



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

FÁBIO BRUM VITÓRIA

**VIOLÊNCIAS NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES CONJUGAIS CONTRA MULHERES
DE ALCOOLISTAS - UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Florianópolis, SC
2014

FÁBIO BRUM VITÓRIA

**VIOLÊNCIAS NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES CONJUGAIS CONTRA MULHERES
DE ALCOOLISTAS - UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, da Universidade Federal de Santa Catarina, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Kathie Njaine

Florianópolis, SC
2014

FÁBIO BRUM VITÓRIA

**VIOLÊNCIAS NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES CONJUGAIS CONTRA MULHERES
DE ALCOOLISTAS - UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial”, e aprovado em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, da Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis (SC) 26 de fevereiro de 2014.

Prof.º Walter Ferreira de Oliveira, Dr.
Coordenador do Programa de Mestrado Profissional em Saúde
Mental e Atenção Psicossocial
Banca Examinadora:

Banca Examinadora:

Prof.ª Kathie Njaine, Dr.ª.
Orientadora - Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.ª Elza Berger Salema Coelho, Dr.ª
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.ª Magda do Canto Zurba, Dr.ª
Universidade Federal de Santa Catarina

Maika Arno Roeder, Dr.ª
Membro externo

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Deus, por todas as graças, proteção e bênçãos proporcionadas a mim e a todos aqueles que Amo, e por todas aquelas que ainda hei de proporcionar.

À minha esposa, companheira nessa jornada; viveu todos os instantes de minha imersão dissertativa; de tantos fins de semana de verão ensolarados dispensados a essa pesquisa.

Aos meus Pais, que com todo amor, carinho e dedicação, me encaminharam na vida, e me dispuseram todas as condições para estudar e ser feliz.

À minha irmã, meu cunhado e meus afilhados, que com amor e amizade me acalentaram e me acolheram.

À meu sogro e sogra, cunhadas, concunhado e afilhado, que sempre demonstraram carinho e torcida por meus êxitos.

À minha orientadora, por seus esclarecimentos e ensinamentos, por sua competência, maternagem e paciência, e por ter acreditado em mim.

À Professora Marli, que se dedicou com presteza à exata e detalhista formatação dessa dissertação.

Aos meus sócios, amigos, funcionários, parceiros, colaboradores, empregadores e colegas de trabalho, que entenderam o meu momento, o meu distanciamento, e que colaboraram para que a minha ausência não fosse tão ausente assim.

A meus pacientes, que acompanharam a minha jornada em busca de conhecimento, que toleraram várias desmarcações e remarcações de consultas, e que sempre se demonstraram orgulhosos por mim.

RESUMO

CONTEXTO: violência é um evento de causalidade complexa, por vezes controversa e de mensuração problemática, amplamente presente na sociedade. O reconhecimento de sua ocorrência envolve análises de valores e práticas culturais, assim como, de seus componentes causais sócio-históricos, econômicos e subjetivos. Diante desse fenômeno multifacetado, encontra-se a violência contra a mulher, sendo a sua forma mais comum, a perpetrada por parceiros íntimos, de ocorrência frequente em toda parte do mundo. É considerada uma questão de saúde pública, pelo grande número de vítimas que atinge, e por suas repercussões deletérias na sanidade física e mental, assim como, pelas consequências econômicas para os países. Dentre os fatores preditores da violência doméstica contra a mulher, encontra-se o consumo de bebidas alcoólicas pelo parceiro íntimo do gênero masculino, já demonstrado em inúmeras pesquisas, apesar de algumas controvérsias na Literatura. **OBJETIVOS:** pesquisar os artigos que tratam da violência doméstica contra mulheres de alcoolistas, segundo a sua abordagem metodológica; caracterizar os tipos de violência analisadas; e identificar e discutir sobre as intervenções que, por ventura, são abordadas no campo Psicossocial na literatura do estudo. **METODOLOGIA:** revisão sistematizada da Literatura acerca do tema da violência no contexto das relações conjugais, contra companheiras de alcoolistas. A pesquisa eletrônica foi realizada fazendo-se uma busca exaustiva nas bases de dados Medline – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online via PubMed –, LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde –, e SciELO – Scientific Electronic Library Online. Os critérios de inclusão foram: pesquisas qualitativas e/ou quantitativas que abordassem a relação do alcoolismo pelo parceiro íntimo com a violência contra a mulher nas relações conjugais, ou, que mencionassem o alcoolismo do parceiro íntimo como fator de risco para a violência contra a mulher na conjugalidade, publicadas em português e inglês, no período entre 2006 e 2013. Publicações em periódicos que abordam a associação do alcoolismo com a VPI praticada por qualquer um dos cônjuges, ou até mesmo por ambos, foram incluídas, desde que permitissem a análise independente da violência do cônjuge masculino contra a sua parceira. Foram desconsideradas as publicações que não incluíam a relação do uso de álcool pelo parceiro íntimo com a VPI, as que tratavam do alcoolismo exclusivamente entre as mulheres vitimizadas e/ou perpetradoras, e aquelas que tratavam de violência fora do contexto marital/domiciliar. Também foram descartadas teses, dissertações, monografias, revisões sistematizadas da literatura, metanálises e livros ou capítulos de livros. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** foi encontrado um total de 492 artigos; destes, 23 foram incluídos e analisados, conforme objetivos e critérios de inclusão previamente delineados. A maior parte destes artigos são desenvolvidos a partir de metodologias quantitativas, ocupando-se, em supremacia, com os aspectos referentes a violência física, apesar de esta não ser o tipo de agressão mais prevalente. Em relação a atenção psicossocial referida por estas pesquisas, nota-se uma relativa desatenção para este aspecto, na maioria dos artigos pesquisados, não sendo, esta análise, prioridade de nenhum deles. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** percebe-se, com essa pesquisa, a importância de manter um olhar atento à temática da VPI e dos riscos associados, fomentando pesquisas que possam ofertar opções de intervenção nessa área, ainda são escassas na Literatura, assim como pesquisas que tratem especificadamente sobre a violência na população de esposas de alcoolistas. A formulação de Políticas Públicas e a implantação de ações cotidianas no campo da violência doméstica estão permeadas por paradigmas culturais e históricos arraigados, machistas e permissivos, o que dificulta a imposição de algumas mudanças necessárias para o melhor enfrentamento dessa situação. Busca-se, portanto, uma verdadeira mudança paradigmática.

Palavras Chave: Violência contra a mulher. Maus-tratos conjugais. Violência doméstica. Violência por parceiro íntimo. Consumo de bebidas alcoólicas. Atenção psicossocial. Serviços de saúde para mulheres

ABSTRACT

BACKGROUND: Violence is a complex event causality, sometimes controversial and problematic measurement, widely present in society. The recognition of its occurrence involves analyzes of cultural values and practices, as well as their socio- historical, economic and subjective causal components. Given this multifaceted phenomenon, is violence against women, being its most common form, perpetrated by intimate partners, a commonly occurring everywhere in the world. It is considered a public health issue, the large number of victims reaches, and its deleterious effects on physical and mental health, as well as the economic consequences for countries. Among the predictors of domestic violence against women is the consumption of alcoholic beverages by an intimate male partner, as demonstrated in numerous studies, despite some controversy in the literature. **OBJECTIVES:** to search for articles dealing with domestic violence against women alcoholics, according to his methodological approach, characterize the types of violence examined, and identify and discuss interventions that, by chance, are addressed in the literature Psychosocial field study. **METHODOLOGY:** systematic review of the literature about the issue of violence in the context of marital relations against fellow alcoholics. The electronic survey was conducted by making a thorough search of the databases Medline – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online via PubMed –, LILACS – Literature Latin American and Caribbean Center on Health Sciences –, and SciELO – Scientific Electronic Library Online. Inclusion criteria were: qualitative and/or quantitative research that addressed the relationship between male intimate partner alcoholism and violence against women in marital relations, or to speak about the male intimate partner alcoholism as a risk factor for violence against women in conjugal life, published in Portuguese and English, between 2006 and 2013. Paper's that address the association between alcoholism and IPV perpetrated by either spouse, or even both, were included, since that would allow independent analysis of the male partner violence against their partner. Publications that did not include the relationship of alcohol use by an intimate partner with IPV were disregarded those treated exclusively of alcoholism among women victimized and/or perpetrators, and those that dealt with violence out of the marital/family context. Theses, dissertations, monographs, systematic literature reviews, meta-analyzes and books or book chapters were also discarded. **RESULTS AND DISCUSSION:** a total of 492 articles were found and of these, 23 articles were included and analyzed as objectives and inclusion criteria previously outlined. Most of these items are developed from quantitative methodologies, busying themselves, mostly with aspects relating to physical violence, despite this not being the most prevalent type of aggression. Regarding psychosocial care reported by these studies, we observe a relative inattention to this point, most of the articles surveyed, not being this analysis, priority of any of them. **CONCLUSION:** one sees with this research, the importance of maintaining a close to the theme of IPV and their risk factors associated with look , fostering research that might offer intervention options in this area, since they are scarce in the literature, well as rese

violence in the population of wives of alcoholics. Formulation of Public Policy ; everyday actions in the field of domestic violence are permeated by cultural and hist sexist and permissive, which makes the imposition of some needed for better cope with aim is, therefore, a true paradigm shift.

Keywords: Violence against women. Spouse abuse. Domestic violence. Intimate partner violence. Alcohol drinking. Psychosocial care. Women's health services.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Fontes bibliográficas incluídas na revisão de literatura.....	22
Quadro 2 -	Estudos selecionados segundo título, autor, ano de publicação, país de origem e método de abordagem.....	25
Quadro 3 -	Estudos selecionados segundo título, autor, ano de publicação e natureza da violência.....	30
Quadro 4 -	Estudos selecionados segundo título, autor, ano de publicação e tipos de atenção psicossocial.....	36

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA.....	08
2	OBJETIVOS.....	11
2.1	GERAL.....	11
2.2	ESPECÍFICOS.....	11
3	MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	12
3.1	VIOLÊNCIA.....	12
3.1.1	Conceitos e tipologia.....	12
3.1.2	Avanços do enfrentamento da violência no Brasil e no mundo.....	13
3.1.3	Violência contra a mulher.....	14
3.1.4	Enfrentamento da violência de gênero - percursos na criação das principais políticas de saúde pública.....	16
3.1.5	Interfaces entre a reforma sanitária/psiquiátrica e a atenção psicossocial às mulheres agredidas.....	17
3.2	ALCOOLISMO: HISTÓRIA, CONCEITOS E FISIOPATOGENIA.....	18
4	METODOLOGIA.....	21
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
5.1	MÉTODOS DE ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES DE ALCOOLISTAS E SUAS IMPLICAÇÕES.....	27
5.2	A RELAÇÃO DO ÁLCOOL COM A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	28
5.3	TIPOS DE VIOLÊNCIAS PRATICADAS CONTRA MULHERES DE ALCOOLISTAS.....	29
5.4	ATENÇÃO PSICOSSOCIAL A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA PRATICADA POR PARCEIROS ÍNTIMOS - REFLETINDO SOBRE ESSE TIPO DE CUIDADO.....	34
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
	REFERENCIAS.....	45

1 INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

Esta dissertação de mestrado propõe-se efetuar uma RS – Revisão Sistematizada da literatura – acerca do tema da violência no contexto das relações conjugais, contra companheiras de alcoolistas. Busca-se pesquisar os artigos que tratam desse tema, segundo a sua abordagem metodológica, caracterizar os tipos de violência analisadas e, identificar e discutir as intervenções que, por ventura, são abordadas no campo psicossocial na literatura do estudo.

A violência é um fenômeno de causalidade complexa, por vezes controversa e de mensuração problemática. O reconhecimento de sua ocorrência envolve análises de valores e práticas culturais, assim como, de seus componentes causais sócio históricos, econômicos e subjetivos.⁽²⁹⁾

A Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽¹⁶⁰⁾ define violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou ameaça, contra si próprio ou contra outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou possibilite resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação^(24, 88).

O impacto de qualquer forma de violência pode ser visto claramente em diversas partes do mundo. Anualmente, mais de um milhão de pessoas morrem e muitas outras sofrem lesões não fatais, resultantes da violência auto-infligida, interpessoal ou coletiva⁽²⁴⁾. Além disso, no mundo todo, a violência está entre as principais causas de morte de pessoas na faixa etária de 15 a 44 anos, onerando os cofres públicos em bilhões de dólares americanos em gastos anuais com assistência à saúde em termos de dias de trabalho perdidos, aplicação das leis e perdas em investimentos⁽²⁴⁾.

Dados recentes, no Brasil, corroboram com a magnitude do problema. O Ministério da Saúde (MS) registrou que, em 2008, os óbitos por causas externas representaram, aproximadamente, 12,5% do total de óbitos. Ainda, neste mesmo ano, segundo este órgão governamental, cerca de 8% do total de internações hospitalares, nos nosocômios que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), se deram por causas externas, ocupando o quinto lugar entre as causas de internação (excluindo o grupo gravidez, parto e puerpério). As agressões foram responsáveis pela maior parte das internações decorrentes de violências (81,6%), seguida pelas lesões autoprovocadas (19,4%).⁽⁵⁷⁾

Em 1996, a 49ª Assembleia Mundial de Saúde¹⁽¹⁶⁰⁾ considerou a violência como um dos principais problemas de saúde pública no mundo, chamando a atenção para as severas consequências aos indivíduos, famílias, comunidades e países, e destacando os efeitos prejudiciais que ela gera no setor de serviços de saúde.

Diante desse complexo fenômeno da violência, amplamente presente na sociedade, encontra-se a violência contra a mulher, sendo a sua forma mais comum, segundo Schraiber, et al. (2007)^(37, 38), a perpetrada por parceiros íntimos. Uma gama crescente de pesquisas sugerem que a violência contra a mulher é uma ocorrência comum em toda parte do mundo^(116, 117).

Inúmeras pesquisas demonstram que é no espaço doméstico onde acontece a maior parte das agressões à mulher^(25, 108, 127). Na maioria das vezes, legitimada por uma ordem patriarcal de organização familiar, em que a dominação masculina é vista como natural e até legitimada pela sociedade.

Em uma investigação epidemiológica realizada pela Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)²⁽⁵⁷⁾ de setembro a novembro de 2009, em 136 serviços de urgência e emergência em várias capitais de estados e municípios do Brasil, constatou que dos 4.012 atendimentos realizados por violência, 27,35% eram do sexo feminino. Deste total, 56% afirmaram que o local da violência foi a residência, em 84% dos atendimentos ocorreu agressão/maus-tratos. Na maioria dos casos (34,30%) a agressão foi cometida por companheiro ou ex, e o tipo de violência mais sofrida foi a física (94,10%), seguida da psicológica (36,2%)⁽⁵⁷⁾.

Estudos com casos denunciados nas delegacias de defesa da mulher no Brasil apresentam também um padrão centrado na violência doméstica, sendo o parceiro ou o ex-parceiro o agressor em aproximadamente 77% dos casos registrados⁽³⁴⁾. Pode-se supor que os números estejam subestimados, já que, muitas vezes, as mulheres optam por não relatar a agressão, ou não identificam as agressões sofridas como violência⁽³⁵⁾. Ocorrendo na privacidade dos lares, muitas pessoas não revelam a violência, por medo do agressor ou por vergonha da família e da sociedade. Outros ainda não interpretam ou nomeiam a situação de agressão como violência⁽³²⁾.

Assim, a violência contra a mulher, no Brasil, também é considerada uma questão de saúde pública, pelo grande número de vítimas que atinge, e por suas repercussões deletérias na sanidade física e mental, assim como, pelas consequências econômicas para o país.⁽³⁵⁾

¹ Em 1996, a 49ª Assembleia Mundial de Saúde declarou o combate à violência doméstica uma prioridade de saúde pública. As OPAS-Organização Pan-Americana de Saúde e a OMS-Organização Mundial da Saúde lançaram programas relacionados à violência contra as mulheres em meados da década de 90. (<http://www.bibliomed.com.br/lib/showdoc.cfm?LibDocID=13985>).

² A Vigilância de Acidentes e Violências – VIVA, projeto que envolve as três esferas de governo, tem como objetivo final, o desenvolvimento de ações de prevenção de eventos por violências e acidentes, de promoção da saúde e da cultura da paz. Foi implantado pelo Ministério da Saúde no ano de 2006. (http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgvs/default.php?p_secao=239).

Os efeitos danosos da violência à saúde da mulher são bem documentados⁽⁶⁵⁾. A literatura aponta que mulheres em situação de violência têm mais chances de desenvolver doenças psiquiátricas e, conseqüentemente, fazer uso de psicofármacos^(25, 177, 185). Quadros de depressão, ansiedade e sintomas fóbicos são citados por Adeodato, et al. (2005)⁽²⁵⁾ como características de síndromes clínicas encontradas em mulheres agredidas. Rovinski (2004)⁽¹⁷⁷⁾ faz referência a estudos que citam, além dessas, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno obsessivo-compulsivo.

Meneghel e Hennington (2007)⁽¹⁴⁹⁾ explicam que o estado de fragilidade e vulnerabilidade que decorre da situação de violência causa efeitos negativos permanentes na autoestima e na autoimagem da mulher, deixando-a insegura sobre seu valor e com menos condições de se proteger. Essa fragilidade também propicia a aceitação da vitimização como uma condição natural de ser mulher.

Em relação às concepções de gênero, entre os fatores responsáveis pela situação de violência vivida pela mulher, o machismo, que se refere à percepção das diferenças entre mulheres e homens como consequência de uma construção sociocultural, implica comportamentos violentos e desrespeitosos⁽¹⁷¹⁾. Conforme Chauí (1985)⁽⁷³⁾, a violência é caracterizada como uma relação assimétrica (hierárquica) de poder, com fins de dominação, exploração e opressão.

A literatura emprega a terminologia violência doméstica fazendo alusão à violência da família e do parceiro^(200, 36), e reforça, segundo a OMS (2005)⁽¹⁹⁸⁾, que a violência doméstica é aquela praticada por parceiro íntimo, e definida como qualquer tipo de violência que a mulher sofre por parte de parceiro íntimo ou ex-parceiro. Configura-se como o tipo mais comum e universal de formas de violência experimentadas por mulheres.

Com base nas definições sobre a tipologia da violência preconizada pela OMS (2005)⁽¹⁹⁸⁾, nessa pesquisa, os termos violência doméstica contra a mulher, Violência por Parceiro Íntimo (VPI) perpetrada pelo homem contra a sua mulher, e violência de gênero na conjugalidade, serão utilizados como sinônimos.

A VPI contra a mulher tem sido amplamente estudada, principalmente em sua articulação com a saúde. Estudos em todo o mundo mostram sua elevada prevalência, variando entre 15% a 71%^(101, 110). No Brasil, a prevalência de violência física e/ou sexual é de 28,9% em São Paulo, SP, e de 36,9% na região da Zona da Mata Pernambucana.⁽³⁸⁾

Em um outro estudo populacional transversal, conduzido em 15 capitais estaduais brasileiras e no Distrito Federal, a prevalências de violência entre o parceiro homem contra a mulher foi de 21,5%.⁽¹⁷³⁾

Embora haja muitas controvérsias sobre uma relação direta entre violência e o uso de álcool, o LENAD-Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (2012)⁽¹³³⁾, realizado pelo INPAD-Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas-, da UNIFESP-Universidade Federal de São Paulo-, que ouviu 4.607 brasileiros acima de 14 anos em 149 municípios, mostrou que o consumo de álcool esteve presente em metade das ocorrências de violência na família: o agressor havia bebido em 50% dos casos.

E visando responder se houve mudança nos padrões de consumo de álcool entre 2006 e 2012, os resultados mostraram que embora as taxas de abstinência continuem idênticas nos últimos 6 anos (48% em 2006 e 52% em 2012, diferença não significativa), houve um aumento de 20% na proporção de bebedores frequentes (que bebem uma vez por semana ou mais), que subiu de 45% para 54% entre bebedores.

E aponta ainda, que na proporção de bebedores frequentes entre adultos, beber em *binge* é considerado um indicador de beber nocivo, visto que o indivíduo ingere grandes quantidades de álcool (4 unidades de álcool para mulheres e 5 para homens) em um período curto de tempo (2 horas). Destacam que entre 2006 e 2012 houve um aumento significativo desta forma de consumo, de 45% para 59% na população de bebedores. Adeodato, et al. (2005)⁽²⁵⁾ constataram em seu trabalho que 70% dos parceiros agressores ingeriram álcool, e 11% drogas ilícitas.

Estudo multi-países (Chile, Índia, Egito e Filipinas) identificou o consumo regular de álcool pelo parceiro íntimo do gênero masculino como fator de risco para violência física por parceiro íntimo contra a mulher nos quatro países pesquisados.⁽¹²³⁾

No que tange ao uso de álcool como fator determinante da violência de gênero, o Relatório Mundial de Violência e Saúde, da OMS, afirma: “[...] outro indicador de risco para a violência de gênero que aparece consistente em diferentes cenários é o uso de bebida alcoólica pelos homens [...]”. (2002, KRUG, et al., 2002, p. 99)⁽²⁴⁾ No entanto, tal Relatório aponta que não há um consenso sobre a natureza da relação entre o uso de álcool e a violência, e não deixa claro se essa relação é realmente causal.

Em pesquisa feita no continente americano, observou-se que 25,4% dos anos de vida ajustados por incapacidade relacionada ao álcool foram causados por traumas perpetrados intencionalmente⁽¹⁷⁴⁾. O álcool é uma substância psicoativa intimamente associada a mudanças de comportamento que podem resultar em violência⁽¹⁹⁷⁾. Quanto maior a frequência dos episódios de intoxicação por álcool, maiores serão as chances de ações violentas^(135, 49). Ao estimar a associação entre quantidade de álcool consumido e episódios de VPI, um estudo publicado em 2006 mostrou que toda a perpetração de violência de homens contra mulheres e de mulheres contra homens aumenta significativamente com uma frequência de consumo de cinco ou mais bebidas por ocasião⁽⁶⁴⁾. Na

Grã-Bretanha, uma pesquisa nacional estimou que aproximadamente 20% dos respondentes referiram agressão do companheiro, com um ou ambos os parceiros tendo consumido álcool em 35 a 40% dos incidentes⁽¹¹³⁾.

A violência decorrente do uso do álcool está relacionada principalmente às propriedades psicoativas da substância. Do ponto de vista neurobiológico, alguns efeitos do uso nocivo e crônico do álcool (que incluem: distorção cognitiva e de percepção, déficit de atenção, julgamento errado de uma situação, mudanças neuroquímicas, prejuízo de funcionamento neuropsicológico ou associação com transtornos de personalidade) originam ou estimulam comportamentos violentos.⁽⁴⁰⁾

O alcoolismo é um fenômeno social que traz complicações e riscos não somente para seus usuários, mas também para todo o contexto familiar. Neste sentido, este fenômeno tem sido estudado por diversos pesquisadores^(39, 100, 164, 196) que afirmam que ter um membro alcoolista na família altera a estabilidade de todo o sistema familiar e as formas de relacionamento entre os seus membros, acarretando problema para a saúde física e psíquica dos indivíduos.

Neste contexto, destaca-se as situações enfrentadas pelas companheiras dos alcoolistas, uma vez que são estas mulheres quem, geralmente, lidam de forma mais direta com o doente e, conseqüentemente, recebem os maiores impactos em suas vidas. Do ponto de vista de Edwards (1999)⁽¹⁰⁰⁾, a cômputo, ao se deparar com o alcoolismo em sua família, vê sua vida desabar e mergulha em intensos sofrimentos.

Sena et al. (2011)⁽¹⁸²⁾ explicam que a convivência diária com uma pessoa alcoolista implica em diversas formas de violência na família, desde aquelas que são reconhecidas como tal, até as que estão veladas, por padrões socialmente estabelecidos.

Os pressupostos para o estudo baseiam-se na percepção das dificuldades que as cômputos de alcoolistas enfrentam na convivência com seus companheiros, e, na constatação da fragilidade da rede de cuidados e de atenção às mulheres vítimas da violência domiciliar sofrida por esposo alcoolista. Esta percepção parte da experiência clínica do autor do presente estudo, Médico Psiquiatra atuante neste contexto, que observa importantes lacunas assistenciais e intersetoriais nos cuidados oferecidos para essa fração da população feminina. Ao voltarem-se as atenções às companheiras de alcoolistas, gestores e demais serviços de saúde podem ampliar o olhar para a problemática do alcoolismo, tendo em conta o contexto das relações familiares e da violência doméstica, e, aprimorar a rede de atenção psicossocial.

Portanto, esta dissertação propõe-se a fazer uma investigação minuciosa da literatura científica sobre a relação do alcoolismo masculino com a violência contra mulheres nas relações conjugais, e a sua implicação com a rede de cuidados às vítimas. Buscar-se-á selecionar estudos que associam a violência contra a mulher com o alcoolismo masculino nas relações íntimas; caracterizar, a partir dos artigos selecionados, os tipos de violência domiciliar sofrida pelas mulheres; e, identificar a existência, ou não, de citações/proposições referentes aos tipos de atenção e intervenção psicossocial às mulheres que sofrem violência na conjugalidade, à luz da Reforma Psiquiátrica.

O estudo é apresentado em quatro capítulos. Sendo que no primeiro apresentam-se os objetivos; no segundo o marco teórico-conceitual; no terceiro a metodologia; no quarto os resultados e a discussão.

Essa pesquisa justifica-se pela magnitude do problema em diversos países do mundo, conforme os dados que serão apresentados, bem como pela atuação profissional do pesquisador, que percebeu a necessidade de conhecer, mais profundamente, a temática proposta.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar, na literatura, a violência no contexto das relações conjugais contra mulheres de alcoolistas.

2.2 ESPECÍFICOS

- 1) Identificar, na literatura nacional e internacional, a produção científica sobre estudos que associam a violência contra a mulher com o alcoolismo do parceiro, segundo o método de abordagem.
- 2) Caracterizar, a partir dos artigos selecionados, os tipos de violência domiciliar sofrida pelas mulheres;
- 3) Investigar a existência, ou não, de proposições/citações de dispositivos e/ou intervenções, no campo da Atenção Psicossocial, em relação à temática da violência contra mulheres de alcoolistas.

3 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

3.1 VIOLÊNCIA

Nesse capítulo, a temática da violência é tratada em cinco subitens: no primeiro, apresenta-se as definições e tipologia; no segundo subitem, citam-se os avanços do enfrentamento à violência no Brasil e no Mundo; no terceiro, introduz-se o tema da violência contra mulheres; no quarto subitem, relata-se o processo histórico envolvido na criação das políticas públicas atuais para coibir os atos violentos contra a população feminina; e no quinto e último subitem, traz-se à luz desse trabalho as influências da Reforma Psiquiátrica na Atenção Psicossocial voltada para as esposas de alcoolistas que sofrem violência nas relações conjugais.

3.1.1 Conceitos e tipologia

A Violência caracteriza-se por um problema amplo, complexo e multicausal, que pressupõe diversas controvérsias e acepções. Portanto, devido a essa magnitude conceitual, não há, apenas, um entendimento absoluto sobre esse tema. Ela é definida, no Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde, por Krug, et al. (2002)⁽²⁴⁾, como uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte em lesão, morte, dano psicológico, e deficiência de desenvolvimento ou privação.

Percebe-se que, na definição utilizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), além de associar a intencionalidade com a prática do ato propriamente dito, ainda inclui a palavra "poder" e a frase "uso da força física", ampliando a natureza de um ato violento e expandindo o entendimento convencional de violência. Isso permite incluir aqueles atos que resultam de uma relação de poder, como as intimidações e as ameaças.⁽²⁴⁾

O "uso do poder", além dos atos violentos de perpetração, também contempla negligência ou atos de omissão, e todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, bem como o suicídio e outros atos de auto-abuso. Nesse sentido, Krug, et al. afirmam:

Essa definição cobre uma ampla gama de consequências – inclusive dano psicológico, privação e deficiência de desenvolvimento. Ela reflete um reconhecimento cada vez maior por parte dos pesquisadores e profissionais acerca da necessidade de incluir a violência que não resulta necessariamente em lesões ou morte, mas que, contudo, oprime as pessoas, as famílias, as comunidades e os sistemas de assistência à saúde no mundo todo. (2002, p. 5)⁽²⁴⁾

Como a Violência é um fenômeno múltiplo e diverso, podendo abranger, em sua etiologia, aspectos de saúde, psicológicos, sociais, culturais, políticos, econômicos e históricos, as produções literárias a respeito dessa temática tem sido encontradas nas mais diferentes áreas disciplinares.

A Resolução World Health Assembly⁽¹⁹³⁾, ocorrida em 1996, declarou a violência como um dos principais problemas de saúde pública existentes, o que impulsionou a OMS⁽¹⁶⁰⁾ a criar uma tipologia da violência para caracterizar seus diferentes tipos. O Relatório Mundial sobre violência e saúde, dividiu a violência em três grandes categorias de violência – auto-inflingida, interpessoal e coletiva – que correspondem às características daquele que perpetra o ato violento⁽²⁴⁾:

- Violência auto-inflingida: é subdividida em:
 - Comportamento suicida, incluindo suicídio completado.
 - Auto-abuso: atos como a automutilação
- Violência interpessoal: é dividida em duas subcategorias:
 - A violência da família e a de parceiro íntimo (VPI) é aquela que ocorre, como o nome bem esclarece, entre os membros da família e entre parceiros íntimos, normalmente, mas não exclusivamente, dentro de casa. Esse grupo também inclui abuso infantil e abuso contra os idosos.
 - A violência comunitária é aquela que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco, e que podem conhecer-se ou não (estranhos), geralmente fora de casa. Este grupo inclui a violência juvenil, atos aleatórios de violência, estupro ou ataque sexual por estranhos, bem como a violência em grupos institucionais, tais como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos.
- Violência coletiva: É subdividida em:
 - Violência coletiva social: inclui crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões.

- Violência política: abrange guerras e conflitos de violência pertinentes realizados por grupos maiores.
- Violência econômica: inclui ataques de grupos maiores motivados pelo ganho econômico, tais como ataques realizados visando a interromper a atividade econômica, por exemplo.

A violência coletiva e a violência interpessoal também podem ser classificadas quanto à natureza dos atos em: física, sexual, psicológica e aquela que envolve privação/negligência.⁽²⁴⁾

O presente estudo concentrou sua análise na Violência Interpessoal, mais especificadamente, na VPI, com foco naquela que é perpetrada pelo homem contra a sua parceira. Serão interpretadas, quanto à natureza, e segundo a OMS⁽¹⁶⁰⁾, as categorias violência psicológica/emocional, violência física e violência sexual.

Adota-se a definição da OMS⁽¹⁶⁰⁾ para VPI: aquela que ocorre em uma relação íntima, referindo-se a qualquer comportamento que cause dano físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte da relação, e inclui os atos de agressão física (tais como estapear, socar, chutar e surrar); de abuso psicológico (intimidação, constante desvalorização e humilhação, agressão verbal, ameaças, rejeição, privação da liberdade); e os sexuais, com relações sexuais forçadas e outras formas de coação sexual, além de vários comportamentos controladores (isolar a pessoa de sua família e amigos, monitorar seus movimentos e restringir seu acesso às informações ou à assistência).⁽²⁴⁾

Nesta pesquisa, agressão verbal, atos de negligência e de coação moral, e violência emocional, serão utilizados como sinônimos de violência psicológica. Aqueles estudos que separavam a agressão verbal da psicológica, caso tenham as suas prevalências citadas, tiveram seus dados agrupados (agressão verbal e/ou violência psicológica e/ou coação moral e negligência e/ou comportamento controlador) como fazendo parte do mesmo grupo (violência psicológica)

Para violência física, alguns estudos^(3, 4, 5, 21) da presente revisão de literatura, utilizaram-se da divisão proposta pela OMS (2005)⁽¹⁹⁸⁾ para essa classificação, na qual estapear, empurrar ou chacoalhar são definidos como violência física moderada, enquanto socar, chutar, arrastar, ameaçar com uma arma ou usar arma são definidos como violência física grave. Nesta dissertação não se fará distinção entre estes tipos de violência física. As dimensões de violência citadas serão: violência psicológica, física, sexual e violência não-especificada.

Minayo (2009, p. 22)⁽³¹⁾ afirma que “[...] violência não é um problema médico típico, é, fundamentalmente, um problema social que acompanha toda a história e as transformações da humanidade”, o que demonstra que há um processo sócio histórico implicado nesse conceito. Dessa forma, disserta-se, nos parágrafos que seguem, sobre os avanços no enfrentamento da violência no Brasil e no Mundo.

3.1.2 Avanços no enfrentamento da violência no Brasil e no mundo

Ao longo da História da Humanidade, dificilmente alguma sociedade fora totalmente isenta de violência⁽³⁰⁾, havendo relatos de atos violentos em vários documentos da antiguidade, e até mesmo nas narrativas bíblicas.

Há algumas formas que se estendem por quase todas as sociedades e persistem nos tempos atuais: é o caso da violência de gênero, principalmente aquela praticada pelo homem contra a mulher, das diferentes formas de discriminação de raças, e aquelas que se fundamentam nos papéis diferenciados por idade.⁽³¹⁾

Todavia, apesar de a violência fazer parte da humanidade desde tempos mais remotos, apenas nas últimas décadas, mais precisamente na década de 1990, ela foi elencada como um assunto mundialmente relevante, passando a receber a devida importância no campo da saúde pública.

Em 1996, a 49ª Assembleia Mundial de Saúde adotou a Resolução WHA49.25, que considerou a violência como um dos principais problemas de saúde pública no mundo, chamou a atenção para as severas consequências da violência para indivíduos, famílias, comunidades e países, e destacou os efeitos prejudiciais que ela gera no setor de serviços de saúde. Além disso, a Assembleia pediu aos Estados Membros que avaliassem o problema da violência dentro de seus territórios, com urgência, e solicitou ao Diretor Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁶⁰⁾ que organizasse campanhas de saúde pública para alertar sobre o problema.⁽²⁴⁾

Nesse contexto, surge em 2002, como parte da resposta da OMS⁽¹⁶⁰⁾ à Resolução WHA49.25, o primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, que atende aos vários setores sociais, da saúde, pesquisa, educação e segurança. Este relatório tem por objetivo alertar sobre o problema da violência em nível mundial, ampliando a consciência acerca desse tema, e mostrar que a violência pode ser prevenida e que a saúde pública tem um papel crucial no reconhecimento de suas causas e consequências.⁽²⁴⁾

No Brasil, O MS-Ministério da Saúde, entendendo que as violências e os acidentes provocam um grande peso social e econômico, sobretudo ao Sistema Único de Saúde (SUS), e que as intervenções centradas na vigilância, prevenção e promoção da saúde são fundamentais para o enfrentamento desse problema, implementaram, em 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências –

Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001, aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite, por meio da Resolução nº 309, de 08 de março de 2001.⁽⁵⁸⁾

A notificação das violências foi imposta como obrigatória por inúmeras normas e leis, tais como a Lei nº 10.778/2003³⁽²⁰³⁾, que instituiu a notificação compulsória de violência contra a mulher; o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); e, a Lei nº 10.741/2003, que instituiu o Estatuto do Idoso (EI)⁽⁵⁸⁾.

Em 2006, as ações de prevenção de violências e acidentes e de promoção da saúde foram priorizadas dentre as ações contidas na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), por intermédio da Portaria MS/GM nº 687⁴⁽²⁰⁴⁾. Nesse mesmo ano, o Pacto pela Saúde foi aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) como ferramenta redefinidora de responsabilidades dos gestores em função das necessidades de saúde da população e da busca da equidade social. Na sua dimensão Pacto pela Vida, foram incluídos, como uma das Prioridades, indicadores para monitorar a Atenção Integral e Proteção às Pessoas em Situação ou Risco de Violências⁽⁵⁸⁾.

Ainda em 2006, o MS implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA)⁽⁵⁷⁾, mediante a Portaria MS/GM nº 1.356⁵⁽²⁰⁵⁾, de 23 de junho de 2006 e, mediante a Portaria MS/GM nº 1.876⁶⁽²⁰⁶⁾, de 14 de agosto, foram instituídas as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio (DNPS)⁽⁵⁸⁾.

E, para consolidar a implementação dessas políticas, especialmente, no tocante à vigilância epidemiológica de violências e acidentes, o MS publica o Instrutivo para o Preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências⁷⁽²⁰⁷⁾. O seu objetivo é subsidiar os profissionais que atuam nos serviços que atendem pessoas que sofreram ou que vivem em situações de violências a um preenchimento mais padronizado dessa ferramenta de coleta de dados⁽⁵⁸⁾.

Conhecido parte do processo sócio, histórico e cultural dos avanços das políticas públicas e movimentos contra a violência, a seguir disserta-se sobre o objeto principal desta pesquisa: a violência contra a mulher.

3.1.3 Violência contra a mulher

A introdução da categoria de gênero foi importante para as relações de violência intrafamiliar serem percebidas, pois trouxe à tona o entendimento dos papéis socialmente pré-definidos para homens e mulheres como continuadores de relações hierárquica desiguais. Assim, a violência contra a mulher pode ser visualizada por meio do poder exercido sobre ela, legitimado historicamente pela dominação masculina sobre o outro gênero.^(111, 190)

A violência perpetrada pelo parceiro íntimo (VPI) é amplamente reconhecida como uma das formas mais comuns de violência contra as mulheres⁽¹⁹¹⁾, que apresentam maiores riscos de serem agredidas por quem convive em conjugalidade com elas⁽¹¹⁰⁾.

Estudos em todo o mundo mostram sua elevada prevalência e variabilidade: 15% a 71%^(101, 110). O maltrato doméstico tende a ser crônico, ocorrendo desde o início da relação e, em média, as mulheres permanecem na situação de violência durante um período não inferior a 10 anos⁽⁹⁸⁾. No Brasil, a prevalência de violência física e/ou sexual é de 28,9% em São Paulo, SP, e de 36,9% na região da Zona da Mata de Pernambuco^(37, 38).

A violência contra a Mulher é responsável por 5 a 20% dos anos de vida saudáveis perdidos em mulheres de 15 a 44 anos⁽¹⁹⁴⁾. No mundo, um em cada cinco dias de absenteísmo no trabalho feminino decorre da violência doméstica⁽²⁵⁾. Nos Estados Unidos, um terço das internações de mulheres em unidades de emergência é consequência de agressões sofridas em casa, e, na América Latina, a violência doméstica incide sobre 25% a 50% das mulheres⁽²⁵⁾. Sobre a realidade brasileira, Adeodato et al (2005)⁽²⁵⁾ afirmam que o Brasil é o país com os maiores índices de violência doméstica: 23% das mulheres estão sujeitas à violência doméstica, estimando que, a

³ Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. (http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viv_Identificacao/lei%2010.778-2003?OpenDocument)

⁴ Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde.

⁵ http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_11_2013_14.57.23.7ae506d47d4d289f777e2511c83e7d63.pdf

⁶ Credencia Municípios a receberem incentivos referentes às equipes de Consultório na Rua, que compõem o Bloco da Atenção Básica. (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf)

⁷ Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html

⁸ A ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que instituiu o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idoso são de notificação obrigatória. (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf)

cada quatro minutos, uma mulher sofre agressão, e em 85,5% dos casos de violência física contra mulheres, os agressores são seus parceiros.

A análise dos dados de Adeodato et al (2005)⁽²⁵⁾ sugere que a violência doméstica está associada à percepção negativa da saúde mental da mulher, das quais 78% apresentavam ansiedade e insônia, 65% sintomas somáticos, 40% depressão grave e 26% disfunção social⁽²⁵⁾.

A violência contra a mulher acarreta graves consequências para seu pleno desenvolvimento pessoal e para sua saúde, sendo considerada um sério problema de saúde pública⁽⁶⁸⁾. Essa violência reflete-se em aumento nas taxas de suicídio, abuso de drogas e álcool, incidência de problemas de saúde como cefaléias e distúrbios gastrointestinais⁽³⁴⁾, além de todo o sofrimento psíquico causado pela incapacidade da mulher para enfrentar a situação vivida. Em relação à saúde reprodutiva, a violência contra a mulher tem sido associada à gravidez indesejada, dor pélvica crônica, doença inflamatória pélvica e doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a Aids⁽³⁴⁾. Ainda, haveria doenças de ocorrência tardia como a artrite, hipertensão e problemas cardíacos⁽¹⁸³⁾.

De um modo quase que naturalizado, vêm se destacando articulações entre masculinidade e violência a ponto de a segunda expressão ser entendida como pertencente à primeira. Dessa forma, o fato de Homens expressarem formas de violência poderia ser visto como uma redundância do exercício da masculinidade. Popularmente persistem atitudes que desculpam ou licenciam comportamentos violentos masculinos, bem como atitudes que cobram certo grau de violência nas condutas masculinas, para que os envolvidos recebam o atestado de ser homem. Nesse cenário de associação entre o ser masculino e o ser violento, as relações de gênero podem ser construídas e reproduzidas calcadas em uma lógica onde a violência seria a referência para se diferenciar o homem da mulher.⁽¹¹²⁾

Aceitar a violência por parceiro íntimo, considerar as mulheres como inferiores, licenciar papéis de gênero restritivos, e perpetrar os valores patriarcais dominantes, são atitudes que podem garantir a manutenção da violência, transferindo-a através das gerações por processos de aprendizagem, por meios de comunicação, nas escolas, e pela vivência em situações de violência em diferentes partes da vida.⁽¹⁹⁵⁾

Quando se aborda a violência doméstica entre membros da família, pode-se falar da violência intergeracional, ou seja, a reprodução de comportamentos violentos ao longo de gerações. Para Gupta, et al. (2008)⁽¹¹⁵⁾ homens que testemunharam violência entre os pais apresentavam quatro vezes mais chances de agredir a parceira. Abrahams, et al. (2006)⁽⁴¹⁾ afirmam que testemunhar violência foi mais importante que ter sofrido violência, provavelmente porque pela observação a criança aprende que a violência é a tática adequada para resolver conflitos conjugais e lutar por sua posição na casa.

Em estudo conduzido com homens para analisar a violência conjugal, Alves e Diniz (2005)⁽⁴⁴⁾ concluíram que os participantes apoiaram-se no processo de socialização do homem e da mulher para definirem a função de marido e esposa. Basearam-se em uma perspectiva assimétrica e hierarquizada, em que os referenciais de masculinidade e a inadequação da mulher, ao seu papel social, são utilizados como explicação para o uso da violência na relação conjugal.

A violência contra a Mulher possui etiologia múltipla. Dentre as possibilidades existentes, o alcoolismo tem sido citado por inúmeros pesquisadores^(1, 2, 4, 5, 8, 11, 12, 13, 14, 18, 19, 20) como um fator de risco para o aumento da perpetração da violência domiciliar pelo parceiro íntimo.

A associação entre violência doméstica contra a mulher e o uso de bebidas alcoólicas tem sido observada em pesquisas realizadas em países como EUA, Reino Unido, Austrália e Suíça. Pesquisas norte-americanas apontam que em 50% a 70% dos casos de violência entre casais houve consumo de álcool pelo marido antes da agressão^(120, 129, 138, 152). Outro estudo nos EUA que analisou chamados policiais por violência doméstica encontrou 86% de casos em que os agressores haviam consumido álcool no dia da agressão⁽⁶⁰⁾.

Na América Latina, em um estudo envolvendo oito cidades (Salvador e Rio de Janeiro, Brasil; Santiago, Chile; Cali, Colômbia; San José, Costa Rica; San Salvador, El Salvador; Caracas, Venezuela), 68% dos agressores tinham consumido álcool antes de agredirem suas mulheres⁽¹⁴⁴⁾. Em outro estudo realizado em cinco países (Colômbia, República Dominicana, Haiti, Nicarágua e Peru), as mulheres cujos parceiros se embriagavam com frequência tinham 2,6 a 9,8 vezes mais probabilidade de sofrer violência, comparadas às mulheres de parceiros que não se embriagavam⁽¹⁰⁵⁾. No Brasil, um levantamento domiciliar mostrou que os agressores estavam embriagados em 52% dos domicílios com histórico de violência⁽¹⁵⁶⁾.

O uso do álcool pelo companheiro está presente em 70% dos casos de mulheres violentadas que procuram ajuda, além disso, verifica-se correlação direta entre consumo de álcool pelo agressor e agressão aos filhos⁽²⁵⁾. Há evidência de que indivíduos violentos, de ambos os sexos, geralmente apresentam história de violência na infância⁽⁷⁵⁾.

De acordo com o modelo farmacológico, o álcool provoca desinibição e reduz a capacidade de julgamento, o que pode, em algumas situações, facilitar ou servir como justificativa para a ocorrência de determinados comportamentos mais agressivos^(54, 103, 105, 122, 138, 192). As alterações nos níveis de

neurotransmissores monoaminérgicos, como a dopamina e a serotonina, também podem estar associadas com a agressão relacionada ao álcool^(55, 74).

No entanto, entre as múltiplas vertentes propostas para explicar a violência, o consumo excessivo do álcool é uma das mais controversas, pois não existe consenso sobre se essa associação é causal ou se o consumo do álcool é usado como desculpa pelo comportamento violento⁽¹³⁴⁾. Provavelmente trata-se de uma relação complexa, que envolve vários outros fatores biológicos, psicológicos e sociais^(55, 74, 130, 140).

Para além das questões acima tratadas, é importante a compreensão do processo sócio histórico dos movimentos feministas e de mulheres por uma legislação contra a impunidade no cenário nacional e internacional, uma vez que esse processo colocou a violência no patamar de violação ao indivíduo vitimizado. A partir disso, a violência passaria a ser objeto de políticas públicas de enfrentamento.^(47, 114)

3.1.4 Enfrentamento da violência de gênero – percursos na criação das principais políticas de saúde pública

Nas décadas de 1970 e 1980 houve um fortalecimento do movimento das mulheres contra a violência, ocasião em que se implantaram as primeiras políticas públicas no Brasil, como o Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNDM)^(8, 208). Esse movimento foi fundamental para o processo de mudanças sociais e de legislação.

No ano de 1979 foi aprovada, pela Organização da Nações Unidas (ONU), a Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women – Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDA W)⁽⁶⁹⁾ –, que entrou em vigor apenas em 1981, sendo ratificada, com reservas, pelo governo brasileiro em 1984. Em 1994, o Estado brasileiro retirou as reservas à convenção, ratificando-a plenamente.

A CEDA W prevê a eliminação de todos os tipos de discriminação contra a mulher e a igualdade entre mulheres e homens assegurada pelo Estado. Segundo Barsted (2006)⁽⁵²⁾, a convenção contribuiu para a inclusão, na Constituição Federal de 1988, da igualdade de direitos de homens e mulheres na vida pública e privada, além da inclusão de outros direitos individuais e sociais femininos. Ao retificar a CEDA W, o Estado brasileiro comprometeu-se, perante o sistema global, a coibir todas as formas de violência contra a mulher e a adotar políticas destinadas a prevenir, punir e erradicar a violência de gênero.

Com base nas demandas surgidas, em 1985 foi criada no Brasil a primeira delegacia de polícia de atendimento à mulher, em São Paulo, e nos anos seguintes, em outros estados. Dessa forma, a criação das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM)⁽⁹¹⁾ vem efetivar o compromisso assumido perante os sistemas internacionais. Tal iniciativa contribuiu para dar maior visibilidade à problemática da violência contra a mulher, especialmente a doméstica, favorecendo a discussão da natureza criminosa da violência perpetrada sob questões de gênero, além de criar uma via de enfrentamento e erradicação da violência contra a mulher no Brasil.

A violência contra a mulher voltou ao cenário internacional em 1993, com a Declaração de Viena, em que se consideraram os vários graus de manifestações de violência, incluindo as resultantes de preconceito cultural e tráfico de pessoas. Um importante avanço dessa declaração foi a revogação da violência privada como criminalidade comum, considerando-se, assim, que a violência contra a mulher infringe os Direitos Humanos e é realizada principalmente na esfera privada. Um ano depois, em 6 de junho, a Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) aprovou a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará. Essa Convenção foi ratificada pelo Brasil em 1995. No mesmo ano, a IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, realizada em Beijing, na China, propôs ações com objetivos de igualdade, desenvolvimento e paz.⁽⁷⁹⁾

Baseado nas discussões de âmbito internacional e nacional, o Brasil elaborou políticas públicas vigentes que abrangem a violência por parceiros íntimos. Em 2002, tomando por base o Relatório Violência e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁶⁰⁾, o Brasil considerou a necessidade de criar uma política para redução da morbimortalidade por acidentes e violências.

Em relação aos mecanismos institucionais, ocorreu um importante avanço em 2003, com o recolhimento de *status* ministerial dado à Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) pelo Governo Federal. Essa secretaria resgatou a atuação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) da década de 1980, e intensificou sua interlocução com os movimentos de mulheres e foi reconhecida, por estes, como aliada na defesa de políticas públicas com a perspectiva de gênero. A atuação dessa secretaria, em sintonia com os movimentos de

⁸ Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) foi criado em 1985, vinculado ao Ministério da Justiça, para promover políticas que visassem eliminar a discriminação contra a mulher e assegurar sua participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país. (<http://www.spm.gov.br/conselho>)

mulheres e em interlocução com o Congresso Nacional, foi de grande importância na aprovação da Lei 11.340⁹ (132)

Do ponto de vista legislativo, apenas em 1940 que o Código Penal brasileiro veio a caracterizar a agressão física do marido contra a mulher como delito passível de punição, embora com penas um tanto quanto brandas. Muitos anos depois, em Agosto de 2006, foi sancionada a Lei no 11.340, que entrou em vigor em 22 de setembro do mesmo ano, e recebeu o nome de lei “Maria da Penha” em homenagem à Sra. Maria da Penha Maia Fernandes, símbolo da luta contra a violência familiar e doméstica.⁽¹³²⁾

Esta Lei estabeleceu como violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero, que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico e dano moral ou patrimonial no âmbito da unidade doméstica, da família ou em qualquer relação íntima de afeto na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.⁽¹³²⁾

A partir desta Lei, todo caso de violência doméstica e intrafamiliar contra a mulher é crime e deve passar por um inquérito policial que será remetido ao Ministério Público (MP). Os crimes deverão ser julgados nos Juizados Especializados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, instrumentos criados a partir dessa legislação, ou, enquanto estes não existirem, nas Varas Criminais. Dentre outras conquistas, a lei tipifica os tipos de violência doméstica, proíbe a aplicação de penas pecuniárias aos agressores, prevê a prisão em flagrante de agressores, amplia a pena a eles imputada de até 1 ano para até 3 anos, afastamento do homem do ambiente familiar e a possibilidade de sua prisão preventiva ser decretada; e determina o encaminhamento das mulheres em situação de violência, assim como de seus dependentes, a programas e serviços de proteção e de assistência social.⁽¹²⁾

Como pano de fundo desses processos de enfrentamento da violência contra as mulheres, situa-se a Reforma Psiquiátrica, na tentativa de romper com o paradigma cultural de empoderamento por pré-conceitos. Este movimento, também denominado de desinstitucionalização, incrementa o surgimento de uma rede de atenção integral e intersetorial, de preferência territorializada, para os cuidados das mulheres vítimas de violência⁽⁴⁶⁾, conforme disserta-se no próximo item.

3.1.5 Interfaces entre reforma sanitária/psiquiátrica e a atenção psicossocial às mulheres agredidas

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde. Embora contemporâneo, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar.⁽⁵⁶⁾

A situação da assistência psiquiátrica no Brasil, restrita ao modelo manicomial até o final da década de 70, foi marcada pela ineficácia dos tratamentos e a violação dos direitos humanos. Nesse período, muitos debates sobre a loucura e os efeitos da instituição asilar vieram à tona, e a questão da violência institucional e da segregação dos internos tornou-se pauta principal das discussões dos profissionais de saúde e grupos de familiares de internos. O modelo até então utilizado, pautado no paradigma biomédico, mostrava sinais de falência.⁽⁴⁵⁾

Em 1989, um projeto de lei do deputado Paulo Delgado, apresentado ao Congresso Nacional, sugeria um novo modelo de tratamento na assistência psiquiátrica. Este modelo intensificou ainda mais os debates sobre a questão antimanicomial, provocando polêmicas entre diversos setores e grupos sociais⁽⁴⁵⁾. Não virou lei, mas em 2001 um projeto substitutivo configurou-se na Lei Federal nº 10.216¹⁰⁽²⁰⁹⁾, que trata essencialmente dos direitos dos portadores de doenças mentais e de uma reorientação do modelo assistencial, redirecionando o atendimento para serviços de base comunitária.

Essas mudanças foram fundamentais para selar um compromisso com uma assistência mais humanizada e cidadã para os usuários dos serviços públicos de saúde. De forma concreta, a Reforma Psiquiátrica possibilitou uma oferta de cuidados diferenciados aos portadores de sofrimento psíquico, com mudanças significativas nos saberes e práticas assistenciais, criando um novo modelo de assistência: a Atenção Psicossocial.^(187, 45)

Inserida no campo da Reforma Psiquiátrica, e representando um processo de transição paradigmática, a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas e político-ideológicas para possibilitar

⁹ Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)

¹⁰ Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)

a substituição do Modelo Asilar. Suas ações político-ideológicas trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. Suas ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação dos modelos institucionalizantes.⁽⁸³⁾

Desse modo, é possível indicar que a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao antigo modelo. Sua origem remonta a uma série de contribuições vindas das diferentes experiências históricas internacionais que incluem, sobretudo, a Psiquiatria de Setor e Psicoterapia Institucional na França, Saúde Mental Comunitária nos EUA, a Antipsiquiatria e Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, e a Psiquiatria Democrática Italiana com o movimento da desinstitucionalização.⁽⁸²⁾

As Práticas da Atenção Psicossocial são complexas e amplas, e incluem os mais diversos setores da sociedade. Amarante (1999)⁽⁴⁶⁾ especifica as transformações na Saúde Mental em quatro campos: teórico-assistencial, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

- **O campo teórico-assistencial** percorre as **produções teóricas** que tentam desconstruir conceitos do paradigma biomédico e definir um novo objeto de **conhecimento**, um novo paradigma;
- **No campo técnico-assistencial** é que a Reforma Psiquiátrica tem deixado mais visíveis suas inovações, ao construir uma rede de **novos serviços**: espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades;
- **O campo jurídico-político** se propõe à revisão das **legislações** e tenta instaurar a construção de novas possibilidades de ingresso social. Destaca-se a revisão das legislações sanitárias, civil e penal, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social; e a consolidação de várias leis municipais, estaduais, e nacionais;
- **O campo sociocultural** tem por objetivo transformar o imaginário social acerca das concepções segregadoras e de empoderamento unilateral, buscando **práticas sociais** de solidariedade e inclusão.

No presente estudo, essas dimensões serão adotadas como critérios de análise da práxis da Atenção Psicossocial.

As mulheres que sofrem violência geralmente frequentam os serviços de saúde, o que pressupõe que esses serviços devam estar preparados para lidar com o fenômeno. Essa relação da VPI com o serviço de saúde é complexa. Envolve questões como invisibilidade social, impunidade dos casos, medo do agressor, despreparo do manejo de casos por profissionais de saúde, não reconhecimento do problema no campo da saúde e pouca articulação intersetorial para referência e contra referência dos casos.⁽⁸⁹⁾

Busca-se neste estudo, identificar e refletir sobre a atenção e cuidados disponíveis no Brasil e em outros países, abordados na literatura, a fim de aprofundar o conhecimento científico sobre o atendimento e encaminhamento dessas mulheres.

3.2 ALCOOLISMO: HISTÓRIA, CONCEITOS E FISIOPATOGENIA

A palavra álcool deriva do árabe al-kuhul, que significa essência, afirmam Seibel e Toscano Jr. (2001).⁽¹⁸⁰⁾ Desde os tempos pré-bíblicos, os efeitos da alcoolização excessiva são conhecidos e citados.⁽¹⁸¹⁾ Para Carneiro (2010)⁽⁶⁷⁾, provavelmente, as primeiras substâncias psicoativas que haviam sido apresentadas para o consumo humano foram as bebidas alcoólicas fermentadas. Essas bebidas podem ter surgido a partir de ocorrências de fermentações acidentais, depois repetidas de forma proposital.

O vinho é originário da Ásia, no Irã, e sua expansão ocorreu há cerca de cinco mil anos, a partir das civilizações da antiguidade oriental. O seu Deus mais característico no Ocidente, Dioniso, uma divindade com características muito peculiares, corporificou a representação do álcool na tradição mitológica clássica.⁽⁶⁷⁾

Louis Lewin, farmacólogo que cunhou umas das primeiras classificações das drogas por seus efeitos, referiu que “[...] a exceção dos alimentos, não existem, na terra, substâncias que tenham estado tão intimamente associadas à vida dos povos, em todos os países e em todos os tempos” (1970, p. 17).⁽¹³⁶⁾

Além disso, o uso de álcool é estimulado para ampliar laços sociais. Para Carneiro “[...] a congregação humana festiva e lúdica é outro aspecto central na capacidade que certas drogas possuem de facilitar a sociabilidade, criando, assim, meios de intensificação das relações humanas”. (2010, p. 11)⁽⁶⁷⁾.

Até o século XVIII, a produção do álcool era exclusivamente artesanal. Nesse período, já havia descrições de pessoas embriagadas, porém não há registros da frequência desse uso nocivo.

Com a revolução industrial inglesa, a indústria impulsionou o fabrico de bebidas em maiores quantidades e passou a produzir bebidas destiladas, facilitando o acesso ao produto por um grande número de pessoas, e multiplicando o uso do álcool pela sociedade, que passou a consumi-lo com maior frequência e intensidade.⁽³⁹⁾

Desde então, começa-se a perceber algumas complicações físicas e mentais em razão da ingestão de bebidas alcoólicas.

O termo alcoolismo é geralmente empregado para designar um transtorno pelo uso crônico e excessivo de álcool como resultado de problemas psicológicos, interpessoais e médicos⁽¹²⁵⁾. No presente estudo, o termo alcoolismo será utilizado com sinônimo de uso problemático de álcool, uso nocivo de álcool, abuso de álcool, beber em *binge*, síndrome da dependência de álcool, beber moderado ou beber em grande quantidade, e bebedor problema.

A compreensão das razões que levam ao uso abusivo e à dependência de drogas partiu de uma visão moralista, nos séculos passados, segundo a qual alguém se tornava dependente de álcool por falta de caráter, para um modelo de “doença”. Um dos pioneiros dessa visão foi Jellinek (1952)⁽¹²¹⁾ com a publicação do livro *The Disease Concept of Alcoholism*, que teve enorme influência no desenvolvimento dessa visão.

Em 1977, a OMS refere-se à “Síndrome de Dependência do Álcool”, como sendo uma incapacidade relacionada à ingestão dessa bebida. Nessa síndrome há uma alteração no funcionamento mental, social ou físico do sujeito, de tal ordem que se pode concluir que o álcool é a causa determinante da incapacidade.⁽¹⁸⁰⁾

Em 1978, na Classificação Internacional de Doenças – 9ª Revisão (CID – 9)⁽⁷⁶⁾ –, a palavra alcoolismo é abolida e se introduz, pela primeira vez, uma diferenciação entre abuso de álcool sem dependência e síndrome de dependência do álcool. A CID 10⁽²¹⁰⁾, em 1992, manteve essa classificação.

Já em 1999, o DSM IV (4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª Revisão, norte – americana)⁽⁹⁶⁾ tentou definir os conceitos de gravidade e remissão, pois as definições dos manuais anteriores eram imprecisas.

Em 2011, segundo dados da OMS, o consumo de álcool excessivo no mundo é responsável por 2,5 milhões de mortes a cada ano. O percentual equivale à 4% de todas as mortes no mundo, o que faz com que o álcool se torne mais letal que a Aids e a tuberculose. A OMS também estima que 76,3 milhões de pessoas possuam diagnóstico do consumo abusivo de álcool.⁽¹³³⁾

O crescimento econômico do Brasil, nos últimos 10 anos, foi o maior da história. Evidências mostram que uma maior renda per capita está relacionada com aumento de consumo de álcool, o que torna o país um mercado promissor para a indústria do álcool.⁽¹³³⁾

O brasileiro está bebendo mais e de forma mais nociva. Esta é uma das conclusões do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) divulgado em abril de 2013, que estima que 11,7 milhões de pessoas sejam dependentes de álcool no país. O levantamento foi produzido pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). A primeira edição do estudo foi divulgada em 2006. Os resultados do II LENAD foram obtidos por meio de entrevistas feitas com uma amostra probabilística da população brasileira, em 149 municípios brasileiros.⁽¹³³⁾

Em 2012, houve crescimento de 20% na proporção de bebedores frequentes, (quando o indivíduo bebe uma vez por semana ou mais), em relação ao estudo de 2006. Quando diferenciada a ingestão de bebidas entre homens e mulheres, o percentual dos que consomem álcool com frequência entre os homens saltou de 56% para 64%, e entre mulheres de 29% para 39% da primeira para a segunda análise. Já na segmentação dos entrevistados entre as regiões do Brasil, o consumo de álcool regular revelou-se maior na região Sudeste onde saltou de 46% na pesquisa de 2006 para 60% em 2012. Os percentuais de pessoas que bebem frequentemente na Sul foi de 55% , onde o índice anterior era de 43% em 2006.⁽¹³³⁾

O modo de beber em *binge*, considerado um indicador de beber nocivo, quando o indivíduo ingere grandes quantidades de álcool (5 unidades de álcool para homens e 4 unidades para mulheres) em um período curto de tempo (2 horas), também foi identificado separadamente na pesquisa. Observou-se que entre 2006 e 2012 houve um aumento significativo desta forma de consumo, de 45% para 59% na população de bebedores.⁽¹³³⁾

Ainda, segundo o último LENAD, 32% dos entrevistados bebem moderadamente e 16% consomem quantidades nocivas de álcool. Quase dois a cada dez dos bebedores (17%) apresentou critérios para abuso e/ou dependência de álcool.⁽¹³³⁾

Sabemos que, ao tratar-se de alcoolismo, assim como de outras doenças psiquiátricas, está bem evidenciada a etiologia multifatorial, com influências genéticas, ambientais, familiares, sociais e psicológicas.⁽³⁹⁾

Esse transtorno configura-se como grave problema de saúde pública, tratado como uma questão de ordem internacional^(93, 106, 139, 143, 161, 167), tanto por estar diretamente relacionado ao significativo aumento da violência e criminalidade,^(71, 74, 145, 168) como, também, por ser causa direta de morbidade e mortalidade na população em geral^(106, 142, 147, 154, 161).

As consequências do uso problemático de álcool são percebidas na perda da liberdade individual, nas consequências físicas e psíquicas desses indivíduos, e no desmantelamento da estrutura familiar, com frequência ligada a atos de violência, no aumento considerável dos acidentes de trânsito provocados por motoristas e/ou pedestres alcoolizados, assim como no absenteísmo ao trabalho, causando perdas incalculáveis para as empresas e

para os indivíduos acometidos.⁽¹³³⁾

O álcool tem ação no Sistema Nervoso Central (SNC) e causa alterações orgânicas, cognitivas e comportamentais em ambos os sexos^(92, 179). Conforme o tempo de uso e a quantidade consumida, graves prejuízos à saúde podem se intensificar e tornar-se irreversíveis, impactando negativamente na qualidade de vida^(85, 161).

Sua ação difusa no SNC altera as funções neuroquímicas dos sistemas GABA (Ácido Gama-Aminobutírico)⁽⁷⁰⁾, glutamato⁽¹⁶¹⁾, serotonina^(48, 102, 131), norepinefrina^(124, 131), dopamina e acetilcolina.^(93, 99) O álcool pode afetar estes sistemas diretamente e/ou as interações entre eles⁽⁹⁹⁾, comprometendo o funcionamento de diversas áreas cerebrais de homens e mulheres⁽¹⁴¹⁾.

Em uma amostra constituída por 50 homens e 10 mulheres em tratamento para o uso do álcool constatou-se que 60% apresentaram alterações cerebrais mesmo depois de 28 dias de abstinência. As áreas mais afetadas foram: os lobos pré-frontal, temporal e parietal. De uma maneira geral, constataram-se alterações focais em 58,3%, difusas em 41,7% e bilateral em 95%, comprovando que o uso crônico acarreta prejuízos importantes em ambos os sexos, mesmo após período de abstinência.⁽¹⁶³⁾

As alterações neuroquímicas e os danos cerebrais ocasionados pelo uso crônico do álcool provocam importantes prejuízos das funções cognitivas e executivas em ambos os sexos^(62, 85) observados na memória^(61, 165, 176), na atenção, nas habilidades viso-espaciais, no raciocínio abstrato, na aquisição de informações^(53, 85, 161), no controle dos impulsos⁽¹⁵⁰⁾ e nos níveis de ansiedade e agressividade. Estimativas indicam que dentre os usuários crônicos do álcool, 50 a 85% exibem sinais de prejuízos cognitivos⁽¹⁶¹⁾.

Corroborando estes dados, Monnot et al (2001)⁽¹⁵¹⁾ verificaram que usuários crônicos do álcool apresentam danos nas habilidades associadas com o hemisfério direito, as quais estão relacionadas com aspectos afetivos e emocionais. Desta forma, constata-se que em usuários do álcool, a capacidade de compreender a emoção associada à linguagem está prejudicada, resultando em erros de julgamento e, conseqüentemente, perdas importantes nas interações sociais. Os autores ressaltaram que a perda da capacidade de julgamento e dificuldade de interpretar o significado da linguagem, associados à agressividade resultante da ação psicoativa do álcool, são importantes geradores de violência.

As alterações cerebrais decorrentes do consumo crônico de álcool podem chegar a estágios muito avançados de deterioração mental, como no caso da Demência Persistente Induzida pelo Álcool e do Transtorno Amnésico Persistente induzido pelo Álcool (Síndrome de Korsakoff)⁽⁸⁵⁾. O uso crônico do álcool também é responsável por desencadear outras patologias como: neoplasias de lábio, cavidade oral, faringe, laringe, esôfago e fígado, gastrite, varizes esofagianas, pancreatites aguda e crônica, diabetes mellitus, tuberculose, hepatite C, pneumonia e convulsões, as quais, prejudicam de forma considerável a qualidade de vida dessas pessoas⁽¹⁴²⁾.

No sexo masculino, por sua vez, verifica-se que as áreas mais afetadas pelo uso do álcool são as corticais, especialmente as áreas pré-frontais, envolvidas no raciocínio, no julgamento de valor, na resolução de problemas⁽¹⁷⁶⁾, resultando em alterações de conduta como aumento da impulsividade e agressividade. Sendo, portanto, um aspecto relevante a ser considerado na compreensão dos elevados índices de criminalidade nos homens, usuários de álcool, envolvidos em comportamentos de risco e/ou práticas violentas⁽¹⁵⁵⁾.

4 METODOLOGIA

A metodologia de uma pesquisa contempla o percurso necessário para que se chegue a uma finalidade, relacionada aos objetivos estabelecidos para essa pesquisa. Para Minayo (2006)⁽³⁰⁾, a metodologia seria o caminho e os instrumentos de abordagem de uma realidade, e engloba concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas utilizadas para a apreensão da realidade e o potencial criativo do pesquisador.

O estudo se utiliza da RS – Revisão Sistemática da Literatura – com o objetivo de analisar a violência no contexto das relações conjugais contra mulheres de alcoolistas. A RS, de acordo com Newell e Burnard “[...] é um processo desenvolvido para identificar o assunto central de uma revisão da literatura, de interesse para a prática, realizando a busca e extração do mais relevante acorde aos critérios que têm sido auditados e respeitados por outros”. (2006, apud MEDINA, PAILAQUILÉN, 2010, p. 2)⁽¹⁴⁶⁾. E constitui-se de um método moderno para avaliação de um conjunto de dados simultâneos, permitindo ao pesquisador distinguir um tratamento eficiente daquele que não é, além de resolver controvérsias em condutas e de determinar terapêuticas que devam ser implementadas.

A RS, de acordo com Ciliska, Cullum e Marrks (2001)⁽⁷⁷⁾, difere da revisão tradicional, uma vez que busca superar possíveis vieses em todas as etapas, seguindo um método rigoroso de busca e seleção de pesquisas; avaliação da relevância e validade das pesquisas encontradas; coleta, síntese e interpretação dos dados oriundos das pesquisas.

A pesquisa eletrônica foi realizada no dia 22 de Dezembro de 2013 fazendo-se uma busca exaustiva das bases de dados Medline - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online via PubMed^{11 (211)} -, LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde¹²⁽²¹²⁾ - e SciELO - Scientific Electronic Library Online¹³⁽²¹³⁾.

Os critérios de inclusão foram: pesquisas qualitativas e/ou quantitativas que abordassem a relação do alcoolismo pelo parceiro íntimo com a violência contra a mulher nas relações conjugais, ou, que mencionassem o alcoolismo do parceiro íntimo como fator de risco para a violência contra a mulher na conjugalidade, publicadas em português e inglês, no período entre 2006 e 2013. Esta escolha está pautada no LENAD – Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – 2006 e 2012⁽¹³³⁾.

Publicações em periódicos que abordam a associação do alcoolismo com a VPI praticada por qualquer um dos cônjuges, ou até mesmo por ambos, foram incluídos, desde que permitissem a análise independente da violência do cônjuge masculino contra a sua parceira.

Foram desconsideradas as publicações que não incluíam a relação do uso de álcool pelo parceiro íntimo com a VPI, as que tratavam do alcoolismo exclusivamente entre as mulheres vitimizadas e/ou perpetradoras, e aquelas que tratavam de violência fora do contexto marital/domiciliar. Também foram descartadas teses, dissertações, monografias, revisões sistematizadas da literatura, metanálises e livros ou capítulos de livros.

As estratégias de busca incorporaram vocabulário controlado do nível mais alto de cada árvore hierárquica, sempre que a fonte bibliográfica dispusesse de um tesouro ou vocabulário dinâmico de descritores. Sendo assim, os dicionários Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DECS) foram consultados para a construção da estratégia de busca. Nos casos em que um termo controlado não pôde ser identificado, a chave de busca foi construída com termos livres com base na experiência dos autores. O processo de construção das chaves de busca foi específico a cada fonte bibliográfica supracitada, com imposição de filtros em cada base.

A lista de fontes bibliográficas incluídas está descrita do Quadro 1, segundo idioma de origem, datas das buscas, chaves de busca utilizadas e número total de artigos identificados.

¹¹ Compreende mais de 23 milhões de citações de literatura biomédica do MEDLINE, revistas de ciências da vida, e livros on-line. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)

¹² É o mais importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe. Há 27 anos contribuindo para o aumento da visibilidade, acesso e qualidade da informação em saúde na Região. (<http://lilacs.bvsalud.org/>)

¹³ É uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. A SciELO é o resultado de um projeto de pesquisa da FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo, em parceria com a Bireme - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. A partir de 2002, o Projeto conta com o apoio do CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. (<http://www.scielo.org/php/index.php>)

Quadro 1- Fontes bibliográficas incluídas na revisão de literatura

Fonte Bibliográfica	Idioma da Fonte	Data da busca	Chave de busca	Uso de termos controlados	Número de artigos identificados
LILACS	Inglês e Português	22 de dez de 2013	tw:((violência* OR violence*) AND (álcool* OR alcohol*) AND (doméstica* OR domestic*) OR ("mulhere agredida" OR "battered Women")) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS") AND la:("pt" OR "en") AND year_cluster:("2012" OR "2009" OR "2008" OR "2010" OR "2013" OR "2007" OR "2011" OR "2006"))	Sim	172
PubMed	Inglês	22 de dez de 2013	("Ethanol"[Mesh] OR "Alcohols"[Mesh] OR "National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (U.S.)"[Mesh] OR "Alcohol-Induced Disorders"[Mesh] OR "Alcohol-Induced Disorders, Nervous System"[Mesh] OR "Alcohol-Related Disorders"[Mesh] OR "Alcohol Drinking"[Mesh] OR "Alcoholism"[Mesh] OR "United States Substance Abuse and Mental Health Services Administration"[Mesh]) AND ("Domestic Violence"[Mesh] OR "Spouse Abuse"[Mesh] OR "Battered Women"[Mesh]) NOT ("Elder Abuse"[Mesh] OR "Child Abuse"[Mesh] OR "Child Abuse, Sexual"[Mesh] OR "Pregnancy"[Mesh] OR "HIV"[Mesh]) AND (("2006/01/01"[PDAT] : "2013/12/31"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Portuguese[lang]) AND "adult"[MeSH Terms])	Sim	187
SciELO	Inglês Português	22 de dez de 2013	(violência\$ or violence\$) AND (álcool\$ or alcohol\$) AND (doméstica\$ or domestic\$) or ("mulhere agredida" or "battered Women")	Sim	133

Fonte: Vitória, 2013.

Foi utilizado o programa EndNoteWeb para organizar a busca e o armazenamento dos artigos encontrados. Examinou-se os títulos e, quando necessário, os resumos dos artigos identificados, com o intuito de excluir trabalhos irrelevantes da etapa seguinte da revisão, isto é, a leitura das publicações na íntegra. Na ausência dos resumos, os textos completos dos trabalhos encontrados foram verificados.

Os artigos que preencheram os critérios de inclusão, para participarem dessa pesquisa, foram submetidos à extração independente de dados pelos autores desta publicação.

Os resultados serão apresentados e discutidos divididos em 4 tópicos diferentes. Tais subdivisões emergiram do objetivo geral e dos 3 objetivos específicos.

- No 1º item, aborda-se os métodos de abordagem dos artigos selecionados na presente Revisão da Literatura;
- no 2º tópico, disserta-se a respeito da relação do álcool com a violência doméstica;
- no 3º ponto, discute-se sobre os tipos de violências praticadas contra mulheres de alcoolistas;

- e, na 4ª parte, analisa-se a situação da atenção psicossocial a mulheres vítimas de violência praticada por parceiros íntimos, à luz da Reforma Psiquiátrica, baseando-se na teoria de Paulo Amarante (1999)⁽⁴⁵⁾, conforme explicitado no item 3.1.5 dessa dissertação, que especifica e subdivide a práxis da Atenção Psicossocial em quatro campos: teórico-assistencial, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de 492 artigos foi encontrado, inicialmente, após busca nas três bases eletrônicas de dados selecionadas. Alguns artigos apareciam em mais de uma fonte bibliográfica, o que reduz esse número total de artigos individuais.

Dos 492 estudos iniciais, foram incluídos, no presente estudo, apenas 23, os quais se enquadraram nos objetivos dessa pesquisa e nos critérios de inclusão pré-definidos. Estão representados no Quadro 2.

Esse capítulo está dividido em quatro tópicos sendo: métodos de abordagem da violência contra mulheres de alcoolistas e suas implicações; a relação do álcool com a violência doméstica; tipos de violências praticadas contra mulheres de alcoolistas; e, atenção psicossocial a mulheres vítimas de violência praticada por parceiros íntimos - refletindo sobre esse tipo de cuidado.

Quadro 2 – Estudos selecionados segundo título, autor, ano de publicação, país de origem e método de abordagem

Título	AUTOR	Ano de Publicação	País de Origem	Método de Abordagem	
				Qualitativo	Quantitativo
1. Domestic violence in India: Insights from the 2005-2006 National Family Health Survey ⁽¹⁾	KIMUNA, S. R.; DJAMBA, Y. K.; CICIURKAITE, G.; CHERUKURI, S.	2013	Índia		
2. Descriptive epidemiology of intimate partner aggression in Ukraine ⁽²⁾	O'LEARY, K.D.; TINTLE, N.; BROMET, E. J.; GLUZMAN, S. F.	2008	Ucrânia		
3. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool ⁽³⁾	ZALESKI, M.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R.; RAMISSETY-MIKLER, S.; CAETANO, R.	2010	Brasil		
4. Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados ⁽⁴⁾	OLIVEIRA, J. B.; LIMA, M. C. P.; SIMÃO, M. O.; CAVARIANI, M. B.; TUCCI, A. M.; KERR-CORRÊA, F.	2009	Brasil		
5. Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the northeast of Brazil ⁽⁵⁾	SILVA, M. A.; FALBO NETO, G. H.; FIGUEIROA, J. N.; CABRAL FILHO, J. E.	2010	Brasil		
6. Percepção sobre a violência doméstica na perspectiva de mulheres vitimadas ⁽⁶⁾	WILHELM, F. A. X.; TONET, J.	2007	Brasil		
7. A Dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro ⁽⁷⁾	DEEKE, L. P.; BOING, A. F.; OLIVEIRA, W. F.; COELHO, E. B. S.	2009	Brasil		
8. Alcohol availability and intimate partner violence among US Couples ⁽⁸⁾	MCKINNEY, C. M.; CAETANO, R.; HARRIS T. R.; EBAMA, M. S.	2009	Estados Unidos		
9. A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas ⁽⁹⁾	ZANCAN, N.; WASSERMANN, V.; LIMA, G. Q.	2013	Brasil		
10. A dependência química como fator de risco para a violência doméstica contra a mulher ⁽¹⁰⁾	TRIGUEIRO, T. H.; LABRONICI, L. M.	2011	Brasil		
11. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde ⁽¹¹⁾	VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. S. C.; SANTOS, M. A.	2011	Brasil		
12. Domestic violence in Eastern India: Factors associated with victimization and perpetration ⁽¹²⁾	BABU, B.V.; KAR, S. K.	2010	Índia		
13. Intimate partner violence among general and urban poor populations in Kathmandu, Nepal ⁽¹³⁾	OSHIRO, A.; POUDYAL, A. K.; POUDEL, K. C.; JIMBA, M.; HOKAMA, T.	2011	Nepal		
14. Problem drinking and physical intimate partner violence against women: evidence from a national survey in Uganda ⁽¹⁴⁾	TUMWESIGYE, N. M.; KYOMUHENDO, G. B.; GREENFIELD, T. K.; WANYENZE, R. K.	2012	Uganda		
15. The effects of husband's alcohol consumption on	BERG, M. J.; KREMELBERG, D.;	2010	Índia		

Título	AUTOR	Ano de Publicação	País de Origem	Método de Abordagem	
				Qualitativo	Quantitativo
married women in three low-income areas of Greater Mumbai ⁽¹⁵⁾	DWIVEDI, P.; VERMA, S.; SCHENSUL, J. J.; GUPTA, K.; CHANDRAN, D.; SINGH, S. K.				
16. The longitudinal association between alcohol use and intimate partner violence among ethnically diverse community women ⁽¹⁶⁾	TEMPLE, J. R.; WESTON, R.; STUART, G. L.; MARSHALL, L. L.	2008	Estados Unidos		
17. The power of being present: the role of mindfulness on the relation between men's alcohol use and sexual aggression toward intimate partners ⁽¹⁷⁾	GALLAGHER, K. E.; HUDEPOHL, A. D.; PARROTT, D. J.	2010	Estados Unidos		
18. The relationship of alcohol problems to risk for unidirectional and bidirectional intimate partner violence among a sample of blue-collar couples ⁽¹⁸⁾	CUNRADI, C. B.; AMES, G. M.; DUKE, M.	2011	Estados Unidos		
19. The roles of victim and perpetrator alcohol use in intimate partner violence outcomes ⁽¹⁹⁾	THOMPSON, M. P.; KINGRE, J. B.	2006	Estados Unidos		
20. Factors associated with intimate partner violence against women in Serbia: a cross sectional study ⁽²⁰⁾	DJIKANOVIC, B.; JANSEN, H. A. F. M.; OTASEVIC, S.	2010	Sérvia		
21. Intimate partner violence against women in the capital province of Sri Lanka: prevalence, risk factors, and help seeking ⁽²¹⁾	JAYASURIYA, V.; WIJewardena, K.; AXEMO, P.	2011	Sri Lanka		
22. Intimate partner violence by men abusing and non-abusing alcohol in Poland ⁽²²⁾	MAKARA-STUDZINSKA, M.; GUSTAW, K.	2007	Polônia		
23. Husband and wife alcohol use as independent or interactive predictors of intimate partner violence ⁽²³⁾	TESTA, M.; KUBIAK, A.; QUIGLEY, B. M.; HOUSTON, R. J., DERRICK, J. L.; LEVITT, A.; HOMISH, G. G.; LEONARD, K. E.	2012	Estados Unidos		

Fonte: Vitória, 2013.

5.1 MÉTODOS DE ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES DE ALCOOLISTAS E SUAS IMPLICAÇÕES

A maioria dos artigos encontrados (17 artigos)^(1, 2, 3, 4, 5, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23) utilizou de metodologias quantitativas de pesquisa. Apenas 4 artigos utilizaram metodologia qualitativa^(6, 7, 9, 10), e somente 2 utilizaram-se de metodologia mista de pesquisa (quanti-quali)^(15, 21).

Para a análise inicial, utiliza-se os conceitos de Minayo (2006)⁽³⁰⁾, que categoriza as pesquisas metodológicas, quanto à forma de abordagem do problema de estudo, em quantitativa ou qualitativa. A pesquisa quantitativa, que utiliza intensivamente a estatística, expressa em números os resultados obtidos, pois seu objeto de estudo pode ser quantificado. A pesquisa qualitativa, capaz de responder a questões muito particulares, se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Neste sentido, acredita-se que o aprofundamento da problemática da violência no contexto conjugal, praticada por parceiros alcoolistas contra suas companheiras, encontram nas investigações qualitativas evidências singulares e relações com a cultura e com os valores dominantes de cada sociedade que possam reorientar a atenção psicossocial a esse grupo afetado.

Bandeira e Almeida (2008)⁽⁵⁰⁾ afirmam que a consolidação dos esforços do SUS, na sua reorientação do modelo para a assistência à saúde, passa pelo desafio da integralidade como diretriz, que se confronta com a atual realidade reducionista das práticas de saúde ainda vigentes. É necessário que se faça, efetivamente, uma reorientação do modelo assistencial. Para que ocorra um processo em direção à integralidade das ações em saúde, fazem-se necessárias análises qualitativas dos serviços de assistência às mulheres em situação de violência de modo que as suas deficiências possam ser identificadas.

Na presente pesquisa, o que vemos é uma tendência contrária à recomendação acima. Conforme relatado acima e observado no Quadro 2, a maior parte dos artigos são de cunho quantitativo (17 artigos), ocupando-se, na sua maioria:

- a) Com avaliações acerca das prevalências de violência doméstica e/ou de seus possíveis fatores de riscos associados^(1, 2, 4, 5, 11, 12, 13, 20, 23) – total de 9 artigos;
- b) com a avaliação direta da relação do álcool com a VPI^(8, 16, 17, 19, 22) – total de 5 artigos;
- c) com ambos aspectos (a e b)^(3, 14, 18) – total de 3 artigos

A dimensão teórico-assistencial da atenção psicossocial diz respeito à criação de conhecimentos que sejam capazes de influenciar tomadas de decisões. É necessário que se fomente a busca por saberes que sejam embasados na realidade de cada população. Nesse sentido, Minayo (1994)⁽²⁶⁾ afirma que a investigação qualitativa é a que melhor se coaduna ao reconhecimento de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos.

Seguindo na análise metodológica dos artigos encontrados, verifica-se que, dos 4 estudos que utilizaram metodologias qualitativas:

- a) 3 deles^(6, 7, 9) objetivaram analisar a violência doméstica a partir da percepção das mulheres agredidas;
- b) enquanto 1 artigo⁽¹⁰⁾ ocupou-se em avaliar a relação do álcool com a VPI.

E, por fim, as 2 pesquisas de método misto (quantitativo e qualitativo) ocuparam-se com objetivos diferentes:

- a) Em uma delas⁽²¹⁾, desenvolvida no Sri Lanka e publicada em 2011, além de buscar analisar a prevalência e os fatores de riscos da VPI, objetivou-se, também, a avaliação da busca por ajuda pelas mulheres vitimadas. Foi a única pesquisa, da presente revisão da literatura, que se preocupou em centrar seu estudo no aspecto psicossocial da violência contra as mulheres;
- b) e na outra⁽¹⁵⁾, desenvolvida na maior e mais importante cidade da Índia, Mumbai, em área de baixa renda, o objetivo foi pesquisar os potenciais meios de ligação entre consumo de álcool, violência doméstica e risco de HIV/AIDS, ao analisar dados de 486 homens casados selecionados a partir de amostragem de conglomerados randomizada, de forma quantitativa, e, a partir de entrevista etnográfica em profundidade com 44 mulheres da mesma comunidade, buscou entender as várias formas que o álcool afeta a vida das mulheres que possuem esposos alcoolistas.

Observa-se, dessa forma, que os artigos com abordagem qualitativa ocuparam-se, majoritariamente, com a interpretação do fenômeno a partir da percepção dos envolvidos, possibilitando um entendimento mais individualizado e subjetivo da violência domiciliar e de seus fatores associados. Por outro lado, os artigos de abordagem quantitativa analisaram as prevalências da VPI e a associação entre alcoolismo e violência sem citar a questão da atenção a esse grupo que sofre as agressões. Diehl (2004)⁽⁹⁴⁾ explica que as pesquisas qualitativas descrevem a complexidade de determinado problema, compreendem e classificam os processos dinâmicos vividos nos grupos, contribuem no processo de mudança, e possibilitam o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos.

Destaca-se a complexidade de dois estudos^(15, 21) que buscaram mesclar as abordagens, utilizando-se tanto das metodologias quantitativas, quanto das qualitativas, estimando números, mas também entendendo o que há por trás deles.

Obviamente, os méritos e a importância de pesquisas quantitativas não estão sendo desmerecidos: para fortalecer a dimensão ideológica da atenção psicossocial, todos os tipos de estudos se fazem necessários. É a partir do conhecimento apurado da realidade dos fenômenos pesquisados que se constroem políticas públicas contundentes. Para Diehl (2004)⁽⁹⁴⁾, esse tipo de metodologia usa quantificação na coleta e no tratamento das informações, e técnicas estatísticas, que objetivam resultados com menos distorções de análise e de interpretação, e possibilitam uma maior margem de segurança.

As abordagens quantitativas e qualitativas, para Minayo e Sanches(1993)⁽²⁸⁾, são relevantes instrumentos que a Saúde Pública utiliza para se aproximar da realidade observada, não considerando uma abordagem melhor ou superior a outra, mas defendendo a articulação das duas. Assim, um bom método será sempre aquele que, permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria. Portanto, além de apropriado ao objeto da investigação e de oferecer elementos teóricos para a análise, o método tem que ser operacionalmente factível.

A Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁶⁰⁾ e outros autores^(116, 118) têm sugerido a adoção de um modelo ecológico⁽¹¹⁶⁾ que integre, em círculos concêntricos, fatores socioculturais, comunitários, familiares e individuais. Contudo, sua operacionalização em análises epidemiológicas não é simples nem consensual. Estudos qualitativos e quantitativos mostram que a VPI está ligada à aceitação da violência e normas hierárquicas de gênero, como o “direito” masculino ao controle sobre bens e comportamentos femininos. Conflitos em torno disto, quando a mulher desafia esse controle ou o homem não pode mantê-lo, estariam associados à VPI^(84, 118, 122).

Independente de preferências individuais ou de classes, percebe-se que há um descompasso na quantidade de publicações com abordagens quantitativas e qualitativas na presente revisão da literatura, o que pode ter limitado as avaliações subjetivas do fenômeno estudado.

5.2 A RELAÇÃO DO ÁLCOOL COM A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Nessa pesquisa, todos os 23 artigos selecionados na revisão bibliográfica apontam o alcoolismo do parceiro como um importante fator de risco para a perpetração da violência domiciliar. Isso aconteceu, obviamente, pois este era um dos critérios de inclusão dessa revisão. Inclusive, os estudos que aplicaram em suas metodologias a regressão logística multivariada, para análise da relação do álcool com VPI, encontraram essa íntima associação^(1, 2, 4, 5, 8, 11, 12, 13, 14, 18, 19, 20).

Um recente estudo Indiano⁽¹⁾, publicado em 2013, afirma que mulheres que vivem com parceiros que utilizam bebida alcoólica estão significativamente mais propensas a experimentar violência física e sexual em comparação com aquelas cujos maridos não ingeriam álcool, e, que o álcool, dentre todos os fatores de risco para VPI encontrados nessa pesquisa, é o maior deles, mesmo após regressão logística multivariada.

Outra pesquisa Indiana⁽¹⁵⁾ revelou números alarmantes de violência nas esposas de alcoolistas: 89% delas sofreram agressão verbal (entendida e definida pelo presente estudo como violência psicológica); 82%, violência física sempre associada com agressões verbais; e 41% destas mulheres foram vítimas de abuso sexual pelos seus esposos alcoolistas.

Estudo Americano⁽⁸⁾ mostrou que, quanto maior a densidade de pontos de vendas de álcool, maior o risco de VPI praticada pelo homem contra a mulher, inferindo assim que, mesmo após análise ajustada, a quantidade de pontos de vendas de bebidas alcoólicas é um forte preditor para VPI perpetrada pelo homem. O aumento de 10 pontos de vendas de álcool por 10.000 indivíduos associou-se com o aumento de risco de VPI em 34%, onde a mulher é mais vitimizada.

Estudo transversal⁽¹¹⁾ com 504 mulheres de 15 a 49 anos, em cinco unidades básicas e distritais de saúde em um município paulista, publicado em 2011, com os objetivos de estimar a prevalência de violência por parceiro íntimo contra mulheres e identificar fatores associados, encontrou aumento em 59% no risco de VPI contra a mulher quando os parceiros faziam uso frequente de álcool. Em outra pesquisa⁽¹⁴⁾, mulheres cujos parceiros bebiam frequentemente tinham seis vezes mais probabilidade de relatar VPI física, mesmo após análise multivariada.

Ainda nesse contexto do alcoolismo como fator de risco para VPI, os estudos qualitativos^(6, 7, 9, 10) também mostraram essa associação. Estudo⁽⁶⁾ realizado no intuito de compreender a percepção que mulheres vítimas de violência possuem sobre a violência doméstica, mostrou que a maioria das mulheres atribui ao ato violento fatores externos, como o uso de bebida alcoólica, como segue a narrativa de duas dessas mulheres vitimadas:

[...] *Geralmente ele tava bêbado quando ele agrediu. Ciúme e eu acho que ele se sentia inferior também. Porque eu sempre tive um emprego fixo e tal, e ele se sentia sempre inferiorizado. Eu acho que até nós se separar eu acho que ele sempre se sentiu assim.* (Vani, 49 anos). [...] *Isso já vem do início do casamento, acho que ele não queria casar e também a bebida [...] a bebida é muito, ele toda vez que bebia chegava em casa e me agredia [...].* (Ana, 49 anos). (2007, p. 406)⁽⁶⁾

Em outra pesquisa descritivo-exploratória de abordagem qualitativa⁽⁷⁾, os motivos das agressões mais apontados como interferentes na dinâmica do casal foram, a partir da análise dos discursos dos homens agressores e das mulheres vítimas, o ciúme, o homem ser contrariado, a ingestão de álcool e a suspeita de traição.

Por fim, em outra pesquisa exploratória de abordagem qualitativa⁽¹⁰⁾, emergiu, da Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin, a seguinte temática: a dependência química como fator de risco para a violência doméstica. O álcool foi a droga de dependência do companheiro mais citada pelas mulheres participantes da pesquisa, conforme seguem relatos das vítimas:

Eu vim pra cá também porque meu marido bebia [...] Aí ele batia em mim [...] eu descobri que ele ta com droga foi agora esses dias, mas beber faz muito tempo. Desde que nos casamos que ele vem me batendo e bebendo. (M2) [...] ele bebia e ficava violento, queria bater em mim, quebrava as coisas dentro de casa; ele bebia e tinha essa reação [...] teve um dia que ele tava bêbado, me pegou pelos braços, e começou a gritar que eu não limpava isso, não fazia aquilo. (M6) (2011, p. 4).⁽¹⁰⁾

Além do alcoolismo, outros fatores de risco foram observados nas pesquisas dessa revisão. Os mais citados foram: baixa condição sócio-econômica da família,^(1, 12, 13) baixa escolaridade do agressor^(1, 5, 12, 13), parceiro homem ter sofrido violência na infância^(11, 20), e a mulher vitimizada ter sofrido violência na infância.^(5, 18) Estudos dessa natureza, entretanto, apontam alguns dos preditores de violência doméstica, contudo não aprofundam tais fatores.

5.3 TIPOS DE VIOLÊNCIAS PRATICADAS CONTRA MULHERES E ALCOOLISTAS

Sabe-se que, em muitos momentos, as mulheres revidam a agressão sofrida, e que essa violência relacional frequentemente possui mão dupla. Porém, na presente dissertação, escolheu-se, propositadamente, um recorte, por opção metodológica, que mostra, apenas, um lado da violência: aquela que é sofrida pelas mulheres.

Quanto à natureza das agressões (Quadro 3), apesar de a VPI psicológica ser mais prevalente na maior parte dos estudos da literatura mundial, em relação aos demais tipos de violência, na presente pesquisa^(12, 21) foi a menos analisada. A categoria de violência mais analisada foi a física, com um total de 21 artigos^(1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23) que ocuparam-se deste tema, seguida da coação sexual, com 11 artigos^(1, 5, 8, 9, 12, 15, 16, 17, 20, 21, 22), e, por último, da agressão psicológica, que foi pesquisada por apenas 9 artigos^(7, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 21, 22).

Pesquisa recente de uma tese de doutorado⁽¹³⁷⁾, a partir de dados de um estudo de base populacional, estudou a violência física por parceiro íntimo e condições de saúde mental em Homens e Mulheres residentes de Florianópolis, Santa Catarina, revelando forte associação entre esse tipo de violência e depressão.

Quadro 3 – Estudos selecionados segundo título, autor, ano de publicação e natureza da violência

Título	Autor	Ano de Publicação	Violência Emocional	Violência Física	Violência Sexual	Violência não-especificada
1. Domestic violence in India: Insights from the 2005-2006 National Family Health Survey ⁽¹⁾	KIMUNA, S. R.; DJAMBA, Y. K.; CICIURKAITE, G.; CHERUKURI, S.	2013				
2. Descriptive epidemiology of intimate partner aggression in Ukraine ⁽²⁾	O'LEARY, K.D.; TINTLE, N.; BROMET, E. J.; GLUZMAN, S. F.	2008				
3. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool ⁽³⁾	ZALESKI, M.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R.; RAMISETTY-MIKLER, S.; CAETANO, R.	2010				
4. Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados ⁽⁴⁾	OLIVEIRA, J. B.; LIMA, M. C. P.; SIMÃO, M. O.; CAVARIANI, M. B.; TUCCI, A. M.; KERR-CORRÊA, F.	2009				
5. Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the northeast of Brazil ⁽⁵⁾	SILVA, M. A.; FALBO NETO, G. H.; FIGUEIROA, J. N.; CABRAL FILHO, J. E.	2010				
6. Percepção sobre a violência doméstica na perspectiva de mulheres vitimadas ⁽⁶⁾	WILHELM, F. A. X.; TONET, J.	2007				
7. A Dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro ⁽⁷⁾	DEEKE, L. P.; BOING, A. F.; OLIVEIRA, W. F.; COELHO, E. B. S.	2009				
8. Alcohol availability and intimate partner violence among US Couples ⁽⁸⁾	MCKINNEY, C. M.; CAETANO, R.; HARRIS T. R.; EBAMA, M. S.	2009				
9. A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas ⁽⁹⁾	ZANCAN, N.; WASSERMANN, V.; LIMA, G. Q.	2013				
10. A dependência química como fator de risco para a violência doméstica contra a mulher ⁽¹⁰⁾	TRIGUEIRO, T. H.; LABRONICI, L. M.	2011				
11. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde ⁽¹¹⁾	VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. S. C.; SANTOS, M. A.	2011				
12. Domestic violence in Eastern India: Factors	BABU, B.V.; KAR, S. K.	2010				

Título	Autor	Ano de Publicação	Violência Emocional	Violência Física	Violência Sexual	Violência não-especificada
associated with victimization and perpetration ⁽¹²⁾						
13. Intimate partner violence among general and urban poor populations in Kathmandu, Nepal ⁽¹³⁾	OSHIRO, A.; POUDYAL, A. K.; POUDEL, K. C.; JIMBA, M.; HOKAMA, T.	2011				
14. Problem drinking and physical intimate partner violence against women: evidence from a national survey in Uganda ⁽¹⁴⁾	TUMWESIGYE, N. M.; KYOMUHENDO, G. B.; GREENFIELD, T. K.; WANYENZE, R. K.	2012				
15. The effects of husband's alcohol consumption on married women in three low-income areas of Greater Mumbai ⁽¹⁵⁾	BERG, M. J.; KREMELBERG, D.; DWIVEDI, P.; VERMA, S.; SCHENSUL, J. J.; GUPTA, K.; CHANDRAN, D.; SINGH, S. K.	2010				
16. The longitudinal association between alcohol use and intimate partner violence among ethnically diverse community women ⁽¹⁶⁾	TEMPLE, J. R.; WESTON, R.; STUART, G. L.; MARSHALL, L. L.	2008				
17. The power of being present: the role of mindfulness on the relation between men's alcohol use and sexual aggression toward intimate partners ⁽¹⁷⁾	GALLAGHER, K. E.; HUDEPOHL, A. D.; PARROTT, D. J.	2010				
18. The relationship of alcohol problems to risk for unidirectional and bidirectional intimate partner violence among a sample of blue-collar couples ⁽¹⁸⁾	CUNRADI, C. B.; AMES, G. M.; DUKE, M.	2011				
19. The roles of victim and perpetrator alcohol use in intimate partner violence outcomes ⁽¹⁹⁾	THOMPSON, M. P.; KINGRE, J. B.	2006				
20. Factors associated with intimate partner violence against women in Serbia: a cross sectional study ⁽²⁰⁾	DJIKANOVIC, B.; JANSEN, H. A. F. M.; OTASEVIC, S.	2010				
21. Intimate partner violence against women in	JAYASURIYA, V.; WIJEWARDENA,	2011				

Título	Autor	Ano de Publicação	Violência Emocional	Violência Física	Violência Sexual	Violência não-especificada
the capital province of Sri Lanka: prevalence, risk factors, and help seeking ⁽²¹⁾	K.; AXEMO, P.					
22. Intimate partner violence by men abusing and non-abusing alcohol in Poland ⁽²²⁾	MAKARA-STUDZINSKA, M.; GUSTAW, K.	2007				
23. Husband and wife alcohol use as independent or interactive predictors of intimate partner violence ⁽²³⁾	TESTA, M.; KUBIAK, A.; QUIGLEY, B. M.; HOUSTON, R. J., DERRICK, J. L.; LEVITT, A.; HOMISH, G. G.; LEONARD, K. E.	2012				

Fonte: Vitória, 2013.

Analisando as 23 pesquisas da revisão, apresenta-se, esquematizado, o enquadramento dos artigos por categorias de violência individualizadas e agrupadas:

- Somente Psicológica: nenhum artigo
- Somente Física: 9 artigos^(2, 3, 4, 11, 13, 14, 18, 19, 23)
- Somente Sexual: 1 artigo⁽¹⁷⁾
- Não especificado: 1 artigo⁽⁶⁾
- Física + Sexual: 3 artigos^(1, 5, 20)
- Psicológica + Física: 2 artigos^(7,10)
- Psicológica + Física + Sexual: 7 artigos^(8, 9, 12, 15, 16, 21, 22)

Em relação às prevalências de VPI contra a mulher, este trabalho analisará separadamente por tipo de violência, e considerará apenas os estudos de metodologia quantitativa para efetuar essa análise. Contudo, a definição de VPI ainda não é consensual, havendo variações nos instrumentos utilizados, populações investigadas e condições de coleta dos dados⁽¹¹⁸⁾. A época de ocorrência da violência também varia nos estudos, pois alguns focam o último ano^(1, 2, 3, 5, 18) enquanto outros se referem ao longo da vida^(11, 12, 13, 14, 21). Outras diferenças também podem dificultar comparações entre os estudos, uma vez que algumas prevalências referem-se a mulheres em geral (companheiras de alcoolistas e de não-alcoolistas), e outras podem referirem-se somente a esposas de alcoolistas.

A análise das prevalências de violência psicológica contra a mulher foi representada por 2 artigos^(12, 21) que preocuparam-se em investigar esse tipo de agressão, e mostram prevalências ao longo da vida semelhantes (52,3% e 49,4% – esta última prevalência é a soma da violência emocional – 19,3% – com comportamento controlador – 30,1%).

Estudo sobre violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil identificou a violência psicológica como o evento mais frequente na vida e no ano anterior à pesquisa. Encontrou ainda que a violência psicológica acompanhou em 90% das vezes os relatos das agressões físicas ou sexuais⁽³⁸⁾. Para Silva, Coelho e Caponi (2007)⁽²⁰¹⁾, é difícil entender a ocorrência da violência física sem a presença da violência psicológica, visto que ela acompanha todas as manifestações da violência intrafamiliar, afetando, além da vítima, a todos que convivem com ela de forma direta, como os filhos ou outros familiares.

Uma outra pesquisa⁽⁹⁾, realizada no Brasil, com metodologia qualitativa, que foi incluída na presente revisão, identificou que a violência psicológica esteve sempre presente durante a perpetração dos outros tipos de violência (física e sexual)⁽⁹⁾.

Interessante perceber, também, que todos os artigos de metodologia qualitativa, exceto um deles⁽⁶⁾, o qual não especifica o tipo de violência pesquisada, analisaram a violência psicológica, quer seja ela associada com as agressões físicas^(7, 10), ou relacionada àquelas coerções de cunho físico e sexual^(9, 15, 21). Isoladamente, nenhum estudo avaliou a violência psicológica.

A análise das prevalências de VPI física contra a mulher será demonstrada de forma esquemática, para uma clara compreensão. Como a mensuração das prevalências não foi homogênea, variando conforme cada estudo, elas serão apresentadas separadamente, por: prevalência ao longo da vida e prevalência no último ano.

No último ano:

- 5 estudos^(1, 2, 3, 5, 18) apresentam prevalência que varia entre 4,7% a 31%.

Na vida:

- Também 5 estudos^(11, 12, 13, 14, 21) apresentam variabilidade nas prevalências (16% a 48%); o estudo de maior índice de violência foi desenvolvido na Uganda (2012)⁽¹⁴⁾, que encontrou uma prevalência particularmente alta, se comparado com a Literatura, que aponta prevalências de VPI contra a mulher que variam de 7% a 23%^(202, 109). Provavelmente, questões culturais e sócio demográficas podem explicar esse descompasso. Não é à toa que outros estudos no mesmo país apontam prevalências semelhantes^(199, 126), e em países vizinhos, com culturas similares, como na Tanzânia, igualmente (47%)⁽¹⁰⁹⁾.

Em relação à violência sexual, 4 estudos se detiveram em analisar a sua prevalência, como segue:

No último ano:

- 2 artigos^(1, 5) com prevalências de 8,3% e 4,7%.

Na vida:

- Outros 2 estudos^(12, 21) com prevalências bastante distintas (25,4% e 5%, respectivamente) foram encontrados para esta análise. O artigo que apresenta os maiores índices foi desenvolvido no Leste da Índia e publicado em 2010. É um estudo transversal de base populacional. Esta alta prevalência pode ser justificada, mais uma vez, por questões culturais ligadas à perspectiva de gênero, uma vez que a Índia é considerada uma sociedade majoritariamente patriarcal.

Analisando-se as situações onde ocorre esse tipo de relação violenta, observa-se o estabelecimento de uma sobreposição de gênero, de um poder construído e moldado ao longo dos séculos: é a dominação masculina⁽¹⁰⁷⁾. Esse fenômeno constitui violação dos direitos à liberdade e de ser sujeito de sua própria história.

Segundo Chauí, a violência contra a mulher resulta da dominação masculina que produz e reproduz, via ideologia, uma relação que transmuta diferença para desigualdade. Há uma condição geral de subordinação cuja ordem normativa hierarquiza papéis sociais e padrões de comportamento determinados⁽⁷²⁾.

Nos casos de violência sexual, o agressor que mais aparece é o padrasto, no caso das vítimas mais jovens, seguido pelo companheiro e vizinho/conhecido. Dados semelhantes foram encontrados em estudo do Centro de Estudos Superiores de Maceió (CESMAC) realizado entre os anos de 2002 e 2007. Entre os 311 casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes pesquisados, o padrasto apareceu em primeiro lugar como agressor, seguido por outros parentes. O agressor era, em geral, vinculado à família e conhecido da vítima.⁽¹⁵⁷⁾

Sabe-se já que mulheres que vivenciam ou vivenciaram situações de violência doméstica e sexual têm mais queixas, distúrbios e patologias, físicos e mentais, e utilizam os serviços de saúde com maior frequência do que aquelas sem esta experiência⁽⁶⁵⁾. As mulheres podem apresentar-se a serviços de urgência e emergência por problemas decorrentes diretamente da violência física ou sexual (traumas, fraturas, tentativas de suicídio, abortamentos, etc.) ou recorrer a serviços de atenção primária em decorrência de sofrimentos pouco específicos, doenças crônicas, agravos à saúde reprodutiva e sexual ou transtornos mentais que ocorrem em maior frequência nestes casos⁽³⁶⁾. Ações preventivas, paradoxalmente, são menos utilizadas por estas mulheres, tendo menores chances de realizarem o Papanicolaou^{14 (170, 214)} ou utilizarem condom⁽¹¹⁶⁾.

A primeira aproximação do campo da saúde com a violência contra a mulher no Brasil foi a implantação, entre 1989⁽⁸⁰⁾ e 1990⁽¹⁸⁹⁾, de um primeiro serviço de saúde que realizava o aborto nas situações previstas na Constituição brasileira desde os anos quarenta (estupro e risco de vida para a mãe). Posteriormente, muitos desses serviços foram criados pelo Brasil e, em 2002, havia 245 serviços de saúde capacitados a atender mulheres vítimas de violência sexual e 39 hospitais oferecendo a realização do aborto legal.⁽¹⁸⁹⁾

Apoiando esses serviços, a Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, publicada em 1999 e com diversas reedições posteriores⁽⁵⁶⁾, criou um protocolo de atenção à violência sexual para mulheres em idade reprodutiva, detalhando a profilaxia de DST, medicação antiretroviral, gravidez indesejada e o apoio psicossocial a ser prestado a estas mulheres. Apesar de essa norma ser escrita para mulheres e adolescentes, a edição de 2005 traz as doses de medicação também para crianças, ainda que elas não sejam alvo de outras ações específicas no restante da proposta.

Dos serviços existentes, nem todos conseguiram uma implantação efetiva. Alguns realizam quase nenhum ou nenhum aborto^(189, 86), outros não são conhecidos dentro do próprio hospital em que atuariam e tampouco são reconhecidos pelos serviços componentes da rede, que poderia encaminhar casos, seja na saúde ou intersetorial.⁽⁸⁶⁾

No entanto, estes serviços, que são extremamente necessários, não conseguem ainda cobrir toda a demanda gerada pela própria violência sexual, e pouco podem fazer pela violência não sexual, como as físicas ou psicológicas, contra a mulher.

5.4 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA PRATICADA POR PARCEIROS ÍNTIMOS - REFLETINDO SOBRE ESSE TIPO DE CUIDADO

Para entender melhor a articulação das 4 dimensões (explanadas no subitem 3.1.5.) com a rede de cuidados, descrevem-se exemplos de iniciativas de atenção psicossocial, em cada uma destas dimensões, encontrados nos artigos dessa revisão de literatura:

- Teórico-assistencial: abordagens baseadas nos direitos humanos⁽¹⁾, criação de protocolos e instrumentos de rastreamento⁽³⁾, treinamento continuado de profissionais⁽³⁾, fomento de pesquisas sobre o tema^(12, 13, 14, 17).
- Técnico-assistencial: reformas institucionais⁽¹⁾, integração de serviços⁽³⁾, cuidados integrais à saúde da mulher^(5, 10), locais seguros de curta e longa permanência para moradia⁽¹⁵⁾, espaços para trocas e mútua-ajuda⁽¹⁵⁾, tratamento da dependência química^(16, 18), criação de técnicas para resolução de conflitos⁽¹⁸⁾.
- Jurídico-político: aplicação das leis vigentes já existentes^(1, 7, 15), criação de políticas públicas de combate à VPI^(4, 11), políticas públicas para reduzir o consumo de álcool^(3, 8, 14), ações de denúncia⁽⁶⁾, garantia de direitos iguais^(14, 15).
- Sociocultural: programas de prevenção de violência^(2, 5, 6, 20, 22) e do uso do álcool⁽¹⁸⁾, conscientização da sociedade para o fenômeno da violência e suas consequências⁽⁶⁾, campanhas⁽¹⁴⁾, mudanças culturais⁽¹⁵⁾.

¹⁴ É um teste de despistagem para detectar pré-malignas e malignas (cancerosas) processos no ectocervix em Ginecologia. Alterações significativas podem ser tratadas, evitando assim que o câncer do colo do útero. (<http://www.news-medical.net/health/Pap-Smear-What-is-a-Pap-Smear-%28Portuguese%29.aspx>)⁽²¹⁴⁾

Em relação aos tipos de intervenções psicossociais, as mais citadas foram aquelas de cunho jurídico-político^(1, 3, 6, 7, 8, 11, 14, 15) e Sociocultural^(2, 4, 5, 6, 14, 15, 16, 20), com 8 artigos para cada recomendando-as, seguidas pela dimensão teórico-assistencial^(1, 3, 12, 13, 14, 17, 22), e técnico-assistencial^(1, 3, 5, 10, 15, 16, 18) com 7 artigos representando cada uma delas. Chama a atenção que 4 artigos^(9, 19, 21, 23) não fizeram menção para nenhum tipo de Atenção Psicossocial.

E 3 artigos fizeram menção em 2 dimensões de atenção psicossocial^(5, 6, 16); outros 4 estudos^(1, 3, 14, 15) citaram possibilidades de intervenção em 3 dimensões ao mesmo tempo; e, nenhum artigo mencionou possibilidades de intervenção nos quatro campos. O Quadro 4 explicita melhor essa explanação.

Quadro 4 – Estudos selecionados segundo título, autor, ano de publicação e tipos de atenção psicossocial

Título	Autor	Ano de Publicação	Não Menciona	Teórico-Assistencial	Técnico-Assistencial	Jurídico-Político	Social-cultural
1. Domestic violence in India: Insights from the 2005-2006 National Family Health Survey ⁽¹⁾	KIMUNA, S. R.; DJAMBA, Y. K.; CICIURKAITE, G.; CHERUKURI, S.	2013					
2. Descriptive epidemiology of intimate partner aggression in ukraine ⁽²⁾	O'LEARY, K.D.; TINTLE, N.; BROMET, E. J.; GLUZMAN, S. F.	2008					
3. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool ⁽³⁾	ZALESKI, M.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R.; RAMISETTY-MIKLER, S.; CAETANO, R.	2010					
4. Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados ⁽⁴⁾	OLIVEIRA, J. B.; LIMA, M. C. P.; SIMÃO, M. O.; CAVARIANI, M. B.; TUCCI, A. M.; KERR-CORRÊA, F.	2009					
5. Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the northeast of Brazil ⁽⁵⁾	SILVA, M. A.; FALBO NETO, G. H.; FIGUEIROA, J. N.; CABRAL FILHO, J. E.	2010					
6. Percepção sobre a violência doméstica na perspectiva de mulheres vitimadas ⁽⁶⁾	WILHELM, F. A. X.; TONET, J.	2007					
7. A Dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro ⁽⁷⁾	DEEKE, L. P.; BOING, A. F.; OLIVEIRA, W. F.; COELHO, E. B. S.	2009					
8. Alcohol availability and intimate partner violence among US Couples ⁽⁸⁾	MCKINNEY, C. M.; CAETANO, R.; HARRIS T. R.; EBAMA, M. S.	2009					
9. A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas ⁽⁹⁾	ZANCAN, N.; WASSERMANN, V.; LIMA, G. Q.	2013					
10. A dependência química como fator de risco para a violência doméstica contra a mulher ⁽¹⁰⁾	TRIGUEIRO, T. H.; LABRONICI, L. M.	2011					
11. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde ⁽¹¹⁾	VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. S. C.; SANTOS, M. A.	2011					
12. Domestic violence in Eastern India: Factors associated with victimization and perpetration ⁽¹²⁾	BABU, B.V.; KAR, S. K.	2010					
13. Intimate partner violence among general and urban poor populations in Kathmandu, Nepal ⁽¹³⁾	OSHIRO, A.; POUDYAL, A. K.; POUDEL, K. C.; JIMBA, M.; HOKAMA, T.	2011					
14. Problem drinking and physical intimate partner violence against women: evidence from a national	TUMWESIGYE, N. M.; KYOMUHENDO, G. B.; GREENFIELD, T. K.; WANYENZE, R. K.	2012					

Título	Autor	Ano de Publicação	Não Menciona	Teórico-Assistencial	Técnico-Assistencial	Jurídico-Político	Social-cultural
survey in Uganda ⁽¹⁴⁾							
15. The effects of husband's alcohol consumption on married women in three low-income areas of Greater Mumbai ⁽¹⁵⁾	BERG, M. J.; KREMELBERG, D.; DWIVEDI, P.; VERMA, S.; SCHENSUL, J. J.; GUPTA, K.; CHANDRAN, D.; SINGH, S. K.	2010					
16. The longitudinal association between alcohol use and intimate partner violence among ethnically diverse community women ⁽¹⁶⁾	TEMPLE, J. R.; WESTON, R.; STUART, G. L.; MARSHALL, L. L.	2008					
17. The power of being present: the role of mindfulness on the relation between men's alcohol use and sexual aggression toward intimate partners ⁽¹⁷⁾	GALLAGHER, K. E.; HUDEPOHL, A. D.; PARROTT, D. J.	2010					
18. The relationship of alcohol problems to risk for unidirectional and bidirectional intimate partner violence among a sample of blue-collar couples ⁽¹⁸⁾	CUNRADI, C. B.; AMES, G. M.; DUKE, M.	2011					
19. The roles of victim and perpetrator alcohol use in intimate partner violence outcomes ⁽¹⁹⁾	THOMPSON, M. P.; KINGRE, J. B.	2006					
20. Factors associated with intimate partner violence against women in Serbia: a cross sectional study ⁽²⁰⁾	DJIKANOVIC, B.; JANSEN, H. A. F. M.; OTASEVIC, S.	2010					
21. Intimate partner violence against women in the capital province of Sri Lanka: prevalence, risk factors, and help seeking ⁽²¹⁾	JAYASURIYA, V.; WIJewardena, K.; AXEMO, P.	2011					
22. Intimate partner violence by men abusing and non-abusing alcohol in Poland ⁽²²⁾	MAKARA-STUDZINSKA, M.; GUSTAW, K.	2007					
23. Husband and wife alcohol use as independent or interactive predictors of intimate partner violence ⁽²³⁾	TESTA, M.; KUBIAK, A.; QUIGLEY, B. M.; HOUSTON, R. J., DERRICK, J. L.; LEVITT, A.; HOMISH, G. G.; LEONARD, K. E.	2012					

Fonte: Vitória, 2013.

É necessário que haja uma rede de cuidados que perpassa pelas políticas públicas em defesa da saúde da mulher, encampando inclusive suas famílias, e seja efetivada mediante ações intersetoriais e interdisciplinares. Almeja-se o desafio de se mobilizar famílias e sociedade para o reconhecimento da cidadania da mulher, minimizando as consequências geradas pelas concepções culturais de gênero.

Nessa revisão sistematizada, 2 artigos^(6, 15) mencionaram a importância de se fazer um trabalho voltado para as culturas patriarcais e machistas, indicando a necessidade de incrementar esse debate à população em geral. Eles recomendam a tentativa de conscientização de toda a sociedade e autoridades para o fenômeno da violência domiciliar e suas consequências, promovendo mudanças socioculturais.

Inerente às reformas socioculturais, estão as garantias jurídico-políticas, que respaldariam essas mudanças: mencionadas por alguns estudos como meios para garantir direitos iguais e empoderamento às mulheres^(14, 15).

Ainda na dimensão jurídico-política, recorda-se que já estão em vigência, no mundo todo, leis de proteção aos direitos das mulheres, e legislações que deveriam coibir a violência de gênero. No entanto, a existência destas leis não garante o seu efetivo aproveitamento. Alguns estudos da revisão apontaram para essa ineficiência da aplicação dos direitos das mulheres, sugerindo a aplicação das leis já vigentes^(1, 7, 15) e ações de denúncia mais prevalentes⁽⁶⁾.

Em estudo Indiano⁽¹⁾, com amostra nacionalmente representativa, publicado em 2013, foi apontado que, embora o governo indiano seja obrigado, tanto por sua Constituição, quanto por sua afirmação na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, a tomar medidas para a efetiva eliminação da violência contra as mulheres, este órgão federativo teve pouca responsabilidade para sanar a grande lacuna existente entre as cláusulas legais e a realidade da violência doméstica generalizada no país. E ressaltou que os policiais Indianos deveriam ser mais receptivos às necessidades das mulheres vítimas, e, aplicar corretamente a legislação vigente.

Naquele país, o papel de gênero condicionado e normas implícitas culturais contribuem para a violência doméstica. Nesse tipo de cultura, há uma tendência de banalizar a aplicação das leis contra a violência doméstica. As noções patriarcais de superioridade masculina e poder e sua socialização de aceitar o marido como chefe da família parecem condicionantes para as mulheres aceitarem a violência em suas vidas e relacionamentos. Nas sociedades dominada pelos homens, como a Índia, o divórcio e a possibilidade de um novo casamento muitas vezes são estigmatizadas, e mulheres divorciadas enfrentam maiores dificuldades⁽¹⁾.

Estudos apontam que alguns mecanismos funcionam como apoio e fortalecem a mulher no momento de decisão sobre a denúncia, como a Lei 11.340/2006⁽¹³²⁾. Essa lei foi batizada como “Lei Maria da Penha”, para homenagear uma cearense que ficou paraplégica após ser agredida pelo marido. Graças à militância de grupos de defesa dos direitos humanos junto à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos, o marido de Maria da Penha foi punido, dezenove anos após a ocorrência do crime⁽⁹⁰⁾. Com a Lei Maria da Penha a violência doméstica deixou de ser um crime de menor potencial ofensivo. A pena máxima passou a ser de três anos de detenção, e o afastamento do agressor pode ser solicitado através de medidas protetivas quando a mulher está em situação de risco. Se as medidas forem desobedecidas, é admitido o pedido de prisão preventiva do agressor. No entanto, considerando que a lei é muito ampla, entende-se que há ainda a necessidade de padronizar sua aplicação, de forma que não ocorram distorções na interpretação nos diferentes âmbitos em que ela é aplicada.

Nesse sentido, para reduzir a incidência de VPI seriam necessárias, além das políticas públicas voltadas à assistência das mulheres e meninas em situação de violência, medidas de caráter preventivo que promovam mudanças nos padrões hierárquicos e busquem maior equidade social e de gênero. No campo da saúde, essas questões implicam a intersecção desse setor com os direitos humanos e sociais, demandando um trabalho que amplie a visibilidade e o apoio às mulheres em situação de VPI, respaldado através de medidas jurídicas e políticas.

O Brasil tomou uma consciência maior do problema durante os anos 80, quando a violência doméstica foi amplamente debatida pelo movimento feminista, resultando em mobilização social. Nessa década, as administrações estaduais e a federal criaram conselhos femininos para lidar com a violência conjugal. No Brasil, em 1984, foi ratificada a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW)⁽⁶⁹⁾, da Organização das Nações Unidas. No ano seguinte, foram criadas delegacias de polícia especializadas em crimes de violência contra a mulher, formadas por policiais do sexo feminino⁽¹¹⁹⁾.

Muitas vezes, o atendimento à mulher não permite sequer o primeiro acolhimento dos casos, faltando capacitação adequada aos profissionais da saúde e até dos próprios serviços de referência, que não possuem agilidade no atendimento ambulatorial, mostrando-se ineficaz e sem continuidade. Oliveira (2002)⁽¹⁵⁹⁾ relatou que, apesar das Delegacias Especializadas da Mulher representarem um avanço na luta contra a violência, muitas estão sucateadas e repletas de dificuldades, com ocorrências de denúncias de desatenção, maus-tratos e falta de privacidade por parte dos profissionais deste local.

Bruschi, Paula e Bordin (2006)⁽⁶³⁾, em estudo brasileiro utilizando amostra probabilística de conglomerados, em município do interior do Estado de São Paulo, delineado com objetivo de identificar os tipos de ajudas procurados pelas mulheres vítimas de violência conjugal física, apontaram que:

- As mulheres vítimas de violência grave procuraram múltiplas fontes de ajuda, porém mais frequentemente a ajuda de pessoas da própria família (47,4%), da família do companheiro (36,8%) e amigos (31,6%). Curandeiros, benzedoras ou pais de santo (21,1%) e líderes religiosos (10,5%) também foram procurados;
- entre as instituições, a polícia/delegacia foi a mais procurada (36,8%), seguida das organizações de proteção à mulher/ abrigos (10,5%), centro de saúde (5,3%) e ambulatório de saúde mental (5,3%);
- muitas vítimas de violência grave (15,8%) nunca procuraram ajuda, nem de pessoas e nem de instituições;
- quando a violência não foi grave, as mulheres procuraram ajuda principalmente da própria família (55,6%) e da família do companheiro (11,1%), além de líderes religiosos (11,1%). Essas mulheres não procuraram ajuda de instituições de saúde, representantes da lei ou organizações de proteção à mulher/abrigos;
- entre as mulheres que sofreram violência não grave a taxa de não procura por ajuda foi de 44,4%.

Esse trabalho concluiu que a violência é tratada no âmbito privado, algumas vítimas sequer procuram ajuda. Os profissionais de saúde não foram reconhecidos pela comunidade como possível fonte de ajuda ou orientação em questões de violência conjugal.

Da mesma forma, Schraiber et al. (2005)⁽³⁶⁾ relata que 31,3% das vítimas pesquisadas pelas autoras procuram a polícia, ao passo que somente 15,6% recorrem ao serviço de saúde. Isso pode significar que as lesões não representaram um problema grave para as vítimas ou que as mesmas não consideram o setor de saúde como competente para lidar com a violência.⁽⁹⁵⁾

Estudo⁽²¹⁾ com metodologia mista, realizado no Sri Lanka e publicado em 2011, com objetivo de analisar a prevalência, os fatores de risco e a procura de ajuda entre as mulheres vítimas de VPI, mostrou:

- Ser mulher jovem, ter parceiros que abusam de álcool/drogas, e ter parceiros que possuem relações extra - conjugais estão associados com maior risco de Violência;
- mais da metade das mulheres vítimas de abuso (58%) não tinha revelado a violência a ninguém, sendo, a entrevista, a primeira vez que falaram sobre a violência em suas vidas;
- razões para não revelar o abuso: a) constrangimento (43%), b) a preocupação com a reputação da família (24%) c) medo de mais violência (12%);
- algumas mulheres (8%) aceitaram violência como comportamento normal, e isso foi reforçado pela família e amigos, por exemplo: "*todo mundo tem problemas, você deve salvar seu casamento [...] você não deve deixar a casa, você vai perdê-lo [o casamento] [...]*";
- aquelas que procuram ajuda, que denunciam, provavelmente o faziam a) quando não puderam mais suportar o abuso (45%), b) quando ameaçou abusar seus filhos (20%), c) e quando ela sofreu ferimentos graves (10,5%);
- família e vizinhos eram a fonte mais comum de ajuda (55%);
- apenas 23 % das mulheres vítimas de abuso acessaram as instituições prestadoras de qualquer um dos serviços para estes casos, incluindo a polícia, hospitais, tribunais, serviços sociais, assistência jurídica, organizações de mulheres, e instituições religiosas;
- menos de 2% das abusadas acessaram os serviços de saúde, serviços sociais, e organizações de mulheres que prestam serviços para as mulheres vítimas de abuso; e,
- as poucas que procuraram ajuda dos serviços de apoio formais, incluindo os prestadores de cuidados de saúde do hospital e da polícia, foram estigmatizadas mal julgadas, conforme relatos.

Nesse ponto, ações psicossociais na esfera técnico-assistencial são essenciais para a consolidação dos avanços na temática das violências de gênero. Na presente pesquisa, foram examinados artigos que recomendavam reformas nas instituições públicas⁽¹⁾ e criação de locais adequados e seguros de curta e longa permanência para moradia, além da alocação de espaços para que as mulheres se reúnam para conversar e dar apoio mútuo umas às outras⁽¹⁵⁾. Este último artigo ainda comenta sobre as potenciais opções para locais de intervenção e suporte: templos ou organizações religiosas, hospitais, provedores tradicionais de serviços de saúde e postos de saúde, escola das crianças, e as células especiais para mulheres vítimas de abuso localizado em delegacias de polícia nas proximidades.

Estudo populacional de âmbito nacional no Brasil⁽³⁾, que dedicou-se a investigar a relação do consumo de álcool com VPI, sugere adaptar as intervenções no campo da violência doméstica com às características específicas de cada comunidade:

- Em comunidades mais estruturadas e em áreas urbanas maiores, deve haver estímulo para a integração com serviços de saúde especializados em saúde mental;
- em comunidades menores e em áreas rurais deve-se buscar o apoio dos centros de atenção primária e de autoridades locais nas esferas de saúde e de justiça, também de organizações não-governamentais, na tentativa de efetuar mudanças nas normas socioculturais.

Independente do local ou serviço que irá prestar acolhimento e atendimento à mulher vítima de violência, esse cuidado deve ser efetuado de forma integral. Integral porque se trata de acolher a violência em toda a sua complexidade, pensando na promoção da saúde, prevenção da violência e do uso de álcool e outras drogas, a partir da multiprofissionalidade e intersetorialidade. Atenção Integral também, por se tratar de uma decisão assistencial, em que a mulher usuária deve ser considerada como centro da tomada das decisões para a atenção, e também devem participar dessas decisões referentes ao seu cuidado.

Nessa revisão encontrou-se 2 estudos^(5, 10) que recomendam essa integralidade nos cuidados à saúde da mulher. Em um deles, que entrevistou oito mulheres que moravam no Serviço de Acolhimento Institucional na cidade de Curitiba/PR, o qual abriga mulheres vítimas de violência doméstica acima de 18 anos, acompanhada ou não dos seus filhos, destaca-se a importância da inserção do enfermeiro nos Serviços de acolhimento Institucional (capazes de proporcionar um ambiente seguro e sem riscos à integridade física e psicológica, e promover a reinserção social e familiar). Nesse contexto, o Enfermeiro poderá promover o desenvolvimento de ações de cuidado, tanto técnicas como expressivas, relacionadas à subjetividade, a fim de prevenir doenças, promover a saúde e melhorar a qualidade de vida.

Em se tratar de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), destaca-se o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), na dimensão preventiva do serviço. Se todos os profissionais podem ser divulgadores de direitos humanos e da rede intersetorial que presta apoio à violência, e também provê trabalho, moradia, creche, escola, que são todos elementos fundamentais para a emancipação e uma vida livre de violência, os ACS encontram-se na específica situação de acesso e relação diferenciada frente às questões do domicílio e da vida comunitária das/dos usuárias/ usuários do serviço. Ao contrário do que vem acontecendo em alguns programas e unidades, os ACS não deveriam ter papel central na detecção e orientação e assistência dos casos, já que a sua proximidade com a comunidade os coloca em posição de maior risco de quebra de sigilo e vulnerabilidade à própria violência. Mas no que diz respeito a serem promotores da não violência por meio da divulgação e informação sobre direitos e serviços existentes na comunidade e fora dela, sim, seriam agentes privilegiados.⁽⁸⁷⁾

De igual importância estão as ações, ainda no campo técnico-assistencial, que dão conta da demanda de atendimento da dependência química do parceiro homem, uma vez que o álcool é um dos principais fatores de risco para VPI, conforme mostrado e ilustrado ao longo desta dissertação. Nessa pesquisa, apenas 2 estudos^(16, 18) citaram genericamente esta ação, sendo que o último artigo⁽¹⁸⁾ ainda sugere a criação de técnicas não confrontativas para resolução de conflitos.

Muitas vezes, parte considerável dos casos de violência não é identificada, tornando esse fenômeno invisível dentro dos serviços de saúde⁽³⁵⁾. Um dos motivos é a falta de capacitação dos profissionais para detectar situações de violência nas queixas apresentadas pelas mulheres. Na maior parte das vezes, os profissionais ocupam-se somente dos sintomas físicos, desconsiderando os aspectos psicossociais, com forte tendência à medicalização⁽¹⁷²⁾.

Essa relativa “invisibilidade” é reforçada pela complexidade da violência, tornando-a um agravo de difícil intervenção. Assim, muitas mulheres não contam e muitos profissionais não perguntam, até pelo limitado tempo disponível para o atendimento. Há também a concepção de que a violência doméstica é um problema privado e só pode ser resolvido neste âmbito.

Do ponto de vista estratégico, os serviços de saúde não desenvolvem ações articuladas com os serviços de atendimento psicossocial da rede de atendimento à mulher, resultando em ações independentes e ineficazes. Conhecer esses serviços e fazer os necessários encaminhamentos é um passo importante para identificação do problema e de seu enfrentamento.⁽¹⁷²⁾

A violência vivida pela mulher deixa sequelas não apenas físicas, mas também psicológicas e sociais. Assim, o atendimento a essas mulheres requer uma equipe interdisciplinar que possa contemplar todos os aspectos da sua vida.

O papel dos serviços de saúde diante da violência contra a mulher inclui um conceito ampliado de saúde, que incorpora a compreensão e a mudança de atitudes, crenças, práticas, e sua ação ultrapassa o diagnóstico e o cuidado das lesões físicas e emocionais.⁽²⁷⁾

Os profissionais que lidam com a temática da violência precisam receber uma capacitação para aprender a intervir de forma integral: valorizando os aspectos físicos, psicológicos e sociais. Além disso, ainda existe a necessidade de os profissionais de saúde superarem suas crenças e romperem preconceitos discriminatórios, e assim exercerem suas atividades com assistência de adequada qualidade, e sem realizar julgamentos.⁽¹⁵⁸⁾

Preventivamente, os serviços de saúde podem desenvolver atividades educativas. Essas atividades poderiam ser realizadas nas unidades de saúde, abordando e discutindo a temática da violência e do uso de álcool e outras drogas como fator de risco com a população, sem reforçar preconceitos inclusive em relação ao agressor, que necessita também de atenção.

Todo esse contexto psicoeducativo está inserido na dimensão teórico-assistencial. Nessa pesquisa bibliográfica, artigos diversos fomentam a necessidade e importância de se incrementar constantemente pesquisas sobre o tema da VPI^(12, 13, 14, 17) de preferência com abordagens baseadas nos direitos humanos⁽¹⁾; incentivam a criação de instrumentos e protocolos de rastreamento⁽³⁾; ressaltam a importância do treinamento continuado e

qualificação de todas as pessoas envolvidas nos cuidados com mulheres agredidas⁽³⁾; e na busca constante de mecanismos de enfrentamento do fenômeno da violência^(186, 162).

Em relação ao fomento de publicações científicas a respeito da temática da violência, a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁶⁰⁾ recomenda como prioritárias as pesquisas nessa área, com base na Resolução 56.24 da World Health Assembly – WHA - de 2003⁽¹⁹³⁾.

Os serviços de saúde podem servir como locais de alerta na detecção de eventos violentos, promovendo ações que facilitem a identificação do problema e seu enfrentamento⁽¹⁷²⁾. Estabelecer um bom e respeitoso vínculo faz as mulheres sentirem-se acolhidas e não julgadas, e isso pode ser um recurso decisivo para o enfrentamento da violência contra a mulher. A qualidade do atendimento está relacionada a uma relação solidária, respeitosa e acolhedora, que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres num momento difícil de suas vidas⁽⁸⁷⁾.

A atenção primária merece destaque quando se trata de ações referentes à violência contra a mulher, pois tem grande ênfase nas ações de promoção e prevenção de saúde; tem um aumento de cobertura com valorização da ida ao domicílio através da implantação da Estratégia de Saúde da Família. Este nível de atenção recebe acesso frequente, constante e legítimo às mulheres ao longo de toda a sua vida, numa relação mais próxima com a comunidade, e é dirigida a problemas comuns de saúde muito associados com violência doméstica e sexual contra a mulher.⁽⁸⁷⁾

No sentido da prevenção dos casos e promoção do erradicação da violência, diversas ações que não passam necessariamente pela ação dos serviços de saúde podem ser sugeridas. São elas: as campanhas em meios de comunicação de massa; a educação para a igualdade de gênero; o controle de armas na sociedade; o controle da violência urbana; o controle da publicidade e do abuso de álcool; a igualdade de salários entre homens e mulheres; a igualdade na participação política.⁽⁶⁴⁾

Nessa revisão, 5 pesquisas^(2, 5, 6, 20, 22) citam a prevenção da VPI como uma alternativa à atenção psicossocial, no campo sociocultural. Em estudo qualitativo⁽⁶⁾, que buscou compreender a percepção que mulheres vítimas de violência possuem sobre a violência doméstica, três distintas formas de prevenção foram consideradas:

- Promover uma rede de apoio social efetiva para a mulher e seus filhos que muitas vezes são dependentes do agressor;
- promover grupos de homens com a finalidade de propiciar a discussão sobre violência, relações e gênero e formas alternativas de resolução de conflitos;
- inserir a temática também nas escolas por meio de palestras informativas, tanto em escolas de ensino fundamental e médio da rede pública quanto nas universidades, sobre os direitos das vítimas e serviços de apoio existentes.

Outra pesquisa⁽²⁰⁾, ocupada em identificar os fatores de risco associados à violência por parceiro íntimo contra a mulher, em Belgrado, na Sérvia, chama a atenção para a importância de focar programas de prevenção da violência a longo prazo em meninos que crescem em famílias com violência doméstica, uma vez que história positiva na infância para violência domiciliar dos Pais é num fator preditor de comportamento violento no futuro.

Nesse contexto de fatores de risco para ser um perpetrador de VPI, aparece o uso de álcool pelo parceiro como um forte preditor de violência domiciliar em todos os estudos dessa revisão. Alguns destes estudos^(3, 8, 14) indicaram a importância da criação de políticas públicas capazes de reduzir o consumo de álcool entre a população em geral, e, de programas de prevenção ao uso do álcool⁽¹⁸⁾.

Estudo⁽⁸⁾ publicado em 2009, objetivando avaliar a relação da densidade de lojas que vendem álcool per capita com a VPI homem-mulher e mulher-homem, e buscando investigar se o consumo excessivo de álcool ou a presença de relatos de problemas com o álcool alterou a relação entre a densidade de armazéns que comercializam bebidas alcoólicas e a VPI homem-mulher e mulher-homem, sugere que os gestores políticos devam considerar o potencial benefício da limitação dos pontos de vendas de álcool para minimizar os episódios de VPI homem-mulher e suas consequências.

Zalesky, et al. (2012)⁽³⁾ são enfáticos em relação a criação de políticas públicas erradicadoras, restritoras e de sobretaxação do álcool, conforme exposto a seguir:

- Políticas públicas de restrição do consumo - restrição na venda de bebidas alcoólicas nos âmbitos municipais, estaduais e federais. Um exemplo positivo desta iniciativa encontra-se no pioneirismo do município de Diadema, SP, com a implantação de uma nova Lei municipal no ano de 2002, que estabeleceu restrição para a venda de bebidas alcoólicas após as 23h. Observou-se uma redução significativa das taxas de agressão contra as mulheres nos dois anos que se seguiram à intervenção, em comparação com os dois anos anteriores⁽⁹⁷⁾;
- políticas públicas para maior taxação de bebidas alcoólicas pelos estados - o consumo está relacionado a fatores como o baixo custo das bebidas alcoólicas. A aguardente de cana ou “cachaça” e a cerveja são exemplos de bebidas acessíveis àqueles com menores rendas. Esse baixo custo resulta em maior acesso da população e, conseqüentemente, maior consumo. Estudos mostram que a taxação de bebidas alcoólicas pelo Estado é uma estratégia simples e eficaz na redução da venda de bebidas alcoólicas, mas sua implantação enfrenta enormes resistências por parte da indústria do álcool;
- políticas públicas para a restrição das propagandas, principalmente na Televisão: as mídias influenciam o consumo de bebidas alcoólicas; de acordo com fatores como exposição, lembrança e apreciação de

propagandas por parte do público. Assim, quanto mais o indivíduo lembra e aprecia propaganda, maior será a chance de consumir álcool no futuro. Njaine e Minayo (2004)⁽¹⁵³⁾ estudaram a violência na mídia como tema de saúde pública. Estas autoras observaram que as propagandas de bebidas alcoólicas na televisão estão direcionadas para os jovens e relacionadas à identidade nacional ou grupal, chamando atenção para a naturalidade da venda e consumo de bebida na sociedade e a necessidade de refletir sobre esse hábito.

No Brasil, a estrutura e a organização dos serviços de saúde, na maioria dos estados e municípios, não permitem o diagnóstico e encaminhamento adequados às demandas das mulheres em situação de violência e, em específico, à mulheres que convivem com alcoolistas. Nesse sentido, lembra-se que importantes abordagens socioculturais não foram mencionadas em nenhum artigo dessa revisão; elas englobam as metodologias seguidas pelo Alcoólicos Anônimos (AA)^(42, 43), pelo Narcóticos Anônimos (NA)⁽²¹⁵⁾ e pelo Nar-Anon⁽²¹⁶⁾.

Alguns autores percebem que os AA's desempenham um papel fundamental como estratégia terapêutica para o alcoolismo, sendo considerado “[...] uma irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolver seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo” (AA, 2001, apud CAMPOS, 2004, p.1380)⁽⁶⁶⁾. Trata-se de um programa de recuperação, expresso nos “doze passos e doze tradições”^(42, 43), cujo objetivo é ajudar os alcoólicos a evitar o “primeiro gole” e manter a sua sobriedade. O AA⁽⁴²⁾ nasceu em 1935, em Ohio, nos Estados Unidos, após uma conversa entre um corretor da Bolsa de Nova York (Bill Wilson) e um médico de Akron (Bob Smith). Eles constataram que, por alguma razão até ali não bem compreendida, conseguiam ficar sem beber durante bons períodos depois que passavam algum tempo conversando e compartilhando seus problemas.

Os AA's constroem estratégias terapêuticas que possibilitam a recuperação do alcoólatra, por intermédio do resgate de sua responsabilidade física e moral. Assim, ao contrário da deterioração do física provocada pelo álcool, busca-se uma valorização da saúde e do bem-estar, expressa nos autocuidados. O mesmo ocorre em relação ao âmbito moral: em vez do “orgulho”, o dependente cultiva “humildade”; em vez do “egoísmo”, ele cultiva o “altruísmo”; em lugar da “hostilidade”, ele cultiva a “amizade”; e em lugar do “ressentimento”, pratica a “ajuda” ao alcoólatra necessitado de apoio.⁽⁶⁶⁾

Também existe o grupo de NA⁽²¹⁵⁾, que segue os doze passos utilizados pelos AA's. Uma avaliação científica da efetividade desta metodologia de tratamento baseada nos grupos de auto-ajuda é dificultosa de ser efetuada, porém, não pode-se desconsiderar a relevância social dos NA's. A disseminação dos grupos de NA, em vários países, é uma justificativa para que estas irmandades sejam objeto de pesquisa dos cientistas sociais e de Saúde Mental.⁽⁶⁶⁾

O Nar-Anon⁽²¹⁶⁾ é uma irmandade, sem fins lucrativos, cujo objetivo é ajudar familiares de dependentes químicos. Para o Nar-Anon, o familiar de adicto é visto como um provável co-dependente, e, assim como o adicto, os familiares também encontram-se em sofrimento intenso. Para que se possa fazer parte do grupo, o único requisito é ter um parente ou amigo envolvido com o problema da drogadição. As salas de reuniões são espaços cedidos gratuitamente (comumente pertencentes a alguma igreja ou escola) e os encontros acontecem semanalmente (podendo variar de uma a duas reuniões por semana), com a duração de duas horas.

Atualmente, a meta da abstinência, como um propósito, foi a justificativa para a adoção dos meios mais variados: desintoxicação, psicoterapias, religiosidade; atuação policial; agressões; laborterapia; internação psiquiátrica; clínicas especializadas; programas de NA, AA e Nar-Anon; comunidades terapêuticas; ambulatórios, dentre outros. Vale tudo para obter-se abstinência do uso de álcool e de outras drogas.

Importante ressaltar que o cuidado aos homens pode prevenir futuros episódios de violência com as mulheres com quem se relacionem. E isto também exige definir os instrumentos de intervenção e os saberes a serem mobilizados no trabalho cotidiano dos profissionais na atenção primária, redefinindo os arranjos das ações profissionais e de fluxos, atividades e protocolos previstos para o problema, bem como as formas de interação na equipe de trabalho.^(166, 148)

Ainda há muitos obstáculos para o efetivo trabalho em rede. Enquanto o setor da saúde tem tradição de trabalho na forma de um sistema hierarquizado, disposto em níveis primário, secundário e terciário, de forma bidirecional, e com uma porta de entrada definida, que é a atenção primária, no trabalho com violência, a rede, que é o modelo mais aceito pela literatura, tem a sua “entrada” que pode se dar em qualquer ponto, sendo a circulação dos casos um trançamento entre os diversos pontos desse conjunto (os distintos serviços), entre os quais não há hierarquia de disposição e sim uma colocação horizontal nas relações entre si.⁽⁸⁷⁾

A integralidade do cuidado será produzida a partir de ações articuladas e interações entre os profissionais envolvidos com a temática da violência. O resultado é a formulação interativa de projetos de intervenção que se potencializam em cada ponto da rede. Para isto, é importante que esteja presente em todos os serviços a consciência das outras ações acopladas e dos outros profissionais com quem haverá a interação. Fóruns intersetoriais, reuniões e supervisões internas aos serviços e à saúde, visitas aos serviços e contatos pessoais, listas de e-mails e telefones, tudo o que possa facilitar o contato é importante neste sentido.⁽⁸⁷⁾

Em relação aos encaminhamentos, também se deve lembrar que o referenciamento precisa ser feito com cuidado. A existência de uma rede não pode se traduzir na transformação de cada ponto dela em um centro de triagem ou encaminhamento para os demais. É importante estabelecer mutuamente os fluxos e formas de

referência e contrareferência articuladas às gerências locais, para que não ocorram os fluxos baseados apenas em relações pessoais, que são descontinuados quando os profissionais trocam de posição nos serviços e instituições.⁽⁸⁷⁾

Destaca-se, por fim, a importância de identificar as variáveis relacionadas à violência contra a mulher, assim como as associações entre as mesmas, que se constituem fatores de risco para essa população. Os achados relacionados ao histórico de violência nas famílias de origem da mulher e do agressor levam à reflexão sobre a necessidade de intervenções também junto aos filhos desses casais, de forma a evitar a perpetuação do ciclo de violência. Na Ucrânia, estudo de base populacional com representatividade nacional⁽²⁾ mostra que, na visão do Homem, mesmo após o ajuste de todas as variáveis, testemunhar agressão dos Pais foi considerado um importante fator de risco para ser agressor da parceira no futuro.

Nesse sentido, sugerem-se programas de capacitação dirigidos a profissionais, nos municípios que contam com centros de referência no atendimento à mulher, a fim de estender os serviços aos filhos, casais e famílias em situação de violência. Projetos que envolvam atendimentos grupais a essas mulheres e seus familiares devem ser previstos também na rede de assistência social e da saúde, assim como nas políticas públicas direcionadas à mulher. Da mesma forma, são necessárias ações no sentido de fortalecer as redes sociais de apoio disponíveis, bem como considerar o agressor e o uso de álcool e outras drogas como foco de atenção e intervenção urgente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há uma alta prevalência de violência contra mulheres e de consequências para a saúde, conforme a literatura ao longo desse trabalho mostrou. Em realidade, o problema da violência de gênero vem adquirindo progressiva atenção nas últimas décadas, tendo se tornado uma questão importante tanto do ponto de vista de sua magnitude, como do impacto social dela decorrente.

O desenvolvimento de tecnologias para diagnóstico e assistência integral apropriada para a saúde da mulher e para sua relação intersetorial é um dos maiores desafios. Acolher demandas e assistir mulheres que sofrem violência é parte dos direitos humanos e em saúde, embora a assistência não esteja adequadamente estruturada e ocorra pouca detecção de casos.

Esta insuficiência decorre das dificuldades dos profissionais de saúde de diagnosticarem esse tipo de problema e, quando expresso como demanda, de lidarem com as necessidades das mulheres, e, da dificuldade das próprias mulheres de relatarem o problema e expressarem as suas reais demandas.

Para aumentar a possibilidade de detecção desses casos, o primeiro acolhimento requer especificidade de abordagem e cuidados próprios para que a violência contra mulheres possa emergir como parte da demanda usual da rede.

À prática dos profissionais de saúde e de outros setores que lidam com a temática da violência feminina, faz-se necessário aliar a sensibilidade e a aptidão para detectar fatores de risco e sinais de violência doméstica contra a mulher, bem como articular ações de saúde em rede para a prevenção da violência e promoção da saúde.

Nesse trabalho de enfrentamento é necessário, também, maior divulgação nos meios de comunicação com o intuito de prevenir a violência, promover a saúde da mulher, e desmistificar as questões de gênero.

A verdadeira política de combate e enfrentamento à violência doméstica exige um trabalho em rede, englobando a colaboração intersetorial: polícia, Ministério Público, hospitais, profissionais da saúde, trabalhadores da área psicológica, da educação, do serviço social, abrigos, delegacias, gestores, representações sociais e governamentais, atenção primária à saúde, dentre outros.

Percebeu-se, com essa pesquisa, a importância de manter um olhar atento à temática da VPI e a seus fatores de riscos associados, fomentando pesquisas que possam ofertar opções de intervenção nessa área, uma vez que estas ainda são escassas na Literatura, assim como pesquisas que tratem especificadamente sobre a violência na população de esposas de alcoolistas.

A formulação de Políticas Públicas e a implantação de ações cotidianas no campo da violência doméstica estão permeadas por paradigmas culturais e históricos arraigados, machistas e permissivos, o que dificulta a imposição de algumas mudanças necessárias para o melhor enfrentamento dessa situação. Busca-se muito mais que uma rede capacitada, que realmente funcione como uma engrenagem, tendendo a fortalecer as instituições envolvidas no processo e possibilitando que as conquistas recentes no enfrentamento da violência se consolidem. Busca-se, mundialmente falando, uma verdadeira mudança paradigmática.

REFERÊNCIAS

1. KIMUNA, S. R.; et al. **Domestic violence in India:** insights from the 2005-2006 national family health survey. *J Interpers Violence.* 2013 Mar;28(4):773-807. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22935947>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
2. O'LEARY, K.D.; et al. **Descriptive epidemiology of intimate partner aggression in Ukraine.** *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008 Aug;43(8):619-26. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18360731>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
3. ZALESKI, M.; et al. **Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool.** *Rev Saúde Publica;* 44(1): 53-59, fev. 2010. tab. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-9102010000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 dez. 2013.
4. OLIVEIRA, J. B. de; et al. **Violência entre parceiros íntimos e álcool:** prevalência e fatores associados. *Rev Panam Salud Publica,* 26(6): 494-501, TAB. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n6/04.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
5. SILVA, M. A.; et al. **Violence against women:** prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil. *Cad Saude Publica;* 26(2): 264-272, Feb. 2010. tab. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200006&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22 dez. 2013.
6. WILHELM, F. A.; TONET, J. **Percepção sobre a violência doméstica na perspectiva de mulheres vitimadas.** *Psicol. argum;* 25(51): 401-412, out. 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=527266&indexSearch=ID>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
7. DEEKE, L. P.; et al. **A dinâmica da violência doméstica:** uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. *Rev Panam Salud Publica;* 26(6): 494-501, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000200008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 dez. 2013.
8. MCKINNEY, C. M.; et al. **Alcohol availability and intimate partner violence among US couples.** *Alcohol Clin Exp Res.* 2009 Jan;33(1):169-76. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2692953/>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
9. ZANCAN, N.; WASSERMANN, V.; LIMA, G. Q. **A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas.** *Pensando fam;* 17(1): 63-76, jul. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-494X2013000100007&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 dez. 2013.
10. TRIGUEIRO, T. H.; LABRONICI, L. M. **Dependência química como um fator de risco para a violência doméstica contra as mulheres.** *Online braz. j. nurs. (Online);*10(2), oct.-21., 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=23967&indexSearch=ID>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
11. VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. S. C.; SANTOS, M. A. **Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde.** *Rev Saude Publica;* 45(4): 730-737, ago. 2011. tab. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000400013&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 dez. 2013.
12. BABU, B. V.; KAR, S. K. **Domestic violence in Eastern India:** factors associated with victimization and perpetration. *Public Health.* 2010 Mar;124(3):136-48. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20223489>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
13. OSHIRO, A.; et al. **Intimate partner violence among general and urban poor populations in Kathmandu, Nepal.** *J Interpers Violence.* 2011 Jul;26(10):2073-92. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20587461>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
14. TUMWESIGYE, N. M.; et al. **Problem drinking and physical intimate partner violence against women:** evidence from a national survey in Uganda. *BMC Public Health.* 2012 Jun 6;12:399. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22672439>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
15. BERG, M. J.; **The effects of husband's alcohol consumption on married women in three low-income areas of Greater Mumbai.** *AIDS Behav.* 2010 Aug;14 Suppl 1:S126-35. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20544380>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
16. TEMPLE, J. R.; et al. **The longitudinal association between alcohol use and intimate partner violence among ethnically diverse community women.** *Addict Behav.* 2008 Sep;33(9):1244-8. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18571335>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
17. GALLAGHER, K. E.; HUDEPOHL, A. D.; PARROTT, D. J. **The power of being present:** the role of mindfulness on the relation between men's alcohol use and sexual aggression toward intimate partners. *Aggress*

- Behav. 2010 Nov-Dec;36(6):405-13. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20623578>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
18. CUNRADI, C. B.; AMES, G. M.; DUKE, M. **The relationship of alcohol problems to the risk for unidirectional and bidirectional intimate partner violence among a sample of blue-collar couples.** Violence Vict. 2011;26(2):147-58. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21780531>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
 19. THOMPSON, M. P.; KINGREE, J. B. **The roles of victim and perpetrator alcohol use in intimate partner violence outcomes.** Remedial and Special Education, July/August 2013; vol. 34, 4: pp. 205-214. first published on July 6, 2006. Disponível em: <<http://jiv.sagepub.com/content/21/2/163.abstract>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
 20. DJIKANOVIC, B.; JANSEN, H. A. F. M.; OTASEVIC, S. **Factors associated with intimate partner violence against women in Serbia: a cross-sectional study.** J Epidemiol Community Health. 2010 Aug;64(8):728-35. Disponível em: <<http://jech.bmj.com/content/64/8/728.full.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
 21. JAYASURIYA, V.; WIJEWARDENA, K.; AXEMO, P. **Intimate partner violence against women in the capital province of Sri Lanka: prevalence, risk factors, and help seeking.** Violence Against Women. 2011 Aug; 17(8):1086-102. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21890530>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
 22. MAKARA-STUDZINSKA, M.; GUSTAW, K. **Intimate partner violence by men abusing and non-abusing alcohol in Poland.** Int J Environ Res Public Health. 2007 Mar;4(1):76-80. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17431319>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
 23. TESTA, M.; et al. **Husband and wife alcohol use as independent or interactive predictors of intimate partner violence.** J Stud Alcohol Drugs. 2012 Mar;73(2):268-76. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22333334>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
 24. KRUG, E. G.; et al. **World report on violence and health.** Geneve: World Health Organization, 2002.
 25. ADEODATO, V. G.; et al. **Quality of life and depressions in women abused by their partners.** Rev. Saúde Pública, v. 39, n. 1, p.108-113, 2005.
 26. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.
 27. _____; SOUZA, E. R. **É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública.** Ciên. Saúde Coletiva, 1999, 4(1):7-23.
 28. _____; SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 1993, 9 (3): 239-262, jul/sep.
 29. _____. **Violência: um problema para saúde dos brasileiros.** In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Brasília, DF, 2005. p. 9-41.
 30. _____. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde.** 9. ed. rev. e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.
 31. _____. **Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva.** In: HJAINE, K. (Org.); et al. **Impactos da violência na saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009. 384p.
 32. SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. **Violência contra mulheres: interfaces com a saúde.** Interface Comun Saude Educ. 1999, 3 (5):11-26.
 33. _____. **Violência contra a mulher: pesquisa e intervenção.** Revista Promoção da Saúde, 2002, v. 6, n. 3, p. 80-83.
 34. _____; et al. **Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde.** Rev. Saúde Pública, 2002, 36(4):470-7.
 35. _____; et al. **Violência vivida: a dor que não tem nome.** Interface. 2003, 7(12):41-54.
 36. _____; et al. **A violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos.** São Paulo: UNESP, 2005.
 37. _____; et al. **Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo.** Revista de Saúde Pública, 2007, 41(3), 359-367.
 38. _____; et al. **Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil.** Rev Saude Publica, 2007, 41(5):797-807.
 39. LARANJEIRA, R. R.; PINSKY, I. **O alcoolismo.** 7. ed. São Paulo: Contexto, 2001.
 40. _____. **Apresentação: Álcool: Da saúde pública à comorbidade psiquiátrica.** Revista Brasileira de Psiquiatria, 2004, 26(1), 1-2.
 41. ABRAHAMS, N.; et al. **Intimate partner violence: prevalence and risk factors for men in Cape Town, South Africa.** Violence and Victims, 2006, 21(2):247-64.

42. AA-ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. **O grupo de AA: onde tudo começa.** São Paulo: Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil, 2001.
43. _____. **Os doze passos e as doze tradições.** São Paulo: Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil, 2001.
44. ALVES, S. L. B.; DINIZ, N. M. F. **Eu digo não, ela diz sim: a violência conjugal no discurso masculino.** Revista Brasileira de Enfermagem, 2005, 58(4):387-92.
45. AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/Escola Nacional de Saúde Pública, 1995.
46. _____. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. (Org.). **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999.
47. AZAMBUJA, M. P. R.; NOGUEIRA, C. **Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública.** Saúde Soc., 2008, 17 (3):1010-12.
48. BADAWY, A. A. **Alcohol and violence and the possible role of serotonin.** Criminal Behaviour Mental Health, 2003, 13(1), 31-44.
49. BALTIERI, D. A. **Alcohol and drug consumption and sexual impulsivity among sexual offenders** Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
50. BANDEIRA, L.; ALMEIDA, T. C. M. **Desafio das políticas em saúde diante da violência contra mulheres.** SER Social Brasil, 2008, v 10, n 22, p138-212, jan/jun.
51. BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.
52. BARSTED, L. A. Violência contra mulheres no Brasil e a Convenção de Belém do Pará, dez nos depois. In UNIFEM. (org) **O processo das mulheres no Brasil.** Brasília: Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para Mulher, 2006, 43p.
53. BATES, M. **Stability of neuropsychological assessments early in alcoholism treatment.** Journal of studies on alcohol, 1997, 58(6), 617-622.
54. BENNETT, L.; WILLIAMS, O. J. **Substance abuse and men who batter: issues in theory and practice.** Aggression Violent Behav. 2003;9(5):558-75.
55. BOLES, S. M.; MIOTTO, K. **Substance abuse and violence: a review of the literature.** Aggression Violent Behav, 2003, 8(2):155-74. D
56. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
57. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA-Vigilância de Violências e Acidentes, 2008 e 2009.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
58. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no sistema de informação de agravos de notificação – SINAN NET.** Brasília, 2011.
59. BRASIL, V. L. Família e drogadição. In: CERVENY, C. M. (Org.). **Família e...** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
60. BROOKOFF, D.; et al. **Characteristics of participants in domestic violence.** Assessment at the scene of domestic assault. JAMA, 1997, 277(17):1369-73.
61. BROWN, S. A.; et al. **Neurocognitive functioning of adolescents: Effects of protracted alcohol use.** Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 2000, 24(2), 164-171.
62. _____.; TAPERT, S. F.; BROWN, G. G. **Measurement of brain dysfunction in alcohol-dependent young women.** Alcohol Clinical Experimental Research, 2001, 25, 236-245.
63. BRUSCHI, A.; PAULA, C. S.; BORDIN, I. A. **Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal.** Rev. Saúde Pública 2006;40(2):256-64.
64. CAETANO, R.; et al. **Drinking, alcohol problems and the five year recurrence and incidence of male to female and female to male partner violence.** Alcohol Clin Exp Res, 2005, 29(1):98-106.
65. CAMPBELL, J. C. **Health consequences of intimate partner violence.** Lancet. 2002; 359 (9314) : 1331-6.
66. CAMPOS, E. A. **As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004, 20(5):1379-1387, set-out.
67. CARNEIRO, H. Breve histórico do uso de drogas. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO, J. R. A. **Dependência de drogas.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.
68. CAVALCANTI, L. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. **Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad Saude Publica, 2006, 22(1):31-9.

69. CEDAW. **Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher**. 1979. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/mulher/lex121.htm>>. Acesso em: 9 fev. 2014.
70. CHA, Y. M.; et al. **Sedative and GABAergic effects of ethanol on male and female rats**. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2006, 30(1), 113-118.
71. CHALUB, M.; TELLES, L. E. B. **Álcool, drogas e crime**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2006, 28(2), 69-73.
72. CHAUI, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CHAUI, M. **Perspectivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro: Zahar; 1984. p.23-62.
73. _____. **Perspectivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
74. CHERMACK, S. T.; GIANCOLA, P. R. **The relation between alcohol and aggression: an integrated biopsychosocial conceptualization**. *Clin Psychol Rev.*, 1997, 17(6):621-49.
75. _____.; et al. **Distal and proximal factors related to aggression severity among patients in substance abuse treatment: Family history, alcohol use and expectancies**. *Addictive Behaviors*, 2006, 31(5), 845-858.
76. CID-Classificação Internacional de Doenças. **CID - 9**. Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/icd/en/>>. Acesso em: 08 fev. 2014.
77. CILISKA, D.; CULLUM, N.; MARKS, S. Evaluation of systematic reviews of treatment or prevention interventions. *Evidence-Based Nurs*, 2001 October; 4(4):100-4. In GALVÃO, C. M.; SAWADA N. O.; TREVIZAN, M. A. **Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem**. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2004 maio-junho; 12(3):549-56.
78. COLE, T. B. **Is domestic violence screening helpful?** *JAMA*, 2000, 284(5):551-553.
79. CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ. **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**. Disponível em: <http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/m.Belem.do.Para.htm>. Acesso em: 09 fev. 2014.
80. CORRÊA, S.; ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos. Pauta Global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (org). **Sexo & vida**. Panorama da saúde reprodutiva no Brasil. São Paulo: Unicamp, 2003. p. 17-78.
81. COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 141-168.
82. _____.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As Conferências nacionais de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em Debate**, 2001, v.25, n.58, p.12-25.
83. _____. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma em saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (org). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 13-41.
84. COUNTS, D. A.; BROWN, J. K.; CAMPBELL, J. C. **Sanctions & sanctuary: cultural perspective on the beating of wives**. Boulder, Colorado: Westview Press; 1992.
85. CUNHA, P. J.; NOVAES, M. A. **Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: Implicações para o tratamento**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2004, 26(1), 23-27.
86. D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Identificando possibilidades e limites do trabalho em rede para a redução da violência contra a mulher: estudo entre três capitais brasileiras. In: SENASP. **Relatório de pesquisa**. Brasília: Ministério da Justiça, 2006.
87. _____.; et al. **Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009, 14(4):1037-1050.
88. DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. **Violência: um problema global de saúde pública**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1163-1178, 2006. Suplemento.
89. DE FERRANTE, F. G.; SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. **Violence against women: perceptions of medical doctors from primary healthcare units in the city of Ribeirão Preto, São Paulo**. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.13, n.31, p.287-99, out./dez. 2009.
90. DEBERT, G. G.; OLIVEIRA, M. B. **Os modelos conciliatórios de solução de conflitos e a “violência doméstica”**. *Cadernos Pagu*, 2007, 29, 305-337.
91. DEAM. **Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher**. 1985. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/aceso-a-informacao/perguntas-frequentes/violencia/o-que-e-delegacia-especializada-no-atendimento-a-mulher-deam>>. Acesso em: 09 fev. 2014.
92. DEVAUD, L. L.; ALELE, P.; RITU, C. **Sex differences in the central nervous system action of ethanol**. *Critical Reviews Neurobiology*, 2003,15(1), 41-59.
93. DICK, D. M.; BIERUT, L. J. **The genetics of alcohol dependence**. *Current Psychiatry Reports*, 2006, 8(2), 151-157.

94. DIEHL, A. A. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.
95. DOSSI, A. P.; et al. **Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008, 24(8):1939-1952, ago.
96. DSM – IV. **4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª Revisão, norte-americana**. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm_cid/dsm.php>. Acesso em: 08 fev. 2014.
97. DUALIB, S.; et. al. **The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence**. Am J Public Health, 2007, 97(12):2276-80.
98. ECHEBURÚA, E.; CORRAL, P. **Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia**. Cuadernos de Medicina Forense, 2006, (43-44), 75-82.
99. ECKARDT, M. J.; et al. **Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system**. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 1998, 22(5), 998-1040.
100. EDWARDS, G. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
101. ELLSBERG, M.; et al. **Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multicountry study on women's health and domestic violence: an observational study**. Lancet, 2008, 371(9619):1165-72.
102. ENOCH, M. A. **Pharmacogenomics of alcohol response and addiction**. American Journal of Pharmacogenomics, 2003, 3(4), 217-232.
103. FALS-STEWART, W.; GOLDEN, J.; SCHUMACHER, J. A. **Intimate partner violence and substance use: a longitudinal day-to-day examination**. Addict Behav. 2003;28(9):1555-74.
104. FEDER, G.; et al. **How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme?** Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. Health Technol Assess, 2009, 13(16): iii-iv, xi-xiii,1-113,137-347.
105. FLAKE, D. F.; FORSTE, R. **Fighting families: Family characteristics associated with domestic violence in five Latin American countries**. J Fam Violence, 2006, 21(1):19-29.
106. FONTES, A.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. **O comportamento de beber entre dependentes de álcool: Estudo de seguimento**. Revista de Psiquiatria Clínica, 2006, 33(6) 304-312.
107. FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1986. (Original publicado em 1978).
108. GALVÃO, E. F.; ANDRADE, S. M. **Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do sul do Brasil**. Saúde e Sociedade, v. 13, n. 2, p. 89-99, 2004.
109. GARCÍA-MORENO, C.; et al. **Multicountry study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses**. Geneva: World Health Organization; 2005.
110. _____; et al. **Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multicountry study on women's health and domestic violence**. Lancet, 2006, 368(9543):1260-9.
111. GOMES, N. P.; et al. **Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração**. Acta Paulista de Enfermagem, 2007, 20:504-8.
112. GOMES R. **La dimensión simbólica de la violencia de género: una discusión introductoria**. Athenea Digital-Revista de pensamiento e investigación social, 2008, (14): 2377-43.
113. GRAHAM, K.; PLANT, M.; PLANT, M. **Alcohol, gender and partner aggression: a general population study of British adults**. Addiction Res Theory, 2004, 12(4):385-401.
114. GROSSI, P. M. **Feministas históricas e novas feministas no Brasil**. Sociedade e estado, 1997, 12(2):285-308.
115. GUPTA, J.; et al. **Physical violence against intimate partners and related exposures to violence among South African men**. Canadian Medical Association Journal, 2008, 179(6):535-41.
116. HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. **Ending violence against women**. Popul Rep., 1999, 27(4):1-43.
117. _____. **A global overview of gender-based violence**. Int J Gynaecol Obstet, 2002, 78 (Suppl. 1):S5-14.
118. _____; GARCIA-MORENO, C. **Intimate partner violence**. In: KRUG, E.G.; et al. **World report on violence and health**. Geneva: WHO, 2002, p.91-121.
119. HRW - Human Rights Watch. **Injustiça criminal: violência contra a mulher no Brasil**. Washington (DC), 1992.

120. IRONS, R.; SCHNEIDER, J. P. **When is domestic violence a hidden face of addiction?** *J Psychoactive Drugs*, 1997, 29(4):337-44.
121. JELLINEK, E. M. **Phases of alcohol addiction.** *Quarter J Stud Alcohol*, v. 13, p. 673-84, 1952.
122. JEWKES, R. **Intime partner violence: causes and prevention.** *Lancet*. 2002, 359(9315):1423-9.
123. JEYASEELAN, L.; et al. **World studies of abuse in family environment: risk factors for intimate partner violence.** *Inj Control Saf Promot* 2004, 11:117-124.
124. JOHANSSON, A. K.; BERGVALL, A. H.; HANSEN, S. **Behavioral disinhibition following basal forebrain excitotoxin lesions: Alcohol consumption, defensive aggression, impulsivity and serotonin levels.** *Behaviour Brain Research*, 1999, 102(1/2), 17-29.
125. KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.** Tradução e revisão técnica de Alceu Fillmann e equipe. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
126. KARAMAGI, C.; et al. **Intimate partner violence against women in eastern Uganda: implications for HIV prevention.** *BMC Publ Health*, 2006, 6:284.
127. KISHOR, S. **The heavy burden of a silent scourge: domestic violence.** *Rev. Panam Salud Publica*. v. 17, n. 2, p. 77-78, 2005.
128. KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N. **Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro.** *Rev Saúde Publica*. 2005, 39(5):695-701.
129. KYRIACOU, D. N.; et al. **Emergency departament-based study of risk factors for acute injury from domestic violence against women.** *Ann Emerg Med*. 1998;31(4):502-6.
130. KLOSTERMANN, K. C.; FALS-STEWART, W. **Intimate partner violence and alcohol use: exploring the role of drinking in partner violence and its implications for intervention.** *Aggression Violent Behav*, 2006,11(6):587-97.
131. LAVINE, R. **Psychopharmacological treatment of aggression and violence in the substance using population.** *Journal of Psychoactive Drugs*, 1997, 29(4), 321-329.
132. LEI MARIA DA PENHA. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 08 fev. 2014.
133. LENAD 2013. **Levantamento Nacional de Álcool e Drogas.** Disponível em: <http://inpad.org.br/lenad/>. Acesso em: 20 dez. 2013.
134. LEONARD, K. E. **Domestic violence and alcohol: what is known and what do we need to know to encourage environmental interventions?** *J Subst Abuse*. 2001, 6(4):235-47.
135. _____. **Alcohol and intimate partner violence: when can we say that heavy drinking is contributing cause of violence?** *Addiction*, 2005, 100(4):422-5.
136. LEWIN, L. **Phantastica.** Paris: Payot, 1970.
137. LINDNER, S. R. **Violência física por parceiro íntimo e condições de saúde mental em homens e mulheres residentes em Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional [Tese].** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.
138. LIPSKY, S.; et al. **Is there a relationship between victim and partner alcohol use during an intimate partner violence event?** Findings from an urban emergency department study of abused women. *J Stud Alcohol*, 2005, 66(3):407-12.
139. LIU, J.; WUERKER, A. **Biosocial bases of aggressive and violent behavior: Implications for nursing studies.** *International Journal of Nursing Studies*, 2005, 42(2), 229-241.
140. LOGAN, T. K.; et al. **Victimization and substance abuse among women: contributing factors, interventions, and implications.** *Rev Gen Psychol*. 2002;6(4):325-97.
141. MANN, K.; et al. **Neuroimaging of gender differences in alcohol dependence: Are women more vulnerable?** *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 2005, 29(5), 896-901.
142. MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B.; BOTEGA, N. J. **Mortalidade por dependência de álcool no Brasil: 1998 - 2002.** *Psicologia em Estudo*, 2007, 12(1), 115-121.
143. MARQUES, A. C. P. R.; CRUZ, M. S. **O adolescente e o uso de drogas.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2000. 22(2), 32-36.
144. MARTÍN, F. M. **La Violencia en la pareja.** *Rev Panam Salud Publica*, 1999, 5(4/5):245-57.
145. MARTIN, S. E.; BRYANT, K. **Gender differences in the association of alcohol intoxication and illicit drug abuse among persons arrested for violent and property offenses.** *Journal of Substance Abuse*, 2001, 13(4), 563-581.
146. MEDINA, E. U.; PAILAQUILÉN, R. M. B. **A revisão sistemática e a sua relação com a prática baseada na evidência em saúde.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, jul-ago 2010.
147. MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. **Custo social e de saúde do uso do álcool.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2004, 26(1), 7-10.

148. MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização das práticas de saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.
149. MENEGHEL, S. N.; HENNINGTON, E. A. A rota crítica das mulheres no Brasil: aspectos preliminares do estudo em São Leopoldo. In MENEGHEL, S. N. (Org.), **Rotas críticas:** mulheres enfrentando a violência São Leopoldo: Unisinos, 2007, pp.51-61.
150. MITCHELL, J. M.; et al. **Impulsive responding in alcoholics.** Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 2005, 29(12), 2158-2169.
151. MONNOT, M.; et al. **Altered emotional perception in alcoholics:** Deficits in affective prosody comprehension. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 2001, 25(3), 362-369.
152. MURPHY, C.M.; et al. **Correlates of intimate partner violence among male alcoholic patients.** J Consult Clin Psychol. 2001;69(3):528-40.
153. NJAINE, K.; MINAYO, M. C. S. **A violência na mídia como tema da área da saúde pública:** revisão da literatura. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 2004, v. 9, n. 1, p. 201-211.
154. NAKAHARA, T.; et al. **Chronic alcohol feeding and its influence on c-Fos and heat shock protein-70 gene expression in different brain regions of male and female rats.** Metabolism, 2002, 51(12), 1562-1568.
155. NOLEN-HOEKSEMA, S.; HILT, L. **Possible contributors to the gender differences in alcohol use and problems.** The Journal of General Psychology, 2006, 133(4), 357-374.
156. NOTO, A. R. **Violência domiciliar associada ao consumo de bebidas alcoólicas e de outras drogas:** um levantamento no estado de São Paulo. J Bras Dep Quim. 2004, 5(1):9-17.
157. OBSERVATÓRIO DA MULHER. (2009). **Abuso sexual.** Recuperado em agosto 10, 2009, disponível em <<http://observatorio.damulher.org.br>>. Disponível em <http://observatoriiodamulher.org.br/site/index.php?option=com_content&task=category§ionid=10&id=30&Itemid=140>. Acesso em: 08 fev. 2014.
158. OLIVEIRA, E. M.; et al. **Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual:** um estudo qualitativo. Rev. Saúde Pública, 2005, 39(3):376-82.
159. OLIVEIRA, F. **Atenção à violência contra a mulher:** Desafio para profissionais e Serviços de Saúde. Nates – Núcleo de Assessoria, Treinamento e Educação em Saúde, Revista de APS – Uma publicação do Nates/UFJF, v. 4, n. 9, p. 12-24, 2002.
160. OMS-Organização Mundial da Saúde. **Violência contra a mulher.** Geneva: OMS, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2005/media_centre/overview_pt.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2013.
161. OSCAR-BERMAN, M.; et al. **Impairments of brain and behavior:** The neurological effects of alcohol. Alcohol Health & Research World, 1997, 21(1), 65-75.
162. PAIM, J. S. **Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde:** o caso do SUS. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006.
163. PALLAVICINI, G. J.; et al. **Behavior of brain perfusion with SPECT tomography 99mTc ethylene dicysteine (ECD) in alcohol and cocaine dependents during abstinence.** Revista Española de Medicina Nuclear, 2002, 21(6), 410-416.
164. PAYÁ, R.; FIGLIE, N. B. Abordagem familiar em dependência química. In: FLIGLIE, B.N.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química.** São Paulo: Roca, 2004.
165. PECHANASKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLETTO, S. **Uso de álcool entre adolescentes:** Conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2004, 26(1), 14-17.
166. PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde:** conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública, 2001, 35(1):103-109.
167. PETTINATI, H.; RABINOWITZ, A. **Recent advances in the treatment of alcoholism.** Clinical Neuroscience Research, 2005, 5(2/4), 151-159.
168. PILLON, S. C.; O'BRIEN, B.; CHAVEZ, K. A. P. **The relationship between drugs use and risk behaviors in Brazilian university students.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2005, 13(2), 1169-1176.
169. PIMENTEL, J. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas mostra o consumo de álcool crescente e desigual pela população brasileira.** (2013). Disponível em: <<http://dssbr.org/site/2013/06/ii-levantamento-nacional-de-alcool-e-drogas-mostra-o-consumo-de-alcool-crescente-e-desigual-pela-populacao-brasileira/>>. Acesso em: 08 fev. 2014.
170. PINHO, A. A.; FRANÇA-JUNIOR, I. **Prevenção do câncer de colo do útero:** um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. Revista brasileira de saúde materna infantil, 2003, 3(1):95-112.
171. PORTO, M.; et al. **A saúde da mulher em situação de violência:** representações e decisões de gestores/as municipais do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública. 2003;19 (Sup 2):S243-52.

172. REICHENHEIM, M. E.; DIAS, A. S.; MORAES, C. L. **Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde.** Rev. Saúde Pública, 2006, 40(4):595-603.
173. _____; et al. **The magnitude of intimate partner violence in Brazil:** portraits from 15 capital cities and the Federal District. Cad Saude Publica, 2006, 22(2):425-37.
174. REHM, J.; MONTEIRO, M. **Alcohol consumption and burden of disease in the Americas:** implications for alcohol policy. Rev Panam Salud Publica, 2005,18(4/5):241-8.
175. RENNER, L. M.; SLACK, K. S. **Intimate partner violence and child maltreatment:** Understanding intra – and intergenerational connections. Child abuse & neglect, 2006, 30:599-617.
176. ROSENBLOOM, M. J.; et al. **Persistent cognitive deficits in community-treated alcoholic men and women volunteering for research:** Limited contribution from psychiatric comorbidity. Journal of Studies on Alcohol, 2005, 66(2), 254-265.
177. ROVINSKI, S. L. R. **Dano psíquico em mulheres vítimas de violência.** Rio de Janeiro: Lumen, 2004.
178. SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero e patriarcado:** violência contra as mulheres. São Paulo: PUC, 1999.
179. SALETU-ZYHLARZ, G. M.; et al. **Differences in brain function between relapsing and abstaining alcohol-dependent patients, evaluated by eeg mapping.** Alcohol & Alcoholism, 2004, 39(3), 233-240.
180. SEIBEL, S. D.; TOSCANO Jr, A. **Dependência de Drogas.** São Paulo: Atheneu. 2001
181. _____. Álcool. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO, J. R. A. **Dependência de drogas.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 119-137.
182. SENA, E. L. S.; et al. **Alcoolismo no contexto familiar:** um olhar fenomenológico. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 310-8, abr.-jun. 2011.
183. SILVA, I. V. **Violência contra mulheres:** a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saude Publica. 2003, 19 (Sup 2):S263-72.
184. STREY, M. N. O sofrimento emocional de mulheres em busca de ajuda. In MENEGHEL, S. N. (Org.). **Rotas críticas:** mulheres enfrentando a violência São Leopoldo: Unisinos, 2007, pp.97-104.
185. TANAKA, O. Y.; OLIVEIRA, V. E. **Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico:** lições para o SUS. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-17, 2007.
186. TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais:** história e conceito. Hist. cienc. saúde-Manguinhos vol.9 no.1 Rio de Janeiro Jan./Apr. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003. Acesso em: 07 fev. 2014.
187. U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Screening for family and intimate partner violence:** Recommendation Statement. Annals of Internal Medicine 2004, 140(5):382-386.
188. VILLELA, W. V.; LAGO, T. **Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual.** Cad Saude Publica, 2007, 23(2):471-475.
189. VINHAS, W. Construção social da violência e direitos humanos. Palestra proferida durante a Campanha pelo Fim da violência Contra Mulheres: **“Direitos sexuais e Direitos Humanos”:** construção social da violência e direitos humanos. UNEB, Irecê, 04/10/2010.
190. WATTS, C.; ZIMMERMAN, C. **Violence against women:** global scope and magnitude. Lancet, London, v. 359, n. 9313, p. 1232-1237, 2002.
191. WHITE, H. R.; CHEN, P. H. **Problem drinking and intimate partner violence.** J Stud Alcohol, 2002, 63(2):205-14.
192. WHA-WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2003. In WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health.** Geneva; 2002 [citado 2007 out 15]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/. Acesso em: 08 fev. 2014.
193. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. **WHO health statistics** 2006. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat2006.pdf>. Acesso em: 07 de fev. 2014.
194. WHO, World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine. **Preventing intimate partner and sexual violence against women:** taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization, 2010.
195. WILSON, M. **Conviver com quem bebe.** Tradução de Maria Lúcia Garcial. São Paulo: Summus, 1997.
196. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence By Intimate Partners.** In: KRUG, E. G.; et al. **World report on violence and health.** Geneva: WHO, 2002. Pp. 89-121.
197. WORLD HEALTH ASSEMBLY (WHA). **Who multi-country study on women’s health domestic violence against women:** summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women’s responses. Geneva: World Health Organization, 2005.
198. ZABLOTSKA, I. B.; et al. **Alcohol use before sex and HIV acquisition:** a longitudinal study in Rakai. Uganda. AIDS 2006, 20(8):1191-1196.

199. OLIVEIRA, J. B.; et al. **Violência entre parceiros íntimos e álcool**: prevalência e fatores associados. *Rev Panam Salud Publica*, 26(6): 494-501, TAB. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v26n6/04.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
200. SILVA, L.; COELHO, E.; CAPONI, S. (2007). **Violência silenciosa**: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 2007 11 (21), 93-103.
201. CAETANO, R.; SCHAFFER, J.; CUNRADI, C. B. **Alcohol-related intimate partner violence among white, black, and Hispanic couples in the United States**. *Alcohol Res Health*, 2001, 25(1):58-65.
202. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 10.778/2003**. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2010.778-2003?OpenDocument>. Acesso em: 23 nov. 2013.
203. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2006. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_11_2013_14.57.23.7ae506d47d4d289f777e2511c83e7d63.pdf> Acesso e: 24 nov. 2013.
204. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS/GM nº 1.356**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1356_02_07_2012.html. Acesso 23 de nov. 2013.
205. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS/GM nº 1.876**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html>. Acesso 23 de nov. 2013.
206. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ficha de Notificação/Investigação Individual**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf>. Acesso 23 de nov. 2013.
207. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **CNDM-Conselho Nacional dos Direitos da Mulher**. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/conselho>>. Acesso em: 23 nov. 2013.
208. PRESIDENCIA DA REPUBLICA. **Lei Federal nº 10.216** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 23 nov. 2013.
209. CID-Classificação Internacional de Doenças. **CID 10**. Disponível em: <www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 08 fev. 2014.
210. MEDLINE. **Medical Literature Analysis and Retrieval System Online via PubMed**. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
211. LILLACS. **Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde**. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org/>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
212. SciELO. **Scientific Electronic Library Online**. Disponível em: <<http://www.scielo.org/php/index.php>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
213. PAPANICOLAU. **Exame de Papanicolaou - o que é um exame de Papanicolaou?**. Disponível em: <<http://www.news-medical.net/health/Pap-Smear-What-is-a-Pap-Smear-%28Portuguese%29.aspx>>. Acesso em: 08 fev. 2014.
214. NA. **Narcóticos Anônimos**. Disponível em: <<http://www.na.org.br/>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
215. NAR-ANON. **Grupos familiares Nar-anon do Brasil**. Disponível em: <http://www.naranon.org.br/>. Acesso em: 22 dez. 2013.