Health**, v. 11, p. 628, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-628.pdf>>.

DURAND, J. G.; SCHRAIBER, L. B. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 10, n. 3, p. 310-322, Sept. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n3/02.pdf>>.

FONSECA, A. M.; FERNANDES GALDURÓZ, J. C.; TONDOWSKI, C. S.; NOTO, A. R. et al. Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 743-749, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/24.pdf>>.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Unidades Básicas de Saúde**. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br>>. Acesso em: 23 out. 2011.

FRANK, S; COELHO, E. B. S.; BOING, A. F. Perfil dos estudos sobre violência contra a mulher por parceiro íntimo: 2003 a 2007. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 27, n. 5, p. 376-381, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n5/a08v27n5.pdf>>.

FRYE, V.; OMPAD, D.; CHAN, C.; KOBLIN, B.; GALEA, S.; VLAHOV, D. Intimate partner violence perpetration and condom use-related factors: associations with heterosexual men's consistent condom use. **AIDS Behav.**, v. 15, n. 1, p. 153-162, 2011.

GOLDEN, M. R.; WHITTINGTON, W. L. H.; HANDSFIELD, H. H.; HUGHES, J. P.; STAMM, W. E.; HOGBEN, M.; CLARK, A.; MALINSKI, C.; HELMERS, J. R. L.; THOMAS, K. K.; HOLMES, K. K. Effect of expedited treatment of sex partners on recurrent

or persistent gonorrhoea or chlamydial infection. **The New England Journal of Medicine**, v. 352, n. 7, p. 1533-4406, 2005. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa041681>>.

GOMES, R.; MOREIRA, M. C. N.; NASCIMENTO, E. F. do; REBELLO, L. E. F. de S.; COUTO, M. T.; SCHRAIBER, L. B. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 983-992, 2012. Suplemento 1. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/630/63018473030.pdf>>.

GUEDES, R. N; SILVA, A. T. M. C; FONSECA, R. M. G. S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Esc. Anna Nery Rev. de Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 625-631, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a24.pdf>>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 18 set. 2011.

KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 695-701, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/31926/33912>>.

KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, R. (Eds.). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>>.

LARY, H.; MAMAN, S.; KATEBALILA, M.; McCAULEY, A.; MBWAMBO, J. Exploring the association between HIV and violence: young people's experiences with infidelity, violence and forced sex in Dar es Salaam, Tanzania. **Int. Fam. Plan. Perspect.**, v. 30, n. 4, p. 200-206, Dec. 2004. Disponível em: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3020004.pdf>>.

LÖVESTAD, S; KRANTZ, G. Men's and women's exposure and perpetration of partner violence: an epidemiological study from Sweden. **BMC Public Health**, v. 12, p. 945, 2012. doi:10.1186/1471-2458-12-945. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-12-945.pdf>>.

LUPPI, C. G.; JONES, H.; JESUS, C. H. de; PINHO, A. A.; RIBEIRO, M. C.; CAIAFFA-FILHO, H. Diagnóstico precoce e os fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis em mulheres atendidas na atenção primária. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.14, n. 3, p. 467-477, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n3/11.pdf>>.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisas**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MILLER, E.; DECKER, M. R.; RAJ, A.; REED, E.; MARABLE, D.; SILVERMAN, J. G. Intimate partner violence and health care-seeking patterns among female users of urban adolescent clinics. **Matern. Child Health J.**, v. 14, n. 6, p. 910-917, 2010. Disponível em: <[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2962886/pdf/10995\\_2009\\_Article\\_520.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2962886/pdf/10995_2009_Article_520.pdf)>.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Orgs.). **Análise diagnóstica da política para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MIRANDA, A. E.; LIMA, B. M. C.; GOLUB, A. G. J. E.; TALHARI, S. Behavior assessment of women attending a sexually transmitted disease clinic in Vitória, Brazil. **An. Bras. Dermatol.**, v. 87, n. 2, p. 197-202, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v87n2/v87n2a02.pdf>>.

MIRANDA, M. P. M.; PAULA, C. S.; BORDIN, I. A. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 27, n. 4, Apr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n4/a09v27n4.pdf>>.

MITTAL, M.; SENN, T. E; CAREY, M. P. Mediators of the relation between partner violence and sexual risk behavior among women attending a sexually transmitted disease clinic. **Sex. Transm. Dis.**, v. 38, n. 6, p. 510-515, Jun. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3106110/pdf/nihms273144.pdf>>

MOURA, L. B. A.; GANDOLFI, L.; VASCONCELOS, A. M. N.; PRATESI, R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 944-953, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/0509.pdf>>.

O'DONNELL, L.; AGRONICK, G.; DURAN, R.; MYINT-U, A.; STUEVE, A. Intimate partner violence among economically disadvantaged young adult women: associations with adolescent risk-taking and pregnancy experiences. Perspectives. **Perspect. Sex. Reprod. Health**, v. 41, n. 2, p. 84-91, 2009.

OLIVEIRA, J. B. de; LIMA, M. C. P.; SIMÃO, M. O.; CAVARIANI, M. B.; TUCCI, A. M.; KERR-CORRÊA, F. Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 26, n. 6, p. 494-501, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n6/04.pdf>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência**. Genebra, 2012. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf)>.

\_\_\_\_\_. **Guia para tratamento das infecções sexualmente transmissíveis**. Genebra, 2005.

OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; FAUNDES, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 351-358, 2012.

PARENTE, E. O.; NASCIMENTO, R. O.; VIEIRA, L. J. E. S. Enfrentamento da violência doméstica por um grupo de mulheres após a denúncia. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 445-465, maio/ago. 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/12061/11346>>.

PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 124-135, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/15.pdf>>.

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

RAMOS JR., A. N.; MATIDA, L. H.; SARACENI, V.; VERAS, M. A. de. S. M.; PONTES, R. J. S. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. S370-S378, 2007. Suplemento 3. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s3/05.pdf>>.

RAMOS, C. R. A.; MEDICCI, V. P. G.; PUCCIA, M. I. R. Mulheres vitimadas sexualmente – perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um centro de referência. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, v. 27, n. 1, p. 22-27, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2009/v27n1/a004.pdf>>.

RAY, L. A.; MACKILLOP, J.; LEVENTHAL, A.; HUTCHISON, K. E. Catching the alcohol buzz: an examination of the latent factor structure of subjective intoxication. **Alcohol Clin. Exp. Res.**, v. 33, n. 12, p. 2154-2161, Dec. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3081518/pdf/nihms235811.pdf>>.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L.; SZKLO, A.; HASSELMANN, M. H.; SOUZA, E. R. de; LOZANA, J. de A.; FIGUEIREDO, V. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, Feb. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n2/20.pdf>>.

RODRIGUES, R. I.; CERQUEIRA, D. R. de C.; LOBÃO, W. J. de A.; CARVALHO, A. X. Y. de. Os custos da violência para o sistema público de saúde no Brasil: informações disponíveis e possibilidades de estimação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, jan. 2009. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/03.pdf)>.

RUTLEDGE, S. E. Formation of personal HIV disclosure policies among HIV-positive men who have sex with men. **AIDS Patient Care STDs**, n. 23, n. 7, p. 521-543, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2856432/pdf/apc.2008.0179.pdf>>.

SCHRAIBER, L. B.; LATORRE, M. do R. D. O.; FRANÇA JR., I.; SEGRI, N. J.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 658-66, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v44n4/09.pdf>>.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA-JUNIOR, I.; DINIZ, S.; PORTELLA, A. P.; LUDERMIR, A. B.; VALENÇA, O.; COUTO, M. T. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 797-807, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5854.pdf>>.

SCHRAIBER, L. B.; BARROS, C. R. S.; CASTILHO, E. A. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 237-245, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/06.pdf>>.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA JÚNIOR, I.; GRUPO DE ESTUDOS EM POPULAÇÃO, SEXUALIDADE E AIDS Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-137, jun. 2008. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42s1/15.pdf>>.

SENN, T. E; CAREY, M. P; VANABLE, P. A. The intersection of violence, substance use, depression, and STDs: testing of a syndemic pattern among patients attending an urban STD clinic. **J Natl Med Assoc.**, v. 102, n. 7, p. 614-20, Jun. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2935202/pdf/nihms231007.pdf>>.

SILVERMAN, J. G.; McCAULEY, H. L.; DECKER, M. R.; MILLER, E.; REED, E.; RAJ, A. Coercive Forms of Sexual Risk and Associated Violence Perpetrated by Male Partners of Female Adolescents. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 43, n. 1, p. 60-65, Mar. 2011.

STUEVE, A.; O'DONNELL, L. Urban young women's experiences of discrimination and community violence and intimate partner violence. **Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine**, v. 85, n. 3, p. 386-401, 2008. Disponível em: <[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2329753/pdf/11524\\_2008\\_Article\\_9265.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2329753/pdf/11524_2008_Article_9265.pdf)>.

TAQUETTE, S. R. Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/aids. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, p. 51-62, 2010. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19s2/06.pdf>>.

TEIXEIRA, S. A. M.; TAQUETTE, S. R. Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 56, n. 4, p. 440-446, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n4/17.pdf>>.

TUMWESIGYE, N. M.; KYOMUHENDO, G. B.; GREENFIELD, T. K.; WANYENZE, R. K. Problem drinking and physical intimate partner violence against women: evidence from a national survey in Uganda. **BMC Public Health**, v. 12, p. 399, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3406983/pdf/1471-2458-12-399.pdf>>.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **2011 Global Study on Homicide: TRENDS, CONTEXTS, DATA**. Vienna, 2011. 125 p. Disponível em: <[http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/Homicide/Globa\\_study\\_on\\_homicide\\_2011\\_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/Homicide/Globa_study_on_homicide_2011_web.pdf)>.

VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. de C. S.; ALMEIDA, A. M. de; NAKANO, A. M. S.; SANTOS, M. A. dos; DALTOSO, D.; DE FERRANTE, F. G. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. **Rev. Bras. Epidemiol.**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 566-577, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n4/07.pdf>>.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2011. Os jovens do Brasil**. Brasília: Ministério da Justiça; Instituto Sangari, 2011. 161 p. Disponível em: <<http://mapadaviolencia.org.br/pdf2011/MapaViolencia2011.pdf>>.

WHITAKER, D. J.; HAILEYESUS, T.; SWAHN, M.; SALTZMAN, L. S. Differences in frequency of violence and reported injury between relationships with reciprocal and nonreciprocal intimate partner violence. **Am. J. Public Health**, v. 97, n. 5, p. 941-947, May 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1854883/pdf/0970941.pdf>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action**. Geneva, 2007. 48 p. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595858\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595858_eng.pdf)>.

\_\_\_\_\_. WHA49.25 Prevention of violence: a public health priority. In: FORTY-NINTH WORLD HEALTH ASSEMBLY GENEVA, 20-25 MAY 1996. Disponível em: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/resources/publications/en/WHA4925\\_eng.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf)>.

ZALESKI, M.; PINSKY, L.; LARANJEIRA, R.; RAMISETTY-MIKLER, S.; CAETANO, R. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 53-59, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v44n1/06.pdf>>.

## **APÊNDICES**

## Apêndice A – Instrumento de Coleta de Dados

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA  
VICE REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA  
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**Questionário N** \_\_\_\_\_

**Unidade e saúde** \_\_\_\_\_

### Dados Sociodemográficos

1. Idade \_\_\_\_\_
2. Sexo ( ) Feminino ( ) Masculino
3. Escolaridade (em anos de estudo) \_\_\_\_\_
4. Procedência ( ) Fortaleza ( ) Outra cidade do interior ( ) Outro \_\_\_\_\_
5. Atualmente, mora com o companheiro? ( ) Sim ( ) Não
6. Qual é o estado civil atual?  
( ) Casado no civil e religioso ( ) Só religioso ( ) Só civil ( ) União consensual  
( ) Namoro ( ) Noivado
7. Há quanto tempo se relaciona com o seu parceiro atual? \_\_\_\_\_
8. Trabalha atualmente? ( ) Sim ( ) Não
9. Estuda? ( ) Sim ( ) Não
10. Renda pessoal \_\_\_\_\_
11. Renda familiar \_\_\_\_\_
12. Número de filhos \_\_\_\_\_
13. Número de pessoas na residência \_\_\_\_\_
14. Religião ( ) Católica ( ) Protestante ( ) Outra \_\_\_\_\_
15. Cor da pele autorreferida ( ) Branca ( ) Negra ( ) Parda ( ) Outra \_\_\_\_\_

### Dados comportamentais

16. Idade da primeira relação sexual \_\_\_\_\_
17. Número de parceiros nos últimos 03 meses \_\_\_\_\_
18. Na vida \_\_\_\_\_
19. Tipo de relação sexual atual ( ) Heterossexual ( ) Homossexual
20. Usa álcool? ( ) Sim ( ) Não
21. Com que frequência? ( ) diária ( ) semanal ( ) Mensal ( ) Raramente
22. Usa droga? ( ) Sim ( ) Não

23. Com que frequência? ( ) diária ( ) semanal ( ) Mensal ( ) Raramente  
 24. Você já esteve preso? ( ) Sim ( ) Não  
 25. Você é ciumento? ( ) Sim ( ) Não

**Dados relacionados ao diagnóstico de DST**

26. Tipo de DST \_\_\_\_\_  
 27. Fez tratamento completo? ( ) Sim ( ) Não ( ) Em tratamento  
 28. O parceiro tem/tinha sintoma da DST? ( ) Sim ( ) Não  
 29. O parceiro foi convocado pelo serviço de saúde ( ) Sim ( ) Não  
 30. O parceiro foi tratado? ( ) Sim ( ) Não ( ) Em tratamento  
 31. Já fez tratamento para alguma outra DST? ( ) Sim ( ) Não  
 32. Fez uso de algum medicamento antes de procurar a unidade? ( ) Sim ( ) Não  
 33. Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
 34. Como você acha que adquiriu essa DST? \_\_\_\_\_  
 35. Durante o relacionamento com seu parceiro atual, você teve relação sexual com outra pessoa além do seu companheiro? ( ) Sim ( ) Não  
 36. Se sim, qual o tipo de relação? ( ) Homossexual ( ) Heterossexual  
 37. Após a DST, passou a usar preservativo nas relações sexuais?  
 ( ) Sim ( ) Não ( ) Ocasionalmente  
 38. O seu parceiro sexual se relacionou sexualmente com outra pessoa enquanto estava com você? ( ) Sim ( ) Não  
 39. Tipo de relacionamento com o parceiro que você acha que adquiriu a DST?  
 ( ) Parceiro eventual ( ) Relacionamento estável  
 40. Você já cometeu algum tipo de violência contra seu parceiro? ( ) Sim ( ) Não

**Dados comportamentais do parceiro**

41. Seu parceiro usa álcool? ( ) Sim ( ) Não  
 42. Com que frequência? ( ) diária ( ) semanal ( ) Mensal ( ) Raramente  
 43. Seu parceiro usa droga? ( ) Sim ( ) Não  
 44. Com que frequência? ( ) diária ( ) semanal ( ) Mensal ( ) Raramente  
 45. Já esteve preso? ( ) Sim ( ) Não  
 46. Já cometeu algum ato de violência contra você? ( ) Sim ( ) Não  
 47. Qual o motivo? \_\_\_\_\_  
 48. Seu parceiro é ciumento? ( ) Sim ( ) Não

**Após o diagnóstico de DST você em relação ao seu parceiro(a):**

49. Sentiu medo de revelar o diagnóstico ao parceiro ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

50. Você se separou do seu parceiro ( ) Sim ( ) Não
51. Cometeu algum ato violento? ( ) Sim ( ) Não
52. Qual? \_\_\_\_\_
53. Insultou-o com palavrões ( ) Sim ( ) Não
54. Isolou-o do convívio com outras pessoas? ( ) Sim ( ) Não
55. Ameaçou machucá-lo ( ) Sim ( ) Não
56. Deu-lhe um tapa ou jogou algo que poderia machucá-lo(a) ( ) Sim ( ) Não
57. Empurrou-o ou sacudiu-o ( ) Sim ( ) Não
58. Machucou com um soco ou algum objeto ( ) Sim ( ) Não
59. Deu-lhe um chute, arrastou-o ou surrou-o ( ) Sim ( ) Não
60. Estrangulou-o ou queimou-o ( ) Sim ( ) Não
61. Ameaçou usar ou usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma ( ) Sim ( ) Não
62. Forçou-o fisicamente a manter relações sexuais ( ) Sim ( ) Não
63. Forçou-o a alguma prática sexual humilhante? ( ) Sim ( ) Não

**Após o diagnóstico de DST seu parceiro em relação a você:**

64. Sentiu medo de revelar o diagnóstico ao parceiro ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica
65. Cometeu algum ato violento contra você? ( ) Sim ( ) Não
66. Qual? \_\_\_\_\_
67. Insultou-o com palavrões? ( ) Sim ( ) Não
68. Isolou você do convívio com outras pessoas ( ) Sim ( ) Não
69. Ameaçou machucar você ( ) Sim ( ) Não
70. Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-lo ( ) Sim ( ) Não
71. Empurrou ou sacudiu você ( ) Sim ( ) Não
72. Machucou você com um soco ou algum objeto ( ) Sim ( ) Não
73. Deu um chute, arrastou ou surrou você ( ) Sim ( ) Não
74. Estrangulou ou queimou você ( ) Sim ( ) Não
75. Ameaçou usar ou usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?  
( ) Sim ( ) Não
76. Forçou você fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?  
( ) Sim ( ) Não
77. Forçou você a uma prática sexual humilhante? ( ) Sim ( ) Não
78. Você teve relação sexual porque estava com medo do que seu parceiro pudesse fazer?  
( ) Sim ( ) Não
79. Você procurou atendimento devido a violência sofrida? ( ) Sim ( ) Não

80. Se sim, qual? \_\_\_\_\_

81. Você denunciou a violência sofrida? ( ) Sim ( ) Não

82. Você recebeu atendimento? ( ) Sim ( ) Não

83. Se não, qual o motivo? \_\_\_\_\_

84. Você acha que precisava de atendimento de saúde? ( ) Sim ( ) Não

85. Ficou impossibilitado de realizar alguma tarefa doméstica ou trabalho remunerado devido à violência sofrida? ( ) Sim ( ) Não

86. Algum profissional de saúde já perguntou se você sofre violência? ( ) Sim ( ) Não

**Responsável pela coleta dos dados** \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE DE FORTALEZA**  
**VICE REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
**MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**TÍTULO DA PESQUISA:** Violência Vivenciada por Parceiro Íntimo por Pessoas com Diagnóstico de Doenças Sexualmente Transmissíveis em Fortaleza, Ceará.

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Roumayne Fernandes Vieira Andrade

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que irá investigar a prevalência de violência em pessoas com diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis em Fortaleza, Ceará. Esse estudo contribuirá para o desenvolvimento de estratégias para minimizar os problemas da violência por parceiro íntimo diante de um diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis.

**1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:** Ao participar desta pesquisa você responderá a um questionário. O mesmo será aplicado em um local reservado, sendo assegurada a privacidade das informações.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado o(a) os(as) entrevista sem nenhum prejuízo para você.

**2. RISCOS E DESCONFORTOS:** O(s) procedimento(s) utilizado(s) um questionário aplicado face a face, poderá(ão) trazer algum desconforto como constrangimento ou sofrimento psíquico. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo que será reduzido pela(o) pelo suporte psicológico e emocional oferecido.

**3. BENEFÍCIOS:** Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de desenvolvimento de estratégias para coibir os problemas da violência por parceiro íntimo diante de um diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis.

**4. FORMAS DE ASSISTÊNCIA:** Se você precisar de algum tratamento, orientação, encaminhamento, por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que você tem alguma coisa que precise de tratamento, você será encaminhado(a) pela própria pesquisadora ao Centro de Referência e Apoio à Vítima de Violência – CRAVV, localizado na rua Tenente Benévolo, 1055 – Meireles. Fortaleza-CE telefones: (85) 3101.8858 / (85) 86366150.

**5. CONFIDENCIALIDADE:** Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas pelo prontuário serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seus(Suas) respostas, dados pessoais, dados de exames laboratoriais, de imagem, avaliações físicas, ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos(as) questionários, nem quando os resultados forem apresentados.

**6. ESCLARECIMENTOS:** Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Pesquisadora: Roumayne Fernandes Vieira Andrade  
Av. Washington Soares, 1321, Edson Queiroz  
CEP 60.811-905, Fortaleza-Ce, Brasil

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, Ce.

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – COÉTICA  
Universidade de Fortaleza.  
Av. Washington Soares, 1321, Bloco da Reitoria, Sala da Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 1º andar.  
Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-341.  
Telefone (85) 3477-3122, Fortaleza, Ce.

**7. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS:** Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

**8. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO:** Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

**O sujeito de pesquisa** ou seu representante legal, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

**O pesquisador responsável** deverá, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

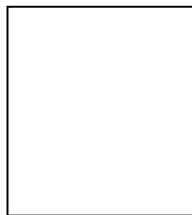
Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza-Ce., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Ou Representante legal



Impressão dactiloscópica

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

## **Apêndice C – Termo de Assentimento**

**UNIVERSIDADE DE FORTALEZA  
VICE REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**TERMO DE ASSENTIMENTO**

**TÍTULO DA PESQUISA:** Violência Vivenciada por Parceiro Íntimo por Pessoas com Diagnóstico de Doenças Sexualmente Transmissíveis em Fortaleza, Ceará.

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Roumayne Fernandes Vieira Andrade

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Violência Vivenciada por Parceiro Íntimo por Pessoas com Diagnóstico de Doenças Sexualmente Transmissíveis em Fortaleza, Ceará.” Neste estudo pretendemos avaliar a prevalência de violência perpetrada por parceiro íntimo em pessoas com diagnóstico de DST em Fortaleza, Ceará, tendo como finalidade melhorar o atendimento dos adolescentes inseridos nos serviços de saúde.

A sua participação será respondendo ao questionário que abordará dados sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, ocupação, renda pessoal); comportamentais (tipo de DST, número de parceiros sexuais, relação sexual com outro parceiro(a), uso de álcool, de drogas, uso de preservativo, procura pelo serviço de saúde ou outra instituição que atende pessoas em situação de violência); institucionais (abordagem da violência na ocasião da anamnese) e referentes a violência sofrida e praticada, antes e após o diagnóstico da DST (tipo de violência, número de vezes da sua ocorrência).

Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pela pesquisadora que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação para preservar seu anonimato.

Se você precisar de algum tratamento, orientação, encaminhamento, por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se a pesquisadora descobrir que você tem alguma coisa que precise de tratamento, você será encaminhado(a) pela própria pesquisadora ao Centro de

Referência e Apoio à Vítima de Violência – CRAVV, localizado na rua Tenente Benévolo, 1055 – Meireles. Fortaleza-CE telefones: (85) 3101.8858 / (85) 86366150.

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_ ,  
fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Pesquisadora: Roumayne Fernandes Vieira Andrade  
Av. Washington Soares, 1321, Edson Queiroz  
CEP 60.811-905, Fortaleza-Ce, Brasil

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, Ce.

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – COÉTICA  
Universidade de Fortaleza.  
Av. Washington Soares, 1321, Bloco da Reitoria, Sala da Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 1º andar.  
Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-341.  
Telefone (85) 3477-3122, Fortaleza, Ce.

Fortaleza-Ce., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

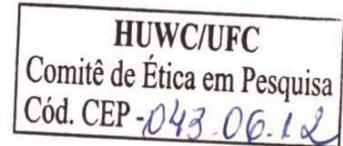


Impressão dactiloscópica

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

## **ANEXOS**

## Anexo A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Rua Capitão Francisco Pedro, 1290 – Rodolfo Teófilo – 60.430-370 – Fortaleza-CE  
FONE: (85) 3366-8589 / 3366.8613      E-MAIL: [cephuwc@huwc.ufc.br](mailto:cephuwc@huwc.ufc.br)

Protocolo nº: 043.06.12

Pesquisadora Responsável: Roumayne Fernandes Vieira Andrade

Departamento / Serviço: Ambulatório de DST/HUWC

Título do Projeto: “Violência por parceiro íntimo vivenciada por pessoas com diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis em Fortaleza, Ceará.”.

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio analisou o projeto de pesquisa supracitado e, em tendo sido atendidas as pendências, baseando-se nas normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções CNS 196/96, 251/97, 292/99, 303/00, 304/00, 347/05, 346/05), resolveu classificá-lo como: **APROVADO**.

Salientamos a necessidade de apresentação de relatório ao CEP-HUWC da pesquisa dentro de 12 meses (data prevista: 23/07/13).

Fortaleza, 23 de julho de 2012.

  
 \_\_\_\_\_  
 Dr. José Ajax Nogueira Queiroz  
 Coordenador Adjunto do CEP-HUWC

## Anexo B



UNIVERSIDADE DE FORTALEZA  
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

**PARECER Nº. 437/2011**

**Projeto de Pesquisa:** Violência por parceiro íntimo vivenciada por pessoas com diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis em Fortaleza, Ceará.

**Pesquisador Responsável:** Roumayne Fernandes Vieira Andrade

**Data de apresentação ao COÉTICA:** 10/11/11

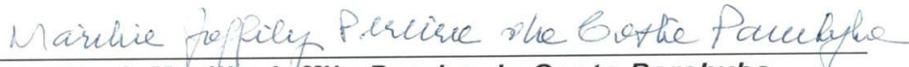
**Registro no COÉTICA:** 11-569

**CAAE:** 0573.0.037.000-11

**Parecer:** Aprovado na data 06/03/12

**Obs1.:** O pesquisador responsável fez a inclusão de novo centro de pesquisa denominado Hospital Universitário Walter Cantídio na cidade de Fortaleza, Ce com previsão de participação de 361 sujeitos em função de no Centro original não haver a possibilidade de se atingir o N calculado para a amostra.

**Obs2.:** O(a) pesquisador(a) deverá apresentar uma cópia do relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza.

  
**Prof. Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba**  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA

## Anexo C



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA



Rua do Rosário, 283, Sala 408. Centro. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694.

Ilmo. (a) Coordenador (a) do Distrito de Saúde / Atenção Básica /Assessora Técnica da Educação Permanente da SER I.

Dr. Eymard Bezerra Maia / Dra. Juliana Gaspar Azevedo.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: **“VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO VIVENCIADA POR PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM FORTALEZA, CEARÁ”**.

Seguem algumas informações sobre o estudo: A pesquisadora **ROUMAYNE FERNANDES VIEIRA ANDRADE** aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pela pesquisadora.

- **A PESQUISA SÓ PODERÁ SER INICIADA APÓS APRECIACÃO E APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA, SENDO NECESSÁRIA APRESENTAÇÃO DA CÓPIA DO PARECER AO DISTRITO DE SAÚDE.**

- A pesquisa será realizada no **CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA CARLOS RIBEIRO NA SER I.**

- A coleta de dados ocorrerá durante os meses de **JANEIRO A MARÇO DE 2012.**

- A pesquisadora deverá apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da SER I – oral e impresso.

Comunicamos ainda que o SMSE emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 07 de novembro de 2011.

.....  
.....

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante  
Coordenadora Geral do Sistema  
Municipal de Saúde Escola

## Anexo D

Prefeitura de  
**Fortaleza**

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

CI nº 68 /2012 / CAB - SER I

Fortaleza, 14 de Março de 2012.

**Para : C.S.F. Carlos Ribeiro****Assunto: Pesquisa**

Venho por meio desta informa que a aluna, **Roumayne Fernandes Vieira Andrade** (Mestrado de Saúde Coletiva- UNIFOR) irar fazer uma pesquisa intitulada: "VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO VIVENCIADA POR PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM FORTALEZA, CEARÁ". A coleta de dados será realizada durante os meses de Fevereiro à Abril de 2012. Vale ressaltar que a SMSE emitiu parecer favorável.

Atenciosamente,

---

  
**Juliana Gaspar de Azevedo**  
ASSESSORA TÉCNICA