



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

MARIA INÊS GOMES DE ALMEIDA

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DO SONO E QUALIDADE DE VIDA EM
MULHERES SOBREVIVENTES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

**CAMPINAS
2017**

MARIA INÊS GOMES DE ALMEIDA

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DO SONO E QUALIDADE DE VIDA EM
MULHERES SOBREVIVENTES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

Tese apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde, Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho.

ORIENTADORA: PROF^A. DR^A. MARIA FILOMENA CEOLIM

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA
MARIA INÊS GOMES DE ALMEIDA E ORIENTADA PELA
PROF(a). DR(a). MARIA FILOMENA CEOLIM.

CAMPINAS

2017

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2418-2817>

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

AL64f Almeida, Maria Inês Gomes, 1953-
Fatores associados à qualidade do sono e qualidade de vida em mulheres sobreviventes de violência doméstica / Maria Inês Gomes de Almeida. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

Orientadores: Maria Filomena Ceolim e .
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem.

Em regime Interinstitucional com: Universidade Federal de Juiz de Fora.

1. Violência doméstica. 2. Sono. 3. Qualidade de vida. 4. Enfermagem. 5. Saúde da mulher. I. Ceolim, Maria filomena, 1962-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Factores associated with sleep quality and quality of life in women survivors of domestic violence

Palavras-chave em inglês:

Domestic violence

Sleep

Quality of life

Nursing

Women's health

Área de concentração: Enfermagem e Trabalho

Titulação: Doutora em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Maria Filomena Ceolim [Orientador]

Mariana Alvina dos Santos

Bianca Sakamoto Ribeiro Paiva

Rosângela Higa

Anna Maria de Oliveira Sallmena

Data de defesa: 28-07-2017

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

MARIA INÊS GOMES DE ALMEIDA

ORIENTADOR: PROF(A). DR(A). MARIA FILOMENA CEOLIM

MEMBROS:

- 1. PROF(A). DR(A). MARIA FILOMENA CEOLIM**
- 2. PROF(A). DR(A). MARIANA ALVINA DOS SANTOS**
- 3. PROF(A). DR(A). BIANCA SAKAMOTO RIBEIRO PAIVA**
- 4. PROF(A). DR(A). ROSÂNGELA HIGA**
- 5. PROF(A). DR(A). ANNA MARIA DE OLIVEIRA SALIMENA**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 28/07/2017

Dedico 50% esse trabalho aos meus familiares. À grande família, meus pilares com quem compartilho e posso contar nos momentos bons e ruins da vida e sempre sou retribuída com muito carinho e atenção. Senti todos torcendo por mim durante essa trajetória. Os outros 50% aos meus grandes amores Tõe, Daniel e Karina de quem recebo diariamente incentivo e empenho para tudo que faço, além dos abraços e beijos que me motivam a levantar e agradecer a Deus todos os dias por existirem em minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES) pelo financiamento do Doutorado Interinstitucional (DINTER) entre as Faculdades de Enfermagem (FEnf) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Faculdade de Enfermagem (FACENF) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

À FACENF/UFJF, pela parceria com o Programa de Pós-Graduação (PPG) da FEnf/UNICAMP proporcionando a oportunidade da realização desta capacitação.

Ao PPG da FEnf/UNICAMP pelo acolhimento e receptividade.

Ao PPG da FACENF/UFJF pelo empenho e compromisso.

Agradecimentos extensivos aos secretários: Saulo e Letícia, (PPG - FEnf/UNICAMP), Elisângela, Aninha e Vanessa (PPG - FACENF/UFJF), pela colaboração, esclarecimentos, atenção e ajuda nas resoluções dos problemas técnicos, administrativos e burocráticos.

Aos professores do Departamento Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública (EMP) da FACENF/ UFJF que me proporcionaram liberação para concluir esta capacitação.

Às professoras da Disciplina Enfermagem em Saúde da Mulher, agradeço o incentivo, carinho, amizade e apoio no meu crescimento profissional.

Ao Thiago Augusto Campos Horta, Subsecretário da Atenção Primária à Saúde (APS) da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora (SMS/JF) pela autorização e liberação da Unidade de Atenção Básica à Saúde (UAPS) promovendo oportunidade para a realização desta pesquisa.

À equipe da UAPS pela força e atenção que recebi durante a coleta de dados e pela contribuição das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e da Eliana (Assistente Social).

Aos colegas do DINTER “turma da Van”, obrigada pelo carinho, amizade, zelo, trabalho em equipe tanto nas aulas quanto nas viagens...será inesquecível.

Carla Renata, Flavia Helena, gratidão pela amizade que fizemos nessa trajetória.

Ao estatístico Henrique pelo suporte e contribuição na elaboração deste estudo.

Aos membros da banca que muito me honraram aceitando participar desse momento.

Porf^a Dr^a Maria Filomena Ceolim, obrigada pela confiança que depositou em mim, pela motivação, compreensão, atenção e disponibilidade para me orientar. Sua sabedoria, competência e paciência é exemplo para nós...

Agora um agradecimento especial às participantes deste estudo... obrigada por me receberem e confiarem no meu trabalho...guardo aqui cada abraço que recebi (e foram de todas). Aprendi muito com vocês...

A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas
pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que
todo mundo vê.

Arthur Schopenhauer

RESUMO

A violência doméstica ou familiar contra a mulher pode ser definida como a violência real ou ameaças de violência, de natureza física, sexual ou psicológica. Trata-se de um estudo descritivo, analítico de corte transversal, tendo como objetivo identificar se a violência doméstica constitui um fator associado à má qualidade do sono e qualidade de vida em mulheres sobreviventes de violência doméstica, atendidas em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de um Município do interior de Minas Gerais.. A amostra foi estabelecida por meio de cálculo estatístico, constituída de 128 mulheres distribuídas em grupo de mulheres que são sobreviventes de violência doméstica e um grupo controle. Todas elas residentes na área de abrangência do local da pesquisa. Os dados foram coletados por meio de quatro questionários: a) Questionário Sociodemográfico, Estilo de Vida e Saúde. b) Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, versão para uso no Brasil (PSQI-BR): avalia a qualidade do sono durante o mês anterior. c) *WHOQOL-bref*, instrumento desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde. d) *Instrumento WHO de Violência contra a Mulher – WHO-VAW* (do inglês, *Violence Against Women*) constitui um instrumento sobre violência psicológica, física e sexual por parceiros íntimos contra mulheres. Dentre as características desse grupo destacamos que 55,5% (n=71) convivem com o companheiro; 57,8% (n=74) tem ensino fundamental incompleto; 24,22 (n=31) se autodeclararam brancas e 75,78% (n=97) não brancas; 63,3% (n=81) relataram não exercer nenhuma função remunerada. Com relação ao estilo de vida, 71,0% (n=92) informaram não serem tabagistas; 82,8% (n= 106) não praticam atividade física; 52,8% (n=67) referiram realizar atividades de lazer.; a média de peso foi de 70,7 Kg, de estatura 1,58cm e de IMC 28,3. As mulheres do grupo de sobreviventes de violência doméstica, tiveram maior pontuação no PSQI comparada às mulheres do grupo controle e menor pontuação no WHOQOL-bref, indicando que elas possuem pior qualidade do sono e de vida. Evidenciou-se que entre os três tipos de violência a emocional foi a mais comum entre elas. A violência sexual não prevaleceu na maioria, mas a qualidade do sono mostrou-se mais comprometida nessas mulheres em relação àquelas que não sofreram esse tipo de violência. O fato de sofrer violência doméstica foi identificado como fator associado ao sono de má qualidade nas mulheres sobreviventes, neste estudo.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Palavras-chave: Violência Doméstica. Sono. Qualidade de Vida. Enfermagem. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Domestic or family violence against women can be defined as real violence or violence threats of physical, sexual or psychological nature. This is a descriptive and analytical cross-sectional study aiming at identifying whether domestic violence has an associated factor with poor sleep quality and quality of life of female survivors from domestic violence treated in a Health Primary Care Unit in a rural town in Minas Gerais state, Brazil. The sample was set by statistical calculations formed by 128 women divided in two groups: one group of women who survived from domestic violence and other control group. All of them lived in the area where this research was carried out. Data were collected with four questionnaires: a) sociodemographic, life style and health questionnaire. b) Pittsburgh sleep quality index, Brazilian version (PSQI-BR): it assesses sleep quality during the previous month. c) *WHOQOL-bref*, an instrument developed by quality of life group of World Health Organization (WHO). d) *WHO Instrument of Violence Against Women – WHO-VAW*: an instrument about psychological, physical and sexual violence against women by their intimate partners. Among the characteristics of that group we point out that 55.5% (n=71) women lived with their partners; 57.8% (n=74) women were with incomplete elementary school; 24.22 (n=31) women declared themselves as white and 75.78% (n=97) non white; 63.3% (n=81) women had no paying job. Concerning life style, 71.0% (n=92) women informed not to be a smoker; 82.8% (n= 106) women did not do physical exercises; 52.8% (n=67) women said they performed leisure activities; the average weight was 70.7 Kg, the average height was 1.58 cm and BMI was 28.3. The women of domestic violence survivor group held the highest score in PSQI compared to women of control group and the lowest score in WHOQOL-bref, indicating they have the worse sleep quality and quality of life. It was noticed that among the three types of violence, the emotional one was the most common. Sexual violence did not prevail in the majority of women, but poor sleep quality turned out to be more evident in those women in relation to those who did not suffer that type of violence. The factor of experiencing domestic violence was identified as one associated with poor sleep quality of female survivors in this study.

Key words: Domestic Violence. Sleep. Quality of Life. Nursing. Women's Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo Teórico Segundo Hipótese do Estudo	32
Figura 2	Fluxograma da Coleta de Dados da Pesquisa Fatores Associados à Qualidade do Sono e Qualidade de Vida em Mulheres Sobreviventes de Violência Doméstica	39
Figura 3	Resultado Encontrado no Estudo sobre Qualidade do Sono	53
Figura 4	Resultado Encontrado no Estudo sobre Qualidade de Vida	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Frequência das notificações por violências de residentes em Juiz de Fora no período de 2007 a 2014*	24
Tabela 2	Frequência de Todas as Violências contra a Mulher (residentes de Juiz de Fora) por Faixa Etária, no período de 2007 a 2014.....	25
Tabela 3	Características da amostra correspondente à identificação das mulheres sobreviventes de violência doméstica e mulheres do grupo controle em um município do interior de Minas Gerais, Brasil, 2016-2017 (n=128).....	44
Tabela 4	Descrição da amostra quanto às variáveis quantitativas (n=128).....	46
Tabela 5	Prevalência de violência emocional, física e sexual sofrida pelas mulheres sobreviventes de violência doméstica e o autor da violência, em um município do interior de Minas Gerais, Brasil, 2016-2017 (n=64).	46
Tabela 6	Estatística descritiva e p-valor entre as mulheres sobreviventes de violência doméstica e as do grupo controle e as variáveis idade, IMC, domínios do <i>World Health Organization Quality of Life</i> (WHOQOL) e escore do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI). (n=128).	47
Tabela 7	Correlação entre idade e os domínios do <i>World Health Organization Quality of Life</i> (WHOQOL) e escore do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) (n=128).....	48
Tabela 8	Associação das variáveis independentes com o domínio físico do <i>World Health Organization Quality of Life</i> (WHOQOL).....	48
Tabela 9	Associação das variáveis independentes com o domínio psicológico do <i>World Health Organization Quality of Life</i> (WHOQOL).....	49
Tabela 10	Correlação das variáveis independentes com o domínio de relações sociais do <i>World Health Organization Quality of Life</i> (WHOQOL).....	50
Tabela 11	Associação das variáveis independentes com o domínio meio ambiente do <i>World Health Organization Quality of Life</i> (WHOQOL).....	50
Tabela 12	Modelo de regressão linear para o escore final do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI).....	51

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Escala de Insônia de Atenas
APS	Atenção Primária à Saúde
ASDA	<i>American Sleep Disorders Association</i> (Associação Americana dos Distúrbios do Sono)
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DINTER	Doutorado Interinstitucional
DP	Desvio Padrão
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DVEA/DANT	Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental/Doenças e Agravos não Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EEG	Eletroencefalograma
EI	Estatuto do Idoso
EMP	Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
FACENF	Faculdade de Enfermagem
FEnf	Faculdade de Enfermagem
GABA	<i>Gamma-Amino Butyric Acid</i> (neurotransmissor)
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência adquirida
HPS	Hospital de Pronto Atendimento
HRQOL	<i>Health Quality of Life</i> (Qualidade de Vida e Saúde)
IMC	Índice de Massa Corporal
INMP	Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima, Peru)
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPV	<i>Intimate Partner Violence</i> (Violência por Parceiro Íntimo)
JF	Juiz de Fora
LI	Limite Inferior
LS	Limite Superior
MG	Minas Gerais

MRS	<i>Menopause Rating Scale</i> (Escala de Avaliação da Menopausa – desenvolvida na Alemanha- validada no Brasil)
MS	Ministério da Saúde
NREM	<i>Non-Rapid Eyes Movement</i> (Movimento dos olhos não-rápidos)
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i> (Razão de chance – estatística)
PARBOS	Protocolo de Atendimento ao Risco Biológico Ocupacional e Sexual
PIB	Produto Interno Bruto
PMJF	Prefeitura Municipal de Juiz de Fora
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PPG	Programa de Pós-Graduação
PSQI- BR	Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh – versão para uso no Brasil
QHG	<i>General Health Questionnaire</i> (Questionário Geral de Saúde)
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de vida Relacionada à Saúde
ref	Referência
REM	<i>Rapid Eyes Movement</i> (Movimentos rápidos dos Olhos)
SAS	<i>Statistical Analysis Software</i> (Software de Análise Estatística)
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SF-36	<i>Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey</i> (Instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida. Consiste em um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou domínios, que são: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental)
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i> (Pacote Estatístico para Ciências Sociais)
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PTSD	Transtorno de Stress pós Traumático
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHOQOL-bref	<i>World Health Organization Quality of Life-bref</i> (Organização Mundial de Saúde Qualidade da Vida – questionário abreviado)
WHO	<i>World Health Organization</i> (Organização Mundial da Saúde)
VAW	<i>Violence Against Women</i> (Violência Contra as Mulheres)

LISTA DE SÍMBOLOS

=	Igual
±	Mais ou menos
<	Menor que
p	Nível descritivo ou probabilidade de significância
%	Porcentagem
n	Tamanho da amostra

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Motivação para o estudo	18
1.2 Cenário da violência contra a mulher	18
1.3 Considerações sobre qualidade de vida e saúde	25
1.4 Definições e histórico do sono	27
1.5 Consequências da violência sobre o sono	28
1.6 Consequências das alterações do sono sobre a saúde	29
1.7 Hipótese	31
1.8 Modelo Teórico Proposto	31
2 OBJETIVOS	32
2.1 Objetivo Primário	32
2.2 Objetivos Secundários	32
3 MÉTODOS	33
3.1 Delineamento do estudo	33
3.2 Cenário do estudo	33
3.3 Participantes	34
3.3.1 Critérios de seleção	34
3.4 Cálculo amostral	34
3.5 Aspectos éticos	35
3.6 Instrumentos da coleta de dados	35
3.7 Coleta de dados	36
3.8 Análise dos dados	39
3.9 Definição operacional das variáveis	39
3.9.1 Variáveis independentes dos fatores associados do sono de má qualidade	39
3.9.2 Variáveis independentes relacionadas aos fatores associados de qualidade de vida	42
4 RESULTADOS	43

4.1 Modelo Teórico Encontrado Sobre Qualidade do Sono	54
4.2 Modelo Teórico Encontrado Sobre Qualidade de Vida	54
5 DISCUSSÃO	54
5.1 Características das participantes desse estudo	54
5.2 Hábitos e estilo de vida	55
5.3 Condições de saúde	56
5.4 Fatores associados à Qualidade do Sono e Qualidade de Vida	59
6 LIMITAÇÕES	67
7 CONCLUSÃO	68
8 CONSIDERAÇÕES PARA PRÁTICA	70
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICES	84
ANEXOS	93

1 INTRODUÇÃO

1.1 Motivação para o estudo

Atuando como docente em uma Faculdade Federal de Enfermagem, na disciplina Enfermagem em Saúde da Mulher, observo, ao realizar a consulta de enfermagem⁽¹⁾ em campo de prática com os alunos, dois relatos muito frequentes: a violência e o uso rotineiro de hipnóticos. Quero destacar que, na consulta de enfermagem, não abordamos somente as peculiaridades da especialidade, nesse caso as queixas ginecológicas, mas realizamos um histórico abrangente sobre a vida da mulher, possibilitando que essas questões apareçam durante a anamnese. Ressalto, também, que ao investigarmos sobre parceiro sexual não nos referimos somente ao do sexo masculino, portanto quando citamos parceiro íntimo em nossa pesquisa, estamos considerando ambos os sexos.

Dessa forma, esse fato chamou a atenção, partindo do pressuposto que o sono das mulheres sobreviventes de violência doméstica não é de boa qualidade, contribuindo para o aparecimento de doenças e podendo interferir consideravelmente na qualidade de vida. Ao mesmo tempo, as mulheres que informam não serem vítimas de violência também se referem ao uso de medicamentos indutores do sono. A partir desse contexto, pretende-se com essa pesquisa comparar esses dois grupos de mulheres. Embora existam vários estudos abordando violência, poucos são os que mencionam a relação entre esse fenômeno, o sono e a qualidade de vida da mulher sobrevivente de violência doméstica. Considerando essas observações, surge a inquietação de conhecer os fatores associados à qualidade do sono e de qualidade de vida em mulheres sobreviventes de violência doméstica, a partir do tipo de violência sofrida por ela, seja física, emocional ou sexual. Assim, a proposta dessa pesquisa será voltada para essa temática.

O serviço de saúde é o local propício para a realização do diagnóstico, registro e notificação de casos e responsável pela efetivação das estratégias necessárias para resolução dos problemas dos usuários⁽²⁾. Entretanto, mesmo quando a mulher procura o serviço e apresenta alguns sinais e sintomas que podem sugerir violência, com frequência isso não é pesquisado pelo profissional. Assim sendo, acredita-se que os resultados obtidos nesse estudo poderão contribuir para a reflexão e auxílio na prática dos profissionais que atuam nessa área e para a lacuna que existe na literatura e nas políticas públicas sobre esse tema.

1.2 Cenário da violência contra a mulher

A violência contra a mulher é todo ato que pode causar a ela morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico. É um acontecimento mundial e ocorre tanto em espaços privados

quanto em espaços públicos, sendo cometida por familiares ou por pessoas sem relação de parentesco⁽³⁾.

Violência doméstica é aquela praticada, de forma explícita ou dissimulada, em um domicílio ou no âmbito familiar, entre pessoas unidas por laços de parentesco civil (marido e mulher, sogra, padrasto e outros) ou natural (pai, mãe, filhos e irmãos, por exemplo). Diversas práticas podem ser incluídas nesse contexto, tais como a violência e o abuso sexual contra as crianças, maus tratos contra idosos, violência contra a mulher e contra o homem praticada pelo(a) parceiro(a), e, ainda, a violência sexual contra o parceiro⁽⁴⁾.

A violência doméstica por parceiro íntimo ocorre nas relações familiares atuais ou com ex-companheiros, na esfera doméstica, abrangendo a violência física, sexual e psicológica⁽⁵⁾.

A partir de 1960, aparecem os primeiros estudos sobre violência no âmbito familiar, focando inicialmente a criança agredida. Acreditava-se que a mãe seria a principal agressora, sem analisar a situação dessa mulher, ou seja, não se discutiam as questões de gênero na família. Na década de 1970, foi criado o termo violência contra mulher pelo movimento feminista internacional, quando iniciou-se estudos considerando a violência como violação dos direitos da pessoa conquistando a perceptibilidade das áreas policial e jurídica. A partir de 1980, a terminologia violência doméstica foi adotada no campo da saúde, mostrando que a violência intrafamiliar, poderia ser também uma violência contra a mulher. Surgido em 1990, o termo violência de gênero expressa abusos e agressões que decorrem dos conflitos de gênero e a forma de como lidar com eles, enfatizando a desigualdade entre homens e mulheres⁽⁶⁾.

Ainda na década de 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a violência contra a mulher como problema de saúde pública pela sua dimensão e pela gravidade das sequelas orgânicas e emocionais que ocasiona⁽⁷⁾.

Entretanto, até hoje a situação não mudou e, mesmo com as mobilizações da sociedade e as propostas do governo com vistas à solução desse problema, pode-se encontrar diariamente, na mídia, casos de agressões, estupros e assassinatos de mulheres, na sua maioria, praticados por parceiros.

A forma mais generalizada de abuso dos direitos humanos no mundo é a violência contra a mulher e é também a menos reconhecida⁽⁸⁾.

Segundo as Nações Unidas, uma em cada três mulheres no mundo são ou serão vítimas de violência. E muitas dessas vítimas têm medo ou sentem vergonha de buscar ajuda. Os dados do Conselho da Europa demonstram que, a cada dia, doze mulheres morrem de maus tratos e violência no continente europeu. A principal causa das mortes é a violência doméstica, que inclui agressão física, abuso sexual, violação, além das ameaças. O pior nessa guerra dos sexos é o pacto de silêncio entre agressor e agredida. Nos episódios mais trágicos, essas vítimas silenciosas pagam com suas próprias vidas⁽⁹⁾.

No Canadá, uma pesquisa realizada em 2011 mostrou que 173.600 mulheres com idade acima de 15 anos foram vítimas de violência. Os dados foram fornecidos pela polícia e são

relativos ao ano anterior. Dentre os impactos da violência contra a mulher, 27% foram vitimadas pelo cônjuge; dessas 26% utilizam medicamentos para lidar com a depressão, calmantes e medicamentos para ajuda-las a dormir. Nas mulheres que não foram vítimas de violência, esse percentual do uso de medicamentos foi de 18%⁽¹⁰⁾.

Vale ressaltar que o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde considera mulher em idade fértil entre 10 a 49 anos, portanto a violência doméstica pode ocorrer a partir dos 10 anos de idade⁽¹¹⁾.

Em 2013, segundo estatísticas do Conselho da Europa, 121 mulheres foram assassinadas por seus companheiros na França, 134 na Itália, 143 na Grã-Bretanha e, pelo menos, 214 na Turquia. A violência doméstica representa 28% dos homicídios voluntários na Europa⁽⁹⁾.

Em 1º de agosto de 2014, entrou em vigor a Convenção do Conselho da Europa para Prevenção e Combate à Violência contra as Mulheres para limitar as inúmeras formas de violência, pois as mulheres têm sido “assediadas, estupradas, mutiladas, esterilizadas, forçadas pelas famílias a se casar com quem não querem além de vítimas de abusos físicos e psicológicos”. De acordo com a Convenção, “religião, tradições ou conceitos como a honra não podem servir como desculpa para nenhum tipo de violência”⁽⁹⁾.

Na América Latina, a violência doméstica atinge entre 25% a 50% das mulheres. O custo da violência doméstica oscila entre 1,6% e 2% do PIB de um país. Esses fatos demonstram que a violência contra a mulher sai do âmbito familiar e atinge a sociedade como um todo, configurando-se em fator que desestrutura o tecido social⁽¹²⁾.

Dados da OMS, entre 2006 e 2010, mostram que o Brasil é considerado um dos países de mais elevados níveis de feminicídio, ocupando a 7ª colocação entre 84 países do mundo⁽¹³⁾.

De acordo com o estudo realizado sobre o histórico da violência, de 1980 a 2010, observou-se que em 30 anos mais de 92 mil mulheres foram assassinadas no país, sendo 43,7 mil na última década. Em 1980, houve 1.353 casos correspondendo a 2,3 por cem mil mulheres e, em 2010, 4.465 casos que correspondem a 4,6 por cem mil mulheres. Isso representa um aumento de 230% de aumento de mulheres vítimas de assassinatos no país⁽¹³⁾.

Estima-se que, no Brasil, a cada duas horas uma mulher seja assassinada, representando o último grau de uma escala de agressão que começa com a violência psicológica. Os parceiros íntimos ou ex-parceiros são apontados como os principais autores dessa violência⁽¹⁴⁾.

Informações congruentes com esse cenário foram apontadas na Conferência Nacional de Saúde (CNF), realizada em 2010, segundo a qual o Brasil é considerado o país que mais sofre com a violência doméstica⁽³⁾.

Os dados estatísticos demonstram que a cada quatro minutos uma mulher sofre violência em sua própria residência por uma pessoa que mantém relacionamento afetivo e a

cada 15 segundos uma mulher é espancada. A forma mais recorrente de violência é a doméstica, com 70% dos casos ocorrendo dentro de casa e praticados pelo esposo ou companheiro. Essa é considerada uma forma de violência de gênero na esfera privada⁽³⁾.

A maioria dos estudos demonstra que o agressor mais frequente da mulher é o companheiro ou esposo, com porcentagens que variam de 73,0% a 80,0% e, no estudo realizado pelos autores, as notificações contra os companheiros foram maiores que 90%⁽¹⁵⁾. No entanto, apesar dos números alarmantes, existe uma subnotificação da violência contra a mulher no Brasil, principalmente entre as mulheres de classe social elevada^(16,17).

Um estudo comparou a ocorrência de violência contra a mulher em duas regiões distintas do Brasil: sudeste e nordeste, especificamente em cidades de São Paulo e Pernambuco, devido a elevada prevalência. A faixa etária das mulheres que mais vivenciavam a violência compreendeu de 15 a 49 anos. Em São Paulo, 29% das mulheres já sofreram violência física e/ou sexual por parte do companheiro ou ex-companheiro e, em Pernambuco, esse percentual atingiu 34%. Após a agressão, as mulheres relataram problemas de saúde como dor, dificuldade de concentração, vertigem, tentativa de autoextermínio e maior frequência de ingestão de bebidas alcoólicas⁽¹⁸⁾.

A despeito dos avanços governamentais, criando a Lei n. 11.340 em 7 de agosto de 2006, denominada Lei Maria da Penha⁽¹⁹⁾, a qual visa coibir e prevenir a violência contra a mulher, garantindo sua preservação física e mental independente da classe social, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade ou religião, esse fenômeno ainda tem sido identificado com frequência.

As principais inovações trazidas pela Lei Maria da Penha são: a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; a proibição da aplicação de penas pecuniárias aos agressores; a possibilidade de concessão de medidas protetivas de urgência; e o caráter híbrido das ações, que podem ser, a um só tempo, penais e cíveis. Além disso, a Lei Maria da Penha reafirmou os serviços existentes e previu a criação de novos, o que resultou nos seguintes serviços especializados: i) casas abrigo; ii) delegacias especializadas; iii) núcleos de defensoria pública especializados; iv) serviços de saúde especializados; v) centros especializados da mulher; vii) Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; viii) promotorias públicas especializadas ou núcleos de gênero do Ministério Público ⁽²⁰⁻⁹⁾.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) divulgou, no dia 4 de março de 2015, em Brasília, um estudo sobre a efetividade dessa Lei, indicando a diminuição de 10% de homicídios contra mulheres, evitando, assim, milhares de casos de violência doméstica no Brasil. No entanto, os autores ressaltaram que essa efetividade não se deu de maneira uniforme devido aos diferentes graus de institucionalização dos serviços de proteção às mulheres vítimas de violência no país⁽²¹⁾.

Em 2009, atendendo às Leis n. 8.069 do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), n. 10.741 do Estatuto do Idoso (EI) e n. 10.778 da Violência contra Mulher, o Ministério da Saúde (MS) implantou a notificação da Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para as situações suspeitas de violência envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, devendo ser realizada de forma universal, contínua e compulsória⁽¹³⁾.

O SINAN registrou, no ano de 2011, 70.270 atendimentos do sexo feminino por violência, sendo que 71,8% aconteceram na própria residência, mostrando, mais uma vez, que é o âmbito doméstico o local onde as mulheres vivem a maior parte das situações de violência⁽¹³⁾.

Existem, no Brasil, 228 Centros Especializados em Atendimento à Mulher Vítima de Violência, sendo 13 no estado de Minas Gerais e um deles no município de Juiz de Fora, onde esta pesquisa foi realizada. Esses centros têm, como finalidade acolher, prestar acompanhamento psicológico e social e oferecer orientação jurídica nos casos de violência doméstica, familiar, sexual, patrimonial, moral, física e psicológica, bem como de tráfico de mulheres, assédio sexual e moral⁽²²⁾.

O centro de referência em Juiz de Fora é a Casa da Mulher, mantida pela Prefeitura Municipal (PMJF). A Casa possui uma coordenadora geral e uma gerente, responsáveis pela direção. Compõem ainda a equipe: recepcionistas, psicóloga, policial militar feminina, defensora pública, representante da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB Mulher), advogado do sexo masculino (algumas mulheres preferem advogado) e psicopedagoga. Nesse mesmo local, funciona a Delegacia de Mulheres da cidade. Quando a mulher chega ao serviço, é atendida pelas recepcionistas e encaminhada para o profissional adequado, de acordo com cada caso. Esse centro atende mulheres de vários municípios*.

Os dados sobre Mulheres Vítimas de Violências Doméstica e Sexual em Juiz de Fora são notificados ao SINAN. As notificações de violência sexual são realizadas pelo Hospital de Pronto Atendimento/Protocolo de Atendimento ao Risco Biológico Ocupacional e Sexual HPS/PARBOS e as demais (violência doméstica) são feitas por hospitais e Unidades de Atendimento Primário à Saúde (UAPS). Os dados não representam a realidade devido à subnotificação. Muitas vezes, a mídia e a imprensa mostram casos de violência que não foram notificados. A alegação dos profissionais é o medo de represálias†.

De 2007 a 2014, foram encaminhadas ao Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental/Doenças e Agravos não Transmissíveis (DVEA/DANT) notificações de 3.136 casos

* Informações fornecidas pela coordenadora da Casa da Mulher em Juiz de Fora, MG.

† Dados fornecidos, verbalmente, pela referência técnica substituta das notificações de violência de Juiz de Fora, MG.

de violência, de todos os tipos, incluindo todas as faixas etárias e sexo (Tabela 1). Dentre esses, 2.252 (71,8%) foram praticados contra a mulher⁽²³⁾.

Tabela 1: Frequência das notificações por violências de residentes em Juiz de Fora no período de 2007 a 2014*.

Ano da Notificação	Total
2007	159
2008	99
2009	153
2010	270
2011	566
2012	569
2013	597
2014	723
Total	3136

Fonte: SINAN NET

***Dados referentes às notificações de ambos os sexos e todas as idades.**

Observa-se que dos 2.252 casos notificados desde 2007 (Tabela 2), 778 (34,5%) são de mulheres vítimas de violência sexual e dessas, apenas 551 casos identificaram o autor da agressão. O principal autor da violência sexual foi do sexo masculino (543 casos = 98,5%)⁽²²⁾, evidenciando a elevada frequência da violência doméstica por parceiro íntimo.

Tabela 2: Frequência de Todas as Violências contra a Mulher (residentes de Juiz de Fora) por Faixa Etária, no período de 2007 a 2014.

Ano da Notificação	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 Anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 e + Anos	Total*
2007	49	29	14	3	2	1	0	0	0	98
2008	32	14	8	1	4	0	0	0	0	59
2009	45	17	12	5	2	0	1	0	0	82
2010	48	32	53	31	21	11	4	0	2	202
2011	40	53	147	121	66	23	13	2	4	469
2012	45	54	134	108	57	22	8	6	2	436
2013	66	75	119	92	52	32	9	3	0	448
2014	49	72	127	99	74	24	8	5	0	458
Total	374	346	614	460	278	113	43	16	8	2252

Fonte: SINAN Net

Diante dessas constatações, surgem questionamentos sobre qual é a reação das mulheres diante da situação. Frequentemente, as mulheres têm dificuldade de se afastarem dessa situação devido a fatores de vulnerabilidade e a tendência à sujeição⁽²⁴⁾. A mulher vítima de violência apresenta sérios agravos em sua qualidade de vida e ao desenvolvimento de comportamentos de risco⁽²⁷⁾.

As reações são diversas, algumas resistem, outras fogem e outras tentam manter a paz, submetendo-se às exigências de seus companheiros. Elas são limitadas pelas opções à sua disposição, alegando motivos para continuarem com o relacionamento, tais como: medo de represália, preocupação com os filhos, dependência emocional e financeira, perda de suporte da família e dos amigos, esperança de que “ele vai mudar um dia”⁽⁸⁾.

A ocorrência desse tipo de violência decorre da influência de fatores sociais como: baixa escolaridade, pobreza, desemprego e baixa renda das mulheres, além do uso de álcool e droga pelos parceiros⁽¹⁴⁾.

Mesmo havendo maior número de pesquisas e de denúncias por mulheres mais pobres, a violência conjugal ocorre também com mulheres de classe média e alta⁽²⁵⁾. A tendência é que esse tipo de ocorrência seja ocultada, devido aos valores relacionados a *status*, imagem e reconhecimento dentro de um grupo seletivo. Os estudos fazem referência, mas não investigam, visto que é mais difícil o acesso aos participantes, pois os episódios de violência nessa camada social não são registrados. Geralmente, essas mulheres procuram assistência psicológica, jurídica ou clínicas de repouso particulares para resolução do problema e as autoridades responsáveis não registram o episódio de violência⁽²⁵⁾.

Assim sendo, os números oficiais não são verídicos considerando que há exclusão dessas mulheres das estatísticas oficiais. Esse fato contribui para a menor visibilidade às políticas públicas, ocorrendo também com outro grupo no Brasil que são as homossexuais⁽²⁵⁾.

A violência é considerada um dos principais contribuintes para casos de morbidade e mortalidade feminina, além dos seguintes transtornos mentais: traumas psicológicos, depressão, abuso de álcool e drogas, depressão, ansiedade, transtornos alimentares e do sono, sentimentos de vergonha e culpa, fobias, transtornos de pânico, transtorno de estresse pós-traumático e desordens psicossomáticas⁽⁵⁾.

A violência doméstica por parceiro íntimo coloca a mulher em risco de morbidade psiquiátrica, que está associada a distúrbios do sono. Em estudo realizado com 121 mulheres expostas à violência doméstica por parceiro íntimo, 46% apresentaram insônia e 32% pesadelos, representando uma incidência expressiva⁽²⁶⁾.

A intervenção dos serviços de saúde tem papel de destaque na vida das mulheres vítimas de violência, na garantia de seus direitos humanos. A maioria dessas mulheres tem contato com o sistema de saúde, mesmo que o motivo não seja a agressão, enfocando a necessidade por parte dos profissionais de saúde de identificarem essa violência⁽³⁾.

A escassez de pesquisas em saúde com dados confiáveis sobre a magnitude e as consequências da violência contra a mulher é um obstáculo para o planejamento da prevenção⁽⁵⁾.

1.3 Considerações sobre qualidade de vida e saúde

Apesar de Qualidade de Vida (QV) ter se tornado uma expressão corriqueira no cotidiano das pessoas, é um termo que ainda se reveste de grande complexidade devido à subjetividade que representa para cada pessoa ou grupo social. Pode representar, por exemplo, morar bem, ter amor e família, saúde, harmonia, segurança, lazer e trabalho, liberdade de expressão e felicidade⁽²⁸⁾, entre outros.

A OMS define a QV como “a percepção de sua posição na vida no contexto dos sistemas de cultura e de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações dos indivíduos”⁽²⁹⁾.

A QV começou a ser explicada há cerca de 30 anos. Um estudioso escreveu que “qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é”. O termo utilizado sob dois aspectos: na linguagem do senso comum, por profissionais de várias áreas, e no âmbito da pesquisa científica, em diferentes campos do saber⁽³⁰⁾.

Foi a partir da década de 1990 que os pesquisadores estabeleceram que existem dois aspectos a serem considerados no conceito de QV: o primeiro é a subjetividade que valoriza a

percepção da pessoa sobre seu estado de saúde, não no aspecto médico, mas no seu contexto de vida, e o segundo é a multidimensionalidade: o indivíduo considerar sua situação pessoal em cada uma das dimensões relativas à qualidade de vida⁽³⁰⁾.

Sendo assim, a QV só pode ser avaliada pela própria pessoa, contrariando as tendências iniciais de uso do conceito onde a QV era avaliada por um observador, comumente um profissional de saúde. Portanto, ao se desenvolver métodos de avaliação e instrumentos sobre a QV, esses devem contemplar a perspectiva da população a ser estudada e não a dos cientistas e profissionais de saúde⁽³⁰⁾.

A QV está relacionada a vários fatores como: autoestima, autocuidado, suporte familiar, bem estar pessoal, capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, estado de saúde, estilo de vida, valores culturais, éticos, religiosidade, satisfação com emprego e com a vida diária no ambiente em que vive⁽³¹⁾. Pode, também, ser afetada por outros fatores tais como: estresse, angústia, participação social, bem estar físico, expectativa de vida e está intimamente ligada à qualidade do sono⁽²⁸⁾.

A violência por parceiro íntimo (*Intimate Partner Violence* - IPV) tem recebido maior atenção global pela sua violação grave na saúde das mulheres, direitos legais e qualidade de vida⁽³²⁾.

Em pesquisa realizada no Ceará, entre setembro de 2001 e janeiro de 2002 com cem mulheres vítimas de seus parceiros, atendidas na Delegacia da Mulher do Ceará, constatou escores compatíveis com a má qualidade de vida por meio GHQ (*General Health Questionnaire*), instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida⁽³³⁾.

De acordo com pesquisadores da Filadélfia, a IPV tem amplo efeito sobre a saúde e qualidade de vida. Por ser pouco estudada, os efeitos não são mensuráveis, pois os instrumentos de avaliação não incluem questões referentes às IPV. Os itens abordados nos instrumentos de QV referem-se a componentes de doenças, aspectos físicos e valores que os indivíduos colocam sobre a saúde, dentre outras, mas não contemplam o efeito da IPV na qualidade de vida⁽³⁴⁾.

Esses pesquisadores investigaram a utilidade desse instrumento no contexto de IPV, a medição do *Health Related Quality of Life* (HRQOL), questionário utilizado para avaliar qualidade de vida, por identificar potenciais fontes de viesamento de medida que poderiam resultar na inclusão ou exclusão de domínios no instrumento para o tipo de estudo proposto⁽³⁴⁾.

Foram 40 mulheres participantes da pesquisa ocorrida entre março e abril de 2006. A maioria relatou que, dos sintomas emocionais e psicológicos resultantes das IPV, o efeito sobre a sua qualidade de vida era mais importante do que os sintomas físicos⁽³⁴⁾.

Os resultados sugeriram que, para medir o efeito da IPV em pesquisas de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), algumas definições mais amplas de saúde devem ser incluídas nos instrumentos comumente usados, a fim de capturar inteiramente essa experiência

de forma adequada. Além disso, propõem que pela escassez na literatura desse tipo de estudo, mais pesquisas sobre mulheres que sofrem IPV seriam muito bem-vindas pela gama de efeitos que essa violência traz para sua qualidade de vida⁽³⁴⁾.

1.4 Definições e histórico do sono

O sono pode ser definido como um estado comportamental, reversível e de falta de responsividade ao ambiente⁽³⁵⁾.

O desenvolvimento positivo do humor, o estado emocional, os reflexos e a habilidade cognitiva durante a vigília, dependem da presença de sono suficiente e de boa qualidade⁽³⁶⁾.

O ambiente influencia na qualidade do sono. A escolha da posição para dormir, por exemplo, está ligada ao local e à temperatura ambiente. Deitar-se para dormir em local irregular causa a tendência de procurar a melhor postura para evitar que as irregularidades interrompam o sono. Se a temperatura é baixa, enrola-se para diminuir a área de evaporação do calor, se está dormindo perto de alguém tende-se a aproximar dela para aquecimento mútuo e diminuição da área de perda de calor⁽³⁷⁾.

O sono tem fascinado todos os povos desde a mais remota antiguidade, mas só foi possível ser tratado com objetividade depois que a ciência organizada criou métodos adequados. Algumas alusões ao sono e aos sonhos são citadas na Bíblia, entretanto, a primeira abordagem sistemática com finalidade científica foi feita na Antiga Grécia por Sócrates e Platão, que escreveram sobre o sono e, sobretudo, sobre os sonhos⁽³⁷⁾.

Aristóteles escreveu o livro sobre o sono, *De sonno*, sendo sua melhor contribuição para esse tema. Ele chegou à conclusão de que os sonhos não são místicos nem míticos, são fenômenos naturais relacionados com os acontecimentos diários. Descartava a possibilidade da alma deixar o corpo durante o sono e acreditava que as crianças não sonham⁽³⁸⁾.

No começo do século XX, o neuropsiquiatra e pesquisador alemão Hans Berger iniciou estudos das alterações do fluxo sanguíneo do córtex cerebral de cães e gatos por meio de aparelho termoeletrônico. Depois de muitas experiências com animais, começou a estudar seres humanos em neurocirurgias com craniotomia. Em 1929, desenvolveu um aparelho com eletrodos constituídos de agulhas impolarizáveis com registro gráfico que deu origem ao eletroencefalograma (EEG). Berger deu continuidade aos estudos e começou a utilizar o aparelho durante o sono, identificando fusos do sono e as ondas deltas, o que foi fundamental para o estudo objetivo do sono⁽³⁷⁾.

Foi a partir de 1937 que vieram os estudos sistemáticos dos padrões encefalográficos durante o sono, conduzidos pelos fisiologistas americanos Loomis, Harvey e Hobart, que descreveram as fases do sono sincronizado ou sono de ondas lentas. Kleitman e Aserinsky, em 1953, descreveram a fase de dessincronização durante o sono normal. Iniciou-se, então, o

entendimento sobre o sono. Posteriormente, Kleitman e Dement denominaram de sono REM (do inglês, *rapid eyes movement*) essa fase por ocorrerem movimentos oculares. A outra fase do sono, por exclusão, passou a ser chamada de sono NREM (do inglês, *non-rapid eyes movement*)⁽³⁷⁾.

O *National Center on Sleep Disorders Research* (Centro Nacional de Pesquisa de Distúrbios do Sono) estima que 70 milhões de pessoas apresentam algum distúrbio de sono e que as pessoas vêm progressivamente dormindo menos com o passar dos anos⁽²⁸⁾.

1.5 Consequências da violência sobre o sono

Em uma revisão da literatura sobre Saúde Física e Mental e IPV, os autores analisaram 75 artigos de países ocidentais e em desenvolvimento publicados entre 2006 e 2012. Desses, 5% ou seja, quatro estudos, focaram exclusivamente nos distúrbios do sono como consequência da IPV⁽³⁹⁾.

Todos os estudos sobre sono mostraram a influência negativa da experiência de IPV sobre a qualidade e a quantidade de sono nas mulheres estudadas. Elas relataram a relação do sono de má qualidade com depressão e Transtorno do Stress Pós Traumático (PTSD - *Posttraumatic Stress Disorder*)⁽³⁹⁾.

Dentre os artigos pesquisados, os autores encontraram um estudo sobre grupos focais britânicos de sobreviventes de abusos por parceiros. Nele, há um destaque para as mulheres falando sobre os perigos de viver com o autor da violência e o impacto que isso trouxe para os seus hábitos de sono. Elas afirmaram que estar dormindo enquanto eles estão acordados é extremamente arriscado. Para alguns homens, o fato de a mulher estar dormindo é razão suficiente para a violência. Desse modo, essas mulheres vivem com uma expectativa constante de violência, permanecendo constantemente vigilantes. Esse estado de vigília pode durar ainda cinco ou seis anos após a separação⁽³⁹⁾.

Há relatos de outros problemas como: dores nos membros, ranger de dentes, pesadelos recorrentes, ouvir ou ver o ex-companheiro. Além disso, a maioria das mulheres referiu ter passado muito tempo com a qualidade e a quantidade de sono restritas, sentindo o impacto significativo sobre sua saúde e bem estar⁽³⁹⁾.

Segundo os autores, mesmo sendo difícil ligar diretamente a falta de sono com problemas físicos, todas as mulheres admitiram que a privação de sono levou a uma série de problemas como enxaqueca, hipertensão arterial, fadiga crônica, problemas digestivos e a redução drástica da capacidade de lidar com a violência que estavam vivenciando⁽³⁹⁾.

Em estudos existentes, principalmente em países ocidentais, mulheres que sofrem de IPV podem ter problemas de saúde mental. Os resultados mostraram a agressão psicológica

como a mais fortemente associada à depressão, ansiedade e somatização do que a violência física⁽³²⁾.

1.6 Consequências das alterações do sono sobre a saúde

O sono mantém o ritmo circadiano do organismo e, quando inadequado, além de contribuir para o desenvolvimento de várias doenças, promove uma qualidade de vida ruim. Uma averiguação de enfermagem sobre o sono começa com uma avaliação abrangente dos padrões de qualidade e distúrbios do sono. A enfermeira é capaz de melhorar a assistência relacionada aos distúrbios do sono trabalhando com a equipe de saúde e avaliando o problema com mais profundidade⁽⁴⁰⁾.

Os distúrbios do sono ocorrem em cerca de 12 a 25% da população em geral. A insônia é o transtorno do sono mais frequente, com maior prevalência entre as mulheres. O conhecimento da qualidade do sono é um artifício clínico importante para a identificação de problemas de saúde, inclusive, dos distúrbios do sono⁽⁴¹⁾.

Diversos fatores contribuem para a ocorrência de transtornos do sono na população feminina, dentre os quais se destacam: as oscilações hormonais principalmente nos períodos pré-menstrual, gravidez e perimenopausa, sedentarismo, alcoolismo, tabagismo, sobrecarga de atividades, envelhecimento, obesidade, doenças crônicas, processo de hospitalização, amamentação e em alguns tipos de tratamento de doenças⁽⁴¹⁾.

No que tange o quadro depressivo em mulheres, conhece-se que a serotonina e a melatonina são os principais produtos de secreção da glândula pineal e são importantes reguladores do ciclo de sono e vigília. A ligação entre sono, melatonina e serotonina está imbricada no fato de que a serotonina é um precursor da melatonina e pode ser um indicador da depressão^(20,21).

Outros estilos de vida também desempenham papel importante para o surgimento dos distúrbios do sono, quais sejam: o sedentarismo, pois pode levar à mulher à obesidade e a desenvolver alguns tipos de doenças crônicas; a sobrecarga de atividades, que acarreta constantemente estresse e alguns problemas emocionais; o consumo do álcool pelo fato de alterar a atividade de muitos neurotransmissores envolvidos na regulação do sono, como a serotonina, noradrenalina, glutamato e GABA^(31,32).

Em mulheres, o álcool é metabolizado mais rapidamente do que nos homens, acarretando aumento da sonolência e padrão do sono perturbado devido ao aumento de interrupções do sono e sua menor duração⁽³⁵⁾.

Com relação às doenças crônicas (hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, câncer, infecção por HIV/AIDS, *diabetes mellitus*, insuficiência renal crônica e epilepsia), o padrão do sono, comumente, apresenta-se

alterado, seja pelos próprios cuidados relacionados ao tratamento ou, em alguns casos, pelo aumento do Índice de Massa Corporal (IMC), fato que pode predispor o paciente à Síndrome da Apneia e Hipopneia, ou seja, ainda pelos problemas emocionais e comportamentais envolvidos⁽⁴²⁾.

A maioria dos distúrbios do sono não é detectada nem tratada porque as pessoas desconhecem que essa é uma condição clínica e tratável, além de constituírem uma queixa poucas vezes relatada em consultas médicas, dificultando diagnóstico e tratamento. Poucas são as pessoas que procuram assistência médica para tratar dificuldades com o sono⁽⁴²⁾.

Dormir é essencial para a vida, é tão importante quanto se alimentar. O sono é vital para a nossa saúde, tanto é que passamos um terço de nossas vidas dormindo. Hoje, infelizmente, nossa sociedade está cada dia mais privada de sono.

As pessoas não dão ao sono a importância que ele tem sem saber que ele pode interferir na saúde de todo o restante do organismo. Não se deve “empurrar o sono com a barriga”, pois no começo ele te avisa e dá sinais que você precisa de descanso, mas depois ele te apaga, e isso pode ser muito perigoso. Nosso objetivo é alertar a população sobre isso, mostrar como o sono está ligado à qualidade de vida e bem-estar. Um exemplo são os acidentes de trânsito que acontecem sem motivo aparente e que muitas vezes estão relacionados ao sono. O sono é tão importante quanto os nossos sonhos! ⁽⁴³⁾

Diante dessas considerações, ressalta-se a invisibilidade da situação da violência doméstica pelos profissionais de saúde. A mulher vítima de violência procura com frequência o serviço de saúde com queixas que podem estar associadas a esse fenômeno, mas a associação com outras manifestações, como qualidade do sono e qualidade de vida, é frequentemente negligenciada.

Nesse sentido, a proposta deste estudo é comparar a qualidade do sono e a qualidade de vida de mulheres sobreviventes da violência doméstica com mulheres não expostas à violência, com a finalidade de verificar a possível associação entre esse tipo de violência e a má qualidade do sono e de vida.

Como há pouco conhecimento dessa relação que traz como consequências prejuízos para a saúde da mulher, é necessário investigar começando a perguntar sobre isso e a tornar rotina essa investigação nas consultas, da mesma maneira como são aferidos os sinais vitais.

As evidências mostram que os distúrbios do sono, além de afetar a qualidade de vida, estão associados ao desenvolvimento de numerosas doenças^(44, 45,46,47,48,49,50).

Não há o hábito de rastrear violência e padrões de sono durante consultas pelos profissionais de saúde. As mulheres estão sendo tratadas das doenças, mas não da origem do problema, que pode ser consequência de um sono de má qualidade em decorrência da violência sofrida em casa. A dificuldade encontrada durante o desenvolvimento desta pesquisa foi a falta de estudos fazendo uma associação entre esses fatores.

As mulheres sobreviventes de violência doméstica têm recebido muito apoio de autoridades governamentais, mas as consequências dos distúrbios do sono vão continuar se não houver iniciativa de intervenção. Na apresentação deste trabalho aos profissionais, espero sensibilizá-los sobre esse aspecto e traçar estratégias que permitam entender a necessidade da importância do tema que é pouco divulgado. Minha sugestão é: a inserção do item sono e violência na anamnese, mobilizá-los a aprofundar nos estudos sobre o sono, reuniões com mulheres para alertá-las sobre a importância do sono, capacitar as equipes alertando sobre o impacto do sono de má qualidade sobre a saúde das mulheres.

1.7 Hipótese

1. A violência doméstica está associada ao sono de má qualidade e à má qualidade de vida, de forma independente, quando analisada em conjunto com outros fatores (idade mais avançada, presença de doenças, sintomas do climatério/menopausa, uso de álcool, tabagismo e sedentarismo) em mulheres.

2. Haverá associação entre qualidade de sono e qualidade de vida nas mulheres estudadas.

1.8 Modelo Teórico Proposto

Figura 1: Modelo Teórico Segundo Hipótese do Estudo



2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Primário

Identificar se a violência doméstica constitui um fator associado ao sono de má qualidade e pior qualidade de vida, independentemente de outros fatores prejudiciais à qualidade do sono e qualidade de vida (idade mais avançada, IMC acima de 25 kg/m² ou presença de doenças, sintomas do climatério/menopausa, uso de álcool, tabagismo e sedentarismo) em mulheres atendidas em uma UAPS de um município do interior de Minas Gerais.

2.2 Objetivos Secundários

Caracterizar os tipos de violência doméstica sofrida pelas mulheres.

Comparar a qualidade do sono e a qualidade de vida de acordo com o tipo de violência (física, sexual ou psicológica) nessas mulheres.

Comparar a qualidade do sono e a qualidade de vida das mulheres sobreviventes de violência doméstica por diferentes agressores com o grupo controle.

3 MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Este é um estudo descritivo, analítico e de corte transversal⁽⁵¹⁾.

3.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi desenvolvida na UAPS de uma cidade do interior de Minas Gerais, que possui uma população de 516.170 habitantes, dentre os quais 272.223 mulheres, ou seja, 52,7%⁽⁵²⁾. Dados relativos à violência contra as mulheres no município em questão foram apresentados na Introdução deste trabalho.

A UAPS selecionada atende 1.779 famílias totalizando 5.972 pessoas com duas equipes de ESF sendo 2.901 mulheres na faixa etária de 10 a 60 anos ou mais⁽⁵³⁾.

Cada equipe é formada por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e seis Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Ainda integram a equipe uma assistente social, dois dentistas e uma auxiliar de serviços gerais.

De acordo com informações da assistente social, que é a responsável pelo cadastramento das famílias, 25% das famílias da área de abrangência da UAPS são de baixa renda e recebem Bolsa Família. Em média, a renda familiar é de até três salários mínimos.

O Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS), com base na Portaria GM/MS 1.1412, de 10 de julho de 2013, criou a estratégia e-SUS com objetivo de reestruturar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), onde os registros serão feitos de forma individualizada ⁽⁵⁴⁻⁵⁵⁾.

Nas áreas de abrangência da UAPS onde foi realizado o estudo, o índice de alfabetização é de 97,68% indivíduos acima de 15 anos, totalizando 4.839 pessoas. Das 1.779 famílias, 99,72% recebem abastecimento de água da rede pública num total de 1764 famílias, três casas possuem poço artesiano (0,17%) e duas casas não foram especificadas sobre esse aspecto (0,11%). Um percentual de 99,44%, ou seja 1.769 famílias, filtram a água para o consumo, duas fervem a água (0,11%), três fazem a cloração (0,17%) e cinco consomem sem nenhum tratamento (0,28%); 1.764 casas são de tijolo, o que corresponde a 99,16%; uma casa é de taipa revestida (0,06%), cinco casas de madeira (0,28%), seis casas de material aproveitado não especificado (0,34%) e três como outros também sem especificação (0,17%).

Um total de 1.774 famílias é contemplado com a coleta pública de lixo (99,66%), três casas queimam ou enterram o lixo (0,17%) e em duas casas o lixo se mantém a céu aberto (0,11%).

Com relação ao destino de fezes e urina, 1.773 casas (99,66%) dispõem de sistema de esgoto; cinco casas (0,28%) possuem fossas e uma casa (0,06%) tem o esgoto a céu aberto.

A energia elétrica é instalada em 95,62%, ou seja, para 1.701 famílias⁽⁵⁶⁾.

3.3 Participantes

Participou do estudo um grupo de 64 mulheres sobreviventes de violência doméstica que residem na área de abrangência da UAPS escolhida como cenário do estudo. Um grupo de 64 mulheres, que não sofreram e não sofrem violência e residem na mesma área, foi estudado para efeitos de controle.

3.3.1 Critérios de seleção

Os critérios de inclusão para participar da pesquisa são: possuir 18 anos ou mais e saber ler e escrever.

Os critérios de exclusão são o registro em prontuário de diagnóstico médico ou hipótese diagnóstica de distúrbio psiquiátrico.

3.4 Cálculo amostral

O tamanho amostral da população alvo deste estudo foi realizado pelo estatístico que considerou dois objetivos:

1. Verificar o efeito de um conjunto de variáveis preditoras no escore de qualidade do sono (PSQI).
2. Comparar os dois grupos (mulheres que sofreram e não sofreram violência) com relação ao escore de qualidade do sono (PSQI).

Para o primeiro objetivo, considerou-se a metodologia de um cálculo amostral para um modelo de regressão linear múltipla. Nesse cálculo, foi assumido um nível de significância de 5%, um poder do teste de 80%, um tamanho de efeito de 0,15, que segundo⁽⁵⁷⁾ pode ser considerado um tamanho de efeito de grau médio e um conjunto de 10 variáveis preditoras. O cálculo resultou em uma amostra de 118 indivíduos.

Para o segundo objetivo, considerou-se a metodologia de um cálculo amostral para um teste t de Student não pareado. Nesse cálculo, foi assumido um nível de significância de 5%,

um poder do teste de 80%, um tamanho de efeito de 0,50, que pode ser considerado um tamanho de efeito de grau médio. O cálculo resultou em uma amostra total de 128 indivíduos⁽⁵⁷⁾.

Para a realização dos cálculos amostrais foi utilizado o software G*Power 3.1.9.2 ⁽⁵⁸⁻⁵⁹⁾.

3.5 Aspectos éticos

Antes de iniciar este estudo, o projeto foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, MG, (Apêndices 2) (Anexo 1 e 2), e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Os dados foram coletados após aprovação pelo CEP da UFJF (Anexo 3).

A pesquisa atendeu às disposições da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. O risco previsto é mínimo e todos os direitos das participantes serão garantidos. Os dados serão utilizados somente para fins científicos⁽⁶⁰⁾.

3.6 Instrumentos da coleta de dados

Foram utilizados quatro questionários, um deles organizado pela pesquisadora e validado por juízas, e os outros três foram validados para uso no Brasil.

a) *Questionário Sociodemográfico e Estilo de Vida* (Apêndice 3): para obter informações sobre: (1) Identificação; (2) Situação familiar; (3) Condições socioeconômicas; (4) Estilo de vida; (5) Condições de saúde. Esse instrumento foi construído especificamente para uso nesta pesquisa, com base na experiência da pesquisadora e na literatura especializada. Após a elaboração de um formato inicial, foi submetido à validação aparente por quatro juízas selecionadas pela pesquisadora, sendo três doutoras, professoras em Faculdade de Enfermagem, e uma assistente social da UAPS onde foi realizado o estudo. Na validação aparente, as juízas analisaram a validade de conteúdo, de aparência, de critérios e de construto do instrumento, considerando a precisão e aplicabilidade sobre o que se pretende medir. A adequação dos itens foi feita de acordo com as sugestões emitidas em parecer pelas juízas, antes de ser aplicado às participantes.

b) *Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh*, versão para uso no Brasil (PSQI-BR) (Anexo 4): avalia a qualidade do sono durante o mês anterior. Esse questionário foi desenvolvido objetivando fornecer uma medida de qualidade de sono padronizada fácil de ser interpretada e respondida, que pudesse discriminar entre bons e maus dormidores e que também fosse clinicamente útil na avaliação dos transtornos que pudessem afetar a qualidade do sono. Segundo os autores⁽⁴⁰⁾, um questionário que avalia somente a noite anterior não é capaz de detectar padrões de disfunção e os que avaliam um ano ou mais não são capazes de indicar a gravidade de um problema presente no momento. Compreende dezenove questões

agrupadas em sete domínios: (1) qualidade subjetiva do sono; (2) latência para o sono; (3) duração do sono; (4) eficiência habitual do sono; (5) transtornos do sono; (6) uso de medicação para dormir; (7) disfunção diurna. A pontuação das respostas é baseada em escala Likert de 0 a 3. A soma final do escore de cada domínio produz um escore global de 0 a 21 sendo que quanto maior for a pontuação, pior será a qualidade do sono. A pontuação superior a cinco é indicativo de sono de má qualidade e significa que o indivíduo apresenta grandes dificuldades em pelo menos dois componentes ou dificuldades moderadas em mais de três^(40,61).

c) *WHOQOL-bref* (Anexo 5): é um instrumento desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS, em 1994, para avaliar o Índice de Qualidade de Vida (IQV). Inicialmente foi elaborado o WHOQOL-100, porém, devido à necessidade de um instrumento mais curto e de rápida aplicação, foi desenvolvido o WHOQOL-bref, composto por 26 questões, que foi utilizado nesta pesquisa. É composto por 24 itens que fornecem um perfil de pontuação em quatro dimensões de qualidade de vida (Domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente), e duas questões gerais. Quanto maior a pontuação no IQV, melhor a qualidade de vida. Trata-se de um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para uma população acometida por agravos e em diferentes culturas. Valoriza a percepção individual e avalia a qualidade de vida em diversos grupos e situações⁽⁶¹⁻⁶⁵⁾.

d) *Instrumento WHO de Violência contra a Mulher – WHO-VAW* (do inglês *Violence Against Women*) (Anexo 6): é um instrumento sobre violência psicológica, física e sexual por parceiros íntimos contra mulheres, desenvolvido pela OMS na língua inglesa e validado no Brasil. Foi adaptado à nossa cultura por meio de estudo com grupos focais e entrevistas que foram preteridas no que se refere à facilidade de aplicação e clareza. Os resultados afirmaram-se adequados para uso em pesquisas que estudam violência contra mulher por parceiro íntimo⁽⁶⁶⁾.

3.7 Coleta de dados

Os dados foram colhidos pela pesquisadora. Antes de iniciar a coleta, a pesquisadora esteve na UAPS e apresentou para a gerente a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e o Parecer do CEP autorizados para realização da pesquisa.

A assistente social da UAPS mantém uma lista atualizada de mulheres sobreviventes de violência doméstica com número dos prontuários, que tem como objetivo ajudá-las na resolução dos problemas e encaminhamento para os órgãos competentes de suporte e proteção para essas mulheres.

A pesquisadora teve acesso à listagem de todas as mulheres elegíveis para este estudo e fez uma revisão no prontuário considerando os critérios de participação.

A pesquisadora, juntamente com a assistente social, abriu uma agenda com dias e horários que estivesse disponível na UAPS, uma sala privativa para a realização da coleta dos dados e fizeram uma reunião com as ACS informando sobre a pesquisa, dias e horários disponíveis para a sessão.

A assistente social emitia convite impresso às mulheres sobreviventes de violência doméstica, que constavam em sua listagem. Esses foram levados pelas ACS que fazem visitas domiciliares diariamente.

As mulheres do grupo controle foram convidadas aleatoriamente pela pesquisadora e pela assistente social. Elas estavam na UAPS aguardando consulta, participando de grupos, buscando medicamentos na farmácia ou sendo atendidas pela assistente social.

A coleta de dados foi feita nos meses de setembro, outubro, novembro, dezembro de 2016 e janeiro de 2017, na UAPS, com horário agendado de acordo com a disponibilidade de cada participante, respeitando o horário de funcionamento da Instituição e de ter sala privativa, com balança e régua antropométrica, desocupada para a realização da pesquisa.

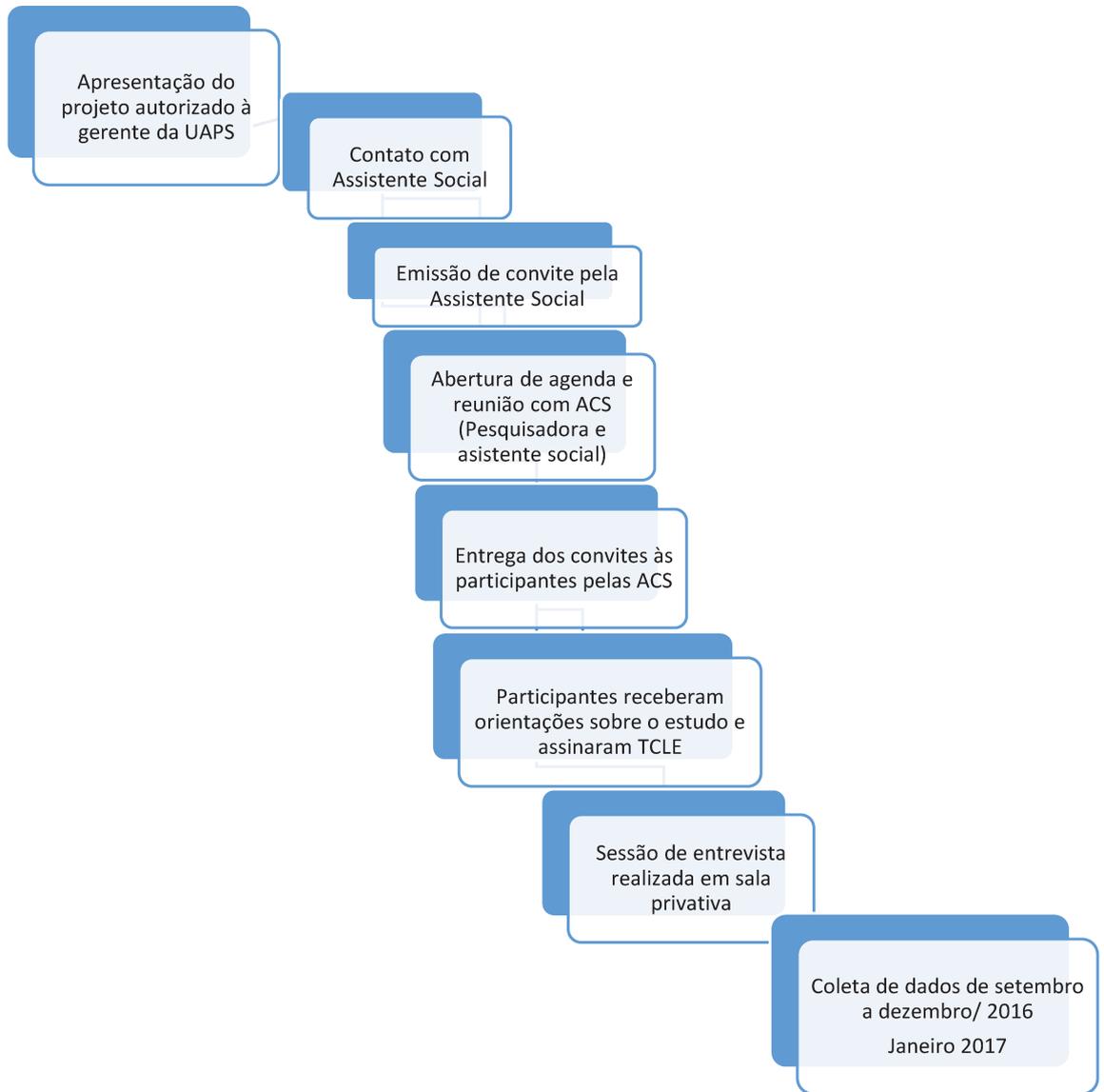
As participantes foram identificadas pelo número de ordem da entrevista. O grupo de mulheres sobreviventes de violência doméstica é de 01 a 64 e o grupo controle de 65 a 128.

A coleta de dados foi realizada em uma única sessão. As chegar, a mulher era recebida pela pesquisadora que se apresentava pelo nome e função, cumprimentava e em seguida era convidada para sentar.

Cada mulher recebeu uma explicação detalhada sobre a proposta, objetivos e finalidade do estudo. A pesquisadora leu o termo para algumas, outras preferiram ler. Nesse momento, cada participante teve a oportunidade para esclarecimento de dúvidas. Nenhuma das mulheres convidadas recusou participar da pesquisa. Elas assinaram duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1) em que constam todas as garantias e direitos ao participante de uma pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, inclusive de desistir da pesquisa em qualquer momento sem que haja dano ou penalidade. Todas receberam uma cópia e a outra ficou com a pesquisadora. As mulheres do grupo de sobreviventes de violência doméstica, sem exceção, não quiseram levar a cópia do TCLE para casa. Alegaram que não queria que fosse lido por familiares. A pesquisadora providenciou uma pasta e os termos estão guardados com a assistente social.

As entrevistas duraram de 20 minutos a 01h30, lembrando que o tempo dependeu da participante que não respondia às perguntas com objetividade, mas contavam histórias sobre alguns itens em forma de desabafo. Ao final, a pesquisadora aferiu peso e estatura daquelas que não sabiam informar esses valores. Nenhuma participante aceitou preencher os questionários, preferindo que fosse aplicado pela pesquisadora.

Figura 2: Fluxograma da Coleta de Dados da Pesquisa Fatores Associados à Qualidade do Sono e Qualidade de Vida em Mulheres Sobreviventes de Violência Doméstica.



3.8 Análise dos dados

Os dados foram transcritos logo após a coleta para um banco de dados em computador, utilizando programa de gerenciamento de dados de pesquisa. Com auxílio de um estatístico, foram realizadas as análises com os programas computacionais SPSS e SAS, que permitem realizar cálculos complexos e visualizar seus resultados de forma simples e autoexplicativa⁽⁶⁷⁾.

Os testes utilizados para as comparações envolvendo as variáveis qualitativas em relação às variáveis quantitativas foram: o teste t de Student não pareado⁽⁶⁸⁾ ou o teste não-paramétrico de Mann-Whitney⁽⁶⁸⁾, de acordo com a distribuição dos dados.

Para as correlações entre as variáveis quantitativas, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman⁽⁶⁸⁾. Foi sugerida a seguinte classificação do coeficiente de correlação: 0,1 a 0,29 (fraca), 0,30 a 0,49 (moderada) e maior ou igual a 0,50 (forte)⁽⁶⁹⁾.

O teste Qui-quadrado⁽⁶⁸⁾ foi aplicado para estudar as associações entre as variáveis qualitativa e o teste exato de Fisher⁽⁷⁰⁾, foi aplicado para os casos onde os pressupostos do teste Qui-quadrado não foram atendidos.

Após essas análises, foram construídos modelos de regressão linear múltipla considerando a qualidade de vida e sono como as variáveis dependentes⁽⁷¹⁾. Nos resultados, foram apresentadas as estimativas obtidas dos coeficientes de regressão, assim como os seus respectivos intervalos de confiança e p-valor. Também foi informado o valor do coeficiente de explicação R^2 para cada um dos modelos ajustados. Foi sugerida a seguinte classificação do coeficiente de explicação R^2 : 0,01 até 0,08 (fraco), 0,09 a 0,24 (moderado) e maior ou igual a 0,25 (forte)⁽⁶⁹⁾.

Para todas as análises, foi considerado um nível de significância igual a 5% e utilizado o software estatístico SAS versão 9.4 para a realização das mesmas.

3.9 Definição operacional das variáveis

3.9.1 Variáveis independentes dos fatores associados do sono de má qualidade

Idade: variável contínua, calculada a partir da data de nascimento informada pela mulher, em função da data da entrevista.

Os padrões de sono são diferentes em quantidade e qualidade de acordo com a idade. A melatonina, hormônio produzido pela glândula pineal, responsável pela regulação do sono, é produzido em grande quantidade em bebês e vem diminuindo de acordo com a idade, apresentando uma queda no idoso. Como a violência por parceiro íntimo independe da idade, essa variável contínua poderá influenciar a qualidade do sono entre as mulheres estudadas. A faixa etária que mais sofre violência por parceiro íntimo são mulheres acima de 40 anos, mas

se levarmos em conta a região e o número de mulheres analisadas, a prevalência é acima de 30 anos⁽⁷²⁾.

Situação conjugal: variável categórica, dividida em três categorias, obtida a partir de informação da própria mulher: vive com companheiro, companheiro homem ou mulher, tem ex-companheiro.

Independente da situação em que se encontra com o parceiro, a mulher não está protegida da violência, mas, nessa variável categórica, a incidência de violência por parceiro íntimo é maior entre as mulheres que vivem com o companheiro⁽⁷³⁾.

Quantas pessoas dormem na mesma cama: variável numérica, discreta, obtida a partir da informação da participante. É a realidade de algumas famílias, ocasionando interferência nos padrões de sono.

Quantas pessoas dormem no mesmo cômodo: as pessoas têm hábitos e horários diferentes para dormir. Essa variável discreta vai responder o quanto esse fato é desfavorável para uma boa noite de sono.

Exerce atividade remunerada: essa variável categórica refere-se às mulheres que trabalham fora que pode ser para garantir o sustento dos filhos ou até complementar o salário do companheiro. A dependência financeira faz com que a mulher aceite o relacionamento submisso e violento, pela necessidade de proventos, tendo grandes chances de problemas relacionados ao sono.

As donas de casa são as que mais sofrem violência por parceiro íntimo⁽⁷³⁾.

Renda familiar em salários mínimos: as participantes responderam a renda familiar em salários mínimos. A linha de pobreza no Brasil equivale à renda per capita de meio salário mínimo. Essa variável categórica vai avaliar o limite dessa linha na família da participante desse estudo. Um estudo realizado com 211 mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo concluiu que a renda familiar de 72,03% delas é de até dois salários mínimos⁽⁷⁴⁾.

Na sua casa tem: variável categórica contendo vários itens que destacou como é o ambiente físico na residência da mulher sobrevivente de violência doméstica, incluindo abastecimento de água e luz, tipos de eletrodomésticos e equipamentos tecnológicos, em comparação às que não sofreram violência.

Tabagismo: variável categórica em que a mulher respondeu sobre o hábito de fumar e informou a quantidade de cigarros ao dia. Há uma interação negativa entre tabagismo e sono. A nicotina, composto do cigarro, por meio da liberação de neurotransmissores, contribui para os distúrbios do sono como: sono perturbado, aumento da latência e diminuição da eficiência do sono^(75,76).

Uso de droga e consumo bebidas alcoólicas: variável categórica variável, relacionada ao estilo de vida, estando associadas aos transtornos do sono. Foi avaliada pelo

tipo, frequência e quantidade de bebida alcoólica que consome. A quantidade foi calculada tendo como base a lata de 350 ml.

A ingestão de álcool aumenta o sono de ondas lentas e suprime o sono do movimento rápido dos olhos (REM). A bebida alcoólica prejudica os ciclos do sono e, se consumida com frequência, causa apneia e insônia crônica. As pessoas são motivadas a usar álcool devido aos seus efeitos na redução da latência inicial do sono, mas a ingestão de álcool interrompe os padrões de sono durante a noite, apesar dos efeitos sedativos iniciais^(77,78).

Atividade física: variável categórica, referente à resposta da pergunta sobre se pratica exercício físico, tipo de exercício, tempo em minutos por dia e quantas vezes por semana essa prática é realizada. Nesse caso, o ócio também foi avaliado para associação com os distúrbios do sono.

O exercício físico é uma intervenção não farmacológica eficaz para melhoria do sono segundo a *American Sleep Disorders Association* (Associação Americana de Distúrbios do Sono), e recomenda-se que profissionais de saúde prescrevam essa prática.

A prática de atividade física tem uma função termorregulatória, promovendo um aumento da temperatura corporal, facilitando o disparo dos mecanismos no início do sono pela dissipação do calor e de indução do sono que são controlados pelo hipotálamo.

Há descrição sobre a conservação de energia, considerando que o aumento do gasto energético promovido pelo exercício durante a vigília aumentaria a necessidade de sono a fim de alcançar um equilíbrio energético positivo, restabelecendo uma condição adequada para um novo ciclo de vigília.

Durante a prática de exercício físico, a função restauradora ou compensatória refere-se à alta atividade catabólica durante a vigília reduzindo as reservas energéticas, aumentando a necessidade de sono e favorecendo a atividade anabólica⁽⁷⁹⁾.

Atividade de Lazer: variável categórica à partir do relato de cada mulher relacionado a uma atividade prazerosa de acordo com seu gosto e possibilidade. Foram identificadas as características das atividades e a associação com as alterações do sono dos dois grupos.

Uso de medicamento e tratamento: variável categórica, referente à dependência de hipnóticos e outros tipos de medicamentos relacionados aos distúrbios do sono ou uso de outros tipos de medicamentos para tratamento de alguma comorbidade. A mulher respondeu se faz uso ou não de medicação e informou o tipo de medicação e finalidade. O uso de medicamento deve ser sob prescrição e supervisão médica.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), aprovada por meio da Resolução Nº 338, de 2004, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), dispõe sobre assistência farmacêutica e propõe o uso racional dos medicamentos⁽⁸⁰⁾.

3.9.2 Variáveis independentes relacionadas aos fatores associados de qualidade de vida

Escolaridade: variável categórica para avaliar o grau de instrução das mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo. Estudos mostram que mulheres com ensino fundamental, completo ou não são as que mais sofrem violência por parceiro íntimo ^(73,81,82).

Com quem mora: variável categórica que identificará se o agressor reside junto com a mulher. Algumas não têm alternativa por causa da dependência financeira ou de ameaças. Nesses casos, a insegurança e o medo podem representar um fator desfavorável à qualidade de vida.

Tem filhos: variável categórica para obter informações sobre filhos que podem estar presentes no mesmo espaço doméstico onde ocorre a violência. O bem estar e a felicidade de poder criar bem os filhos faz parte do viver bem, ter qualidade de vida que, nesse contexto, vai estar comprometida.

Material que é feita a casa: variável categórica em que as diferentes condições de moradia vão influenciar na qualidade de vida da mulher sobrevivente de violência doméstica e se há diferença entre o grupo 1 e 2.

Situação residencial: variável categórica que irá fornecer dados sobre a qualidade de vida relacionada à situação habitacional da mulher, se a casa é própria quitada ou não, alugada, cedida ou área de invasão, entre outros.

Algumas variáveis podem estar relacionadas aos fatores associados de qualidade do sono e qualidade de vida ao mesmo tempo. Foram identificadas por meio dos testes estatísticos.

4 RESULTADOS

Ao todo, 128 mulheres foram convidadas a participar do estudo, das quais 64 eram sobreviventes de violência doméstica e 64 não tinham sofrido qualquer forma de violência doméstica, como grupo de controle. Não houve recusa. A maioria, 71 mulheres (55,5%), relatou conviver com companheiro, 74 (57,8%) tem ensino fundamental incompleto e 81 (63,3%) não exercem atividade remunerada. Quanto à cor, 97 mulheres (75,8%) se autodeclararam não serem brancas. As demais características estão descritas na Tabela 3 abaixo.

Tabela 3: Características da amostra correspondente à identificação das mulheres sobreviventes de violência doméstica e mulheres do grupo controle em um município do interior de Minas Gerais, Brasil, 2016-2017 (n=128).

Variável	Grupo				p-valor*
	Controle		Sobreviventes		
	n	%	n	%	
Raça/etnia					0,536
Branca	17	26,56	14	21,88	
Não branca	47	73,44	50	78,13	
Escolaridade					0,845
Até fundamental completo	46	71,88	45	70,31	
Médio incompleto ou mais elevado	18	28,13	19	29,69	
Vive com companheiro					0,859
Não	28	43,75	29	45,31	
Sim	36	56,25	35	54,69	
Número de filhos					0,859
Até 2	30	46,88	31	48,44	
3 ou mais	34	53,13	33	51,56	
Local onde dorme					0,068
Silencioso	45	70,31	35	54,69	
Barulhento	19	29,69	29	45,31	
Exerce função remunerada					0,582
Não	39	60,94	42	65,63	
Sim	25	39,06	22	34,38	
Tem renda individual mensal					0,828
Não	13	20,31	14	21,88	
Sim	51	79,69	50	78,13	
Renda familiar em salários mínimos					0,034
Um salário mínimo ou menos	27	42,19	39	60,94	
Mais que um salário mínimo	37	57,81	25	39,06	
Tabagismo					0,049
Não	51	79,69	41	64,06	
Sim	13	20,31	23	35,94	
Familiar usuário de droga					0,154
Não	32	50,00	24	37,50	
Sim	32	50,00	40	62,50	
Uso de bebida alcoólica					0,157
Não	51	79,69	44	68,75	

Sim	13	20,31	20	31,25	
Familiar alcoólatra					<0,001
Não	48	75,00	20	31,75	
Sim	16	25,00	43	68,25	
Prática de atividade física					0,639
Não	52	81,25	54	84,38	
Sim	12	18,75	10	15,63	
Atividade de lazer					0,027
Não	24	37,50	36	57,14	
Sim	40	62,50	27	42,86	
Faz uso de medicação					0,053
Não	24	37,50	14	21,88	
Sim	40	62,50	50	78,13	
Tem Hipertensão					0,720
Não	38	59,38	36	56,25	
Sim	26	40,63	28	43,75	
Tem diabetes					0,610
Não	54	84,38	51	80,95	
Sim	10	15,63	12	19,05	
Tem depressão					0,001
Não	47	73,44	29	45,31	
Sim	17	26,56	35	54,69	
Tem osteoporose					0,019
Não	51	79,69	60	93,75	
Sim	13	20,31	4	6,25	
Tem problema de coluna					0,723
Não	35	54,69	33	51,56	
Sim	29	45,31	31	48,44	
Tem dor de cabeça					0,004
Não	43	67,19	27	42,19	
Sim	21	32,81	37	57,81	
Tem cólica menstrual					0,002
Não	56	87,50	41	64,06	
Sim	8	12,50	23	35,94	
Faz algum outro tipo de tratamento					0,045
Não	45	70,31	34	53,13	
Sim	19	29,69	30	46,88	
Sintomas relacionados à menopausa					0,552
Não	45	70,31	48	75,00	
Sim	19	29,69	16	25,00	

* p-valor obtido por meio do teste Qui-quadrado.

** p-valor obtido por meio do teste exato de Fisher.

Observou-se que a média de idade foi de 46,8 anos (DP=13,2) e, em relação ao WHOQOL-bref, as mulheres apresentaram maior pontuação do IQV no domínio psicológico (62,0±27,2), seguido dos domínios físico (61,2±26,8), relações sociais (57,3±31,3) e meio ambiente (51,9±21,7). A qualidade do sono avaliada pelo PSQI-BR indicou má qualidade do sono entre as participantes com pontuação média de 9,8. A Tabela 4 apresenta o detalhamento das variáveis quantitativas.

Tabela 4: Descrição da amostra quanto às variáveis quantitativas (n=128).

Variável	N	Média	DP*	Mínimo	Mediana	Máximo
Idade	128	46,8	13,5	18,0	48,5	74,0
Número de filhos	128	2,8	1,8	0,0	3,0	9,0
Tabagismo	36	10,5	9,0	1,0	10,0	40,0
Consumo de bebida						
alcóolica	23	60,4	23,5	30,0	60,0	120,0
Peso	128	70,7	15,7	45,2	68,0	140,0
Altura	128	158,0	7,1	130,0	158,0	183,0
WHOQOL - físico	128	61,2	26,8	3,6	67,9	100,0
WHOQOL - psicológico	128	62,0	27,2	0,0	64,6	100,0
WHOQOL – relações						
sociais	128	57,3	31,3	0,0	58,3	100,0
WHOQOL – meio ambiente	128	51,9	21,7	3,1	53,1	100,0
PSQI escore	128	9,8	6,0	0,0	10,0	21,0

*Desvio-padrão

Quando perguntadas sobre o tipo de violência sofrida, quem foi o autor e se a violência ocorreu dentro do último ano, todas relataram casos de violência emocional 62 (96,9%), física 52 (81,3%) e sexual 41 (64,1%). Quanto ao autor da violência, 56 (87,5%) foram violentadas pelo namorado, esposo ou parceiro e 8 (12,5%) por outro membro da família. A Tabela 5 apresenta a frequência das violências investigadas e seus respectivos autores.

Tabela 5: Prevalência de violência emocional, física e sexual sofrida pelas mulheres sobreviventes de violência doméstica e o autor da violência, em um município do interior de Minas Gerais, Brasil, 2016-2017 (n=64).

Tipo de violência	n	%
Violência emocional		
Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma.	62	96,9
Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas.	60	93,8
Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito.	46	73,0
Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta.	48	76,2
Violência física		
Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la.	45	71,4
Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão.	44	71,0
Machucou-a com um soco ou com algum objeto.	34	54,9
Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você.	33	52,4
Estrangulou ou queimou você de propósito.	18	28,6
Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você.	31	49,2
Violência sexual		
Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria.	31	49,2
Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer.	29	46,0
Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante.	23	36,5
Autor da violência		
Violência sofrida por namorado, esposo ou companheiro	56	87,50
Violência sofrida por outro membro da família	8	12,50

Nos dados da Tabela 6, verifica-se que a média dos escores dos domínios da QV avaliados pelo questionário WHOQOL-bref daquelas que sofreram violência doméstica foi menor em relação as que não sofreram. Essa diferença alcançou o nível de significância estatístico em todos os domínios: Físico: 72,2% controle, 50,2% sobreviventes. Psicológico: 73,8% controle, 50,1% sobreviventes. Relações Sociais: 71,9% controle, 42,7% sobreviventes. Meio Ambiente: 59,0% controle, 44,8% sobreviventes. Ademais, enquanto 48,4% das mulheres do grupo controle obtiveram índice de “boas dormidoras”, quase a totalidade das mulheres sobreviventes 85,9%, obtiveram a classificação de “maus dormidoras”. Houve associação significativa entre a qualidade do sono em relação às mulheres sobreviventes de violência doméstica e as do grupo controle ($p < 0,001$). Somente a variável idade não apresentou significância estatística.

Tabela 6: Estatística descritiva e p-valor entre as mulheres sobreviventes de violência doméstica e as do grupo controle e as variáveis idade, IMC, domínios do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) e escore do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI). (n=128).

Variável	Grupo	n	Média	DP	Mín	Mediana	Máx	p-valor
Idade	Sobreviventes	64	48,8	13,3	19,0	51,5	74,0	0,122**
	Controle	64	44,8	13,6	18,0	43,5	66,0	
IMC	Sobreviventes	64	29,4	5,5	19,2	28,1	42,9	0,027**
	Controle	64	27,5	7,0	17,4	25,9	53,4	
WHOQOL – físico	Sobreviventes	64	72,2	24,5	14,3	75,0	100,0	<0,001**
	Controle	64	50,2	24,5	3,6	53,6	100,0	
WHOQOL - psicológico	Sobreviventes	64	73,8	21,5	8,3	79,2	100,0	<0,001**
	Controle	64	50,1	27,4	0,0	45,8	95,8	
WHOQOL – relações sociais	Sobreviventes	64	71,9	25,0	8,3	75,0	100,0	<0,001**
	Controle	64	42,7	30,3	0,0	41,7	100,0	
WHOQOL – meio ambiente	Sobreviventes	64	59,0	20,6	15,6	57,8	100,0	0,002*
	Controle	64	44,8	20,6	3,1	43,8	90,6	
PSQI escore	Sobreviventes	64	12,2	5,3	1,0	12,0	21,0	<0,001**
	Controle	64	7,4	5,7	0,0	6,5	21,0	

* p-valor obtido por meio do teste t de Student não pareado.

** p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney

Por meio da análise de correlação de *Spearman*, foram constatadas relações negativas e significativas da variável idade com WHOQOL-físico, evidenciando que quanto maior a idade das mulheres, pior a qualidade física ($r_s = - 0,25$; $p < 0,005$). A qualidade do sono esteve relacionada inversamente com todos os domínios da qualidade de vida (Tabela 7).

Tabela 7: Correlação entre idade e os domínios do *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) e escore do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) (n=128).

	WHOQOL – físico	WHOQOL - psicológico	WHOQOL - relações sociais	WHOQOL - meio ambiente	PSQI escore
Idade	-0,25 0,005	0,09 0,34	0,14 0,12	0,14 0,12	0,12 0,18
WHOQOL – físico		0,64 < 0,001	0,48 < 0,001	0,60 < 0,001	-0,70 < 0,001
WHOQOL - psicológico			0,77 < 0,001	0,71 < 0,001	-0,66 < 0,001
WHOQOL - relações sociais				0,62 < 0,001	-0,52 < 0,001
WHOQOL - meio ambiente					-0,51 < 0,001

Observando a Tabela 8, na qual estão expostos os resultados da análise de regressão linear, é possível constatar que ser vítima de violência, praticar atividade física, atividades de lazer, uso de medicação e ser hipertensa foram as variáveis que mostraram relação significativa com o domínio físico do WHOQOL-bref. As variáveis idade, ser vítima, raça/etnia – não brancas, fazer uso de bebida alcoólica, ter familiar alcoólatra, praticar atividades de lazer, ser diabética e apresentar sintomas relacionados à menopausa com o domínio psicológico; ser vítima, uso de droga na família, praticar atividade de lazer e fazer uso de medicação se relacionaram com o domínio relações sociais; e idade, atividade de lazer, ser diabética com o domínio meio ambiente (Tabelas 9, 10 e 11 respectivamente).

Tabela 8: Associação das variáveis independentes com o domínio físico do *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL).

Variável independente	Coeficiente	Intervalo de Confiança		p-valor
		L. I.	L. S.	
Idade	-0,04	-0,39	0,31	0,818
IMC	-0,53	-1,14	0,09	0,092
Sobreviventes da violência doméstica (ref=grupo controle)	-12,84	-20,84	-4,85	0,002
Raça/Etnia(ref=Branca)	3,29	-4,41	11,00	0,402
Escolaridade (ref=até o fundamental completo)	-6,95	-14,87	0,97	0,085
Situação conjugal vive com companheiro (ref=Não)	-10,46	-27,29	6,36	0,223
Com quem mora (ref=Sem companheiro)	9,86	-6,31	26,03	0,232
Número de filhos (ref=Até 2)	-3,77	-11,22	3,69	0,322
Ambiente onde dorme (ref=Silencioso)	-1,65	-8,73	5,44	0,649
Exerce função remunerada (ref=Não)	3,41	-4,24	11,06	0,382
Renda individual mensal (ref=Não)	-6,28	-15,14	2,58	0,165
Renda familiar (ref=1 salário mínimo ou menos)	-0,73	-8,25	6,80	0,850

Objetos que tem em casa (ref=Até 5)	-0,41	-8,47	7,66	0,921
Tabagismo (ref=Não)	-8,28	-16,60	0,03	0,051
Uso de droga por familiar (ref=Não)	4,38	-3,36	12,13	0,267
Consumo de bebida alcoólica (ref=Não)	4,02	-4,81	12,85	0,372
Familiar alcoólatra (ref=Não)	-8,16	-16,38	0,06	0,052
Prática de atividade física (ref=Não)	11,52	2,20	20,84	0,015
Atividade de lazer (ref=Não)	11,01	3,61	18,41	0,004
Uso de medicação (ref=Não)	-10,73	-19,55	-1,90	0,017
Tem hipertensão (ref=Não)	-10,28	-19,09	-1,47	0,022
Tem diabetes (ref=Não)	-7,39	-15,30	0,52	0,067
Sintomas referentes à menopausa (ref=Não)	-1,61	-10,03	6,81	0,707

Ser sobrevivente de violência doméstica, fazer uso de medicação e ter hipertensão proporciona pior qualidade de vida no domínio físico, enquanto que praticar atividade física e ter atividade de lazer garantem melhor qualidade de vida.

Tabela 9: Associação das variáveis independentes com o domínio psicológico do *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*.

Variável independente	Coeficiente	Intervalo de Confiança		p-valor
		L. I.	L. S.	
Idade	0,45	0,09	0,82	0,015
IMC	0,13	-0,51	0,77	0,696
Sobreviventes da violência doméstica (ref=grupo controle)	-9,87	-18,20	-1,55	0,020
Raça/Etnia(ref=Branca)	9,63	1,61	17,65	0,018
Escolaridade (ref=até o fundamental completo)	-0,64	-8,88	7,60	0,880
Situação conjugal vive com companheiro (ref=Não)	-11,56	-29,08	5,95	0,196
Com quem mora (ref=Sem companheiro)	9,77	-7,06	26,60	0,255
Número de filhos (ref=Até 2)	-3,42	-11,17	4,34	0,388
Ambiente onde dorme (ref=Silencioso)	0,35	-7,02	7,72	0,927
Exerce função remunerada (ref=Não)	-1,44	-9,41	6,53	0,723
Renda individual mensal (ref=Não)	1,80	-7,43	11,02	0,707
Renda familiar (ref=1 salário mínimo ou menos)	2,02	-5,81	9,86	0,613
Objetos que tem em casa (ref=Até 5)	4,34	-4,06	12,74	0,311
Tabagismo (ref=Não)	-1,09	-9,74	7,57	0,806
Uso de droga por familiar (ref=Não)	-0,17	-8,22	7,89	0,968
Consumo de bebida alcoólica (ref=Não)	9,34	0,15	18,53	0,046
Familiar alcoólatra (ref=Não)	-11,20	-19,75	-2,64	0,010
Prática de atividade física (ref=Não)	7,56	-2,13	17,26	0,126
Atividade de lazer (ref=Não)	17,41	9,70	25,11	<0,001
Uso de medicação (ref=Não)	3,13	-6,06	12,31	0,505
Tem hipertensão (ref=Não)	-4,62	-13,79	4,55	0,3236
Tem diabetes (ref=Não)	-18,76	-26,99	-10,52	<0,001
Sintomas referentes à menopausa (ref=Não)	-9,14	-17,90	-0,38	0,041

Estão associados à má qualidade de vida, no domínio psicológico, mulheres mais velhas, aquela que têm familiar alcoólatra, as que têm diabetes e as que apresentam sintomas relacionados à menopausa. Não ser da raça branca, consumir bebida alcoólica e ter atividade de lazer apresenta associação positiva nesse domínio.

Tabela 10: Correlação das variáveis independentes com o domínio de relações sociais do *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*.

Variável independente	Coeficiente	Intervalo de Confiança		p-valor
		L. I.	L. S.	
Idade	0,34	-0,13	0,81	0,152
IMC	0,33	-0,49	1,16	0,424
Sobreviventes da violência doméstica (ref=grupo controle)	-24,02	-34,71	-13,32	< 0,001
Raça/Etnia(ref=Branca)	7,60	-2,70	17,91	0,148
Escolaridade (ref=até o fundamental completo)	-10,02	-20,61	0,56	0,063
Situação conjugal vive com companheiro (ref=Não)	0,23	-22,27	22,74	0,984
Com quem mora (ref=Sem companheiro)	5,67	-15,95	27,30	0,607
Número de filhos (ref=Até 2)	-3,17	-13,13	6,80	0,533
Ambiente onde dorme (ref=Silencioso)	-6,01	-15,48	3,46	0,214
Exerce função remunerada (ref=Não)	2,74	-7,50	12,97	0,600
Renda individual mensal (ref=Não)	1,41	-10,44	13,26	0,816
Renda familiar (ref=1 salário mínimo ou menos)	-3,19	-13,26	6,87	0,534
Objetos que tem em casa (ref=Até 5)	-3,40	-14,19	7,39	0,537
Tabagismo (ref=Não)	1,28	-9,84	12,41	0,821
Uso de droga por familiar (ref=Não)	-10,36	-20,72	-0,01	0,050
Consumo de bebida alcoólica (ref=Não)	11,12	-0,69	22,93	0,065
Familiar alcoólatra (ref=Não)	-3,50	-14,49	7,49	0,532
Prática de atividade física (ref=Não)	4,22	-8,24	16,68	0,506
Atividade de lazer (ref=Não)	14,50	4,60	24,40	0,004
Uso de medicação (ref=Não)	13,47	1,67	25,26	0,025
Tem hipertensão (ref=Não)	-8,22	-20,01	3,56	0,171
Tem diabetes (ref=Não)	-5,08	-15,66	5,50	0,347
Sintomas referentes à menopausa (ref=Não)	-1,62	-12,88	9,64	0,778

Nas relações sociais, verifica-se que ser sobrevivente de violência doméstica e ter familiar usuário de droga são fatores que contribuem negativamente, mas as mulheres que praticam atividade de lazer e que fazem uso de medicação apresentam relação positiva com esse domínio.

Tabela 11: Associação das variáveis independentes com o domínio meio ambiente do *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*.

Variável independente	Coeficiente	Intervalo de Confiança		p-valor
		L. I.	L. S.	
Idade	0,45	0,10	0,80	0,011
IMC	-0,11	-0,71	0,50	0,735

Sobreviventes da violência doméstica (ref=grupo controle)	-5,97	-13,90	1,97	0,140
Raça/Etnia(ref=Branca)	-1,50	-9,15	6,15	0,701
Escolaridade (ref=até o fundamental completo)	1,47	-6,39	9,33	0,714
Situação conjugal vive com companheiro (ref=Não)	-10,57	-27,27	6,13	0,215
			28,7	
Com quem mora (ref=Sem companheiro)	12,69	-3,35	4	0,121
Número de filhos (ref=Até 2)	-0,95	-8,34	6,45	0,802
Ambiente onde dorme (ref=Silencioso)	-4,99	-12,01	2,04	0,164
Exerce função remunerada (ref=Não)	1,26	-6,33	8,86	0,745
Renda individual mensal (ref=Não)	-2,62	-11,41	6,17	0,559
Renda familiar (ref=Um salário mínimo ou menos)	-0,95	-8,42	6,52	0,803
			13,2	
Objetos que tem em casa (ref=Até 5)	5,22	-2,78	3	0,201
Tabagismo (ref=Não)	-0,86	-9,11	7,40	0,838
Uso de droga por familiar (ref=Não)	-7,67	-15,36	0,01	0,050
			11,2	
Consumo de bebida alcoólica (ref=Não)	2,46	-6,30	2	0,582
Familiar alcoólatra (ref=Não)	-1,70	-9,86	6,45	0,682
			10,6	
Prática de atividade física (ref=Não)	1,42	-7,83	7	0,764
			16,9	
Atividade de lazer (ref=Não)	9,61	2,26	6	0,010
			11,1	
Uso de medicação (ref=Não)	2,36	-6,40	2	0,597
Tem hipertensão (ref=Não)	-4,46	-13,21	4,28	0,317
Tem diabetes (ref=Não)	-8,94	-16,79	-1,09	0,026
Sintomas referentes à menopausa (ref=Não)	-1,93	-10,29	6,43	0,651

Algumas condições associadas ao domínio meio ambiente favorecem uma pior qualidade de vida. São elas: idade mais avançada e ter diabetes. Entretanto, a atividade de lazer é um fator positivo para uma melhor qualidade de vida nesse domínio.

A análise de regressão linear tendo a qualidade do sono como variável dependente mostrou que as variáveis ser vítima, familiar alcoólatra, não praticar atividade física, ser diabética e apresentar sintomas relacionados à menopausa são significativas (Tabela 12).

Tabela 12: Modelo de regressão linear para o escore final do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI).

Variável independente	Coeficiente	Intervalo de Confiança		p-valor
		L. I.	L. S.	
Idade	0,01	-0,07	0,10	0,759
IMC	-0,03	-0,18	0,12	0,699
Sobreviventes da violência doméstica (ref=grupo controle)	3,00	1,05	4,95	0,002
Raça/Etnia(ref=Branca)	-1,45	-3,33	0,42	0,129
Escolaridade (ref=até o fundamental completo)	1,85	-0,08	3,77	0,061
Situação conjugal vive com companheiro (ref=Não)	3,60	-0,50	7,70	0,086

Com quem mora (ref=Sem companheiro)	-1,39	-5,33	2,55	0,489
Número de filhos (ref=Até 2)	0,34	-1,47	2,16	0,712
Ambiente onde dorme (ref=Silencioso)	-0,16	-1,88	1,57	0,859
Exerce função remunerada (ref=Não)	0,44	-1,43	2,30	0,646
Renda individual mensal (ref=Não)	0,88	-1,28	3,04	0,422
Renda familiar (ref=1 salário mínimo ou menos)	0,39	-1,44	2,23	0,673
Objetos que tem em casa (ref=Até 5)	-1,48	-3,44	0,49	0,140
Tabagismo (ref=Não)	0,83	-1,20	2,86	0,423
Uso de droga por familiar (ref=Não)	1,78	-0,11	3,66	0,065
Consumo de bebida alcoólica (ref=Não)	-2,03	-4,19	0,12	0,064
Familiar alcoólatra (ref=Não)	2,26	0,26	4,26	0,027
Prática de atividade física (ref=Não)	-2,75	-5,02	-0,48	0,018
Atividade de lazer (ref=Não)	-0,81	-2,62	0,99	0,377
Uso de medicação (ref=Não)	-0,87	-3,02	1,28	0,427
Tem hipertensão (ref=Não)	1,49	-0,66	3,63	0,175
Tem diabetes (ref=Não)	2,66	0,73	4,59	0,007
Sintomas referentes à menopausa (ref=Não)	2,06	0,01	4,11	0,049

Podemos perceber que ser sobrevivente de violência doméstica, ter familiar alcoólatra, não praticar atividade física, ter diabetes e apresentar sintomas relacionados à menopausa são fatores que contribuem para o sono de má qualidade.

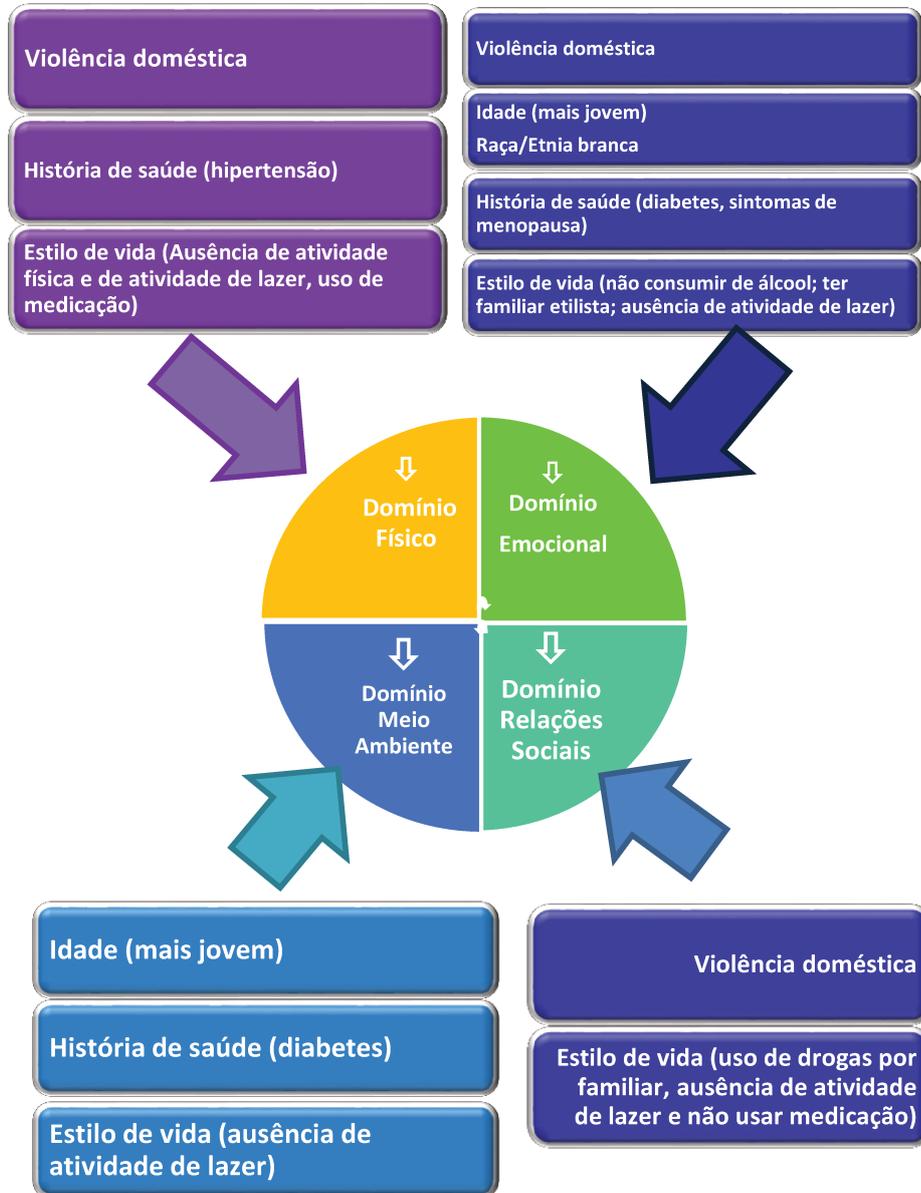
4.1 Modelo Teórico Encontrado Sobre Qualidade do Sono

Figura 3: Resultado Encontrado no Estudo sobre Qualidade do Sono



4.2 Modelo Teórico Encontrado Sobre Qualidade de Vida

Figura 4: Resultado Encontrado no Estudo sobre Qualidade de Vida



5 DISCUSSÃO

Este estudo compara os fatores que estão associados à qualidade do sono e à qualidade de vida entre mulheres sobreviventes de violência doméstica com um grupo controle constituído por mulheres que não sofreram violência.

5.1 Características das participantes desse estudo

Tanto as sobreviventes da violência doméstica como as do grupo de controle, em sua maioria, são de raça não branca e cursaram até o ensino fundamental completo.

Com relação à situação familiar, há predominância de mulheres que vivem com companheiro, com uma média de três filhos ou mais, e, quanto ao local onde elas dormem, a maior parte dos dois grupos relatou ser silencioso.

Não há estudos suficientes para associação entre raça/etnia e IPV, mas a autora relata que em estudos norte-americanos a prevalência é maior entre as afro-americanas, sugerindo que a ocorrência de violência nas mulheres negras podem estar relacionada à condições social desfavorável⁽⁸³⁾.

Houve predomínio também nos dois grupos de mulheres que não exercem nenhuma função remunerada, mas recebem renda individual mensal provenientes de pensões e Bolsa Família. Foi estatisticamente significativa a renda familiar em salário mínimo entre os dois grupos. As mulheres do grupo de sobreviventes de violência doméstica apresentaram renda familiar de um salário mínimo ou menos e as do grupo controle mais que um salário mínimo mensal.

A violência doméstica e familiar contra a mulher está associada com a pior condição socioeconômica da vítima, acompanhada pela menor escolaridade e não exercer atividade remunerada. Menos escolaridade constitui fator de risco para a IPV⁽⁸⁴⁾.

Foi realizado um estudo, na Unidade de Emergência do Hospital Universitário do Canal de Suez, com 44 mulheres que apresentaram queixa de abuso físico de origem doméstica. O grupo controle foi composto por 22 mulheres não expostas a esse tipo de violência. Este trabalho foi realizado para determinar as características psicossociais das mulheres expostas à violência doméstica⁽⁸⁵⁾.

A amostra apresentou nos resultados que não houve significância estatística entre o grupo abusado e o grupo controle com relação à idade em que a média foi 30,9 e 35,5 respectivamente; a maioria nos dois grupos: residia em zona urbana, tinha educação básica, o estado conjugal predominou casadas, não tem ocupação fora do lar. O tamanho da família

de 3-5 membros no grupo que sofreu abuso e de 6 a 8 no grupo controle; a renda *per capita* foi similar e considerada baixa. Não foi mencionado raça/etnia⁽⁸⁵⁾.

Uma pesquisa foi realizada com o objetivo de analisar os fatores associados ao atendimento por violência doméstica e familiar entre vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de urgência e emergência. A amostra foi composta por 623 casos (vítimas de violência doméstica ou familiar) e 10.120 controles (vítimas de causas acidentais), com participantes do inquérito que compõe o Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA), realizado em 2011. O inquérito foi realizado nos serviços de urgência vinculado ao SUS situados em 24 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Foram pesquisados 69 serviços⁽⁸⁴⁾.

A idade das mulheres variou de 18 a 29 anos; nos dois grupos a maioria das mulheres eram pretas ou pardas (71,5% no grupo do casos e 62,6% dos controles), 53,8% e 45,6% tinham até 8 anos de estudo, casos e controles respectivamente, não exerciam função remunerada 51,5% das mulheres do grupo de casos e 47,9% do grupo de controle⁽⁸⁴⁾.

Segundo o autor, “foram fatores associados à maior chance de atendimento por violência doméstica e familiar contra a mulher: idade jovem (18-29 anos); escolaridade de até 8 anos de estudos; não exercer atividade remunerada”⁽⁸⁴⁾.

5.2 Hábitos e estilo de vida

No que concerne à variável tabagismo, houve significância estatística, predominando não ser tabagistas as mulheres dos dois grupos, mas, com relação ao uso de drogas por familiares, a proporção é maior no grupo de mulheres sobreviventes de violência doméstica.

Em 92% dos casos notificados de violência doméstica, estão envolvidos o uso de substâncias psicoativas pelo perpetrador, pela vítima ou por ambos. Frequentemente, estão envolvidos nos episódios de violência doméstica, os estimulantes como cocaína, crack e anfetaminas por limitarem a capacidade de controle dos impulsos e aumentar as sensações de persecutoriedade. Além disso, o usuário dessas substâncias pratica violência doméstica sob forma de discussões sobre assuntos financeiros, devido à necessidade de dinheiro para comprar drogas⁽⁸⁶⁾.

A maioria das mulheres não faz uso de bebidas alcoólicas, tanto do grupo de sobreviventes de violência doméstica quanto do grupo controle, entretanto, ter familiar alcoólatra foi estatisticamente significativa nessa variável apresentando predominância no grupo de sobreviventes da violência doméstica.

É amplamente conhecida e documentada a relação entre consumo abusivo de álcool e violência doméstica. O uso de álcool pelo agressor foi associado ao aumento de oito vezes na ocorrência de abuso à mulher segundo um estudo realizado nos Estados Unidos⁽⁸⁴⁾.

O álcool atua como desinibidor propiciando a violência. Os casos de agressão sexual parecem estar envolvidos em até 50% dos casos de uso de álcool. Os homens casados violentos possuem índices mais elevados de alcoolismo em comparação àqueles não violentos⁽⁸⁶⁾.

A autora coloca ainda que há estudos mostrando que a prevalência de alcoolismo é de 67% a 93% entre maridos que espancam suas esposas e daqueles que estão em tratamento, um percentual de 20 a 33% afirmam ter agredido suas mulheres pelo menos uma vez no ano anterior ao estudo, mas, conforme suas esposas, esses índices são bem maiores⁽⁸⁶⁾.

Em ambos os grupos a maioria das mulheres não pratica atividade física, mas há prevalência no grupo controle de mulheres que realizam atividades de lazer comparadas ao grupo de mulheres sobreviventes da violência doméstica, esse fato também apresentou significância estatística.

O exercício é importante para a promoção da saúde e melhora da qualidade de vida, pois além de diminuir os riscos de desenvolvimento de doenças crônicas, atuando como fator-chave para aumentar a longevidade, por isso, tornou-se uma unanimidade. Há mais de 30 anos tiveram início investigações sobre os efeitos do exercício físico no padrão de sono⁽⁸⁷⁾.

Autores fizeram um estudo para verificar a capacidade de um programa de atividade física na promoção de comportamentos saudáveis. Os membros da pesquisa participaram de um treinamento de uma hora em três sessões semanais durante 18 meses. Os relatos foram de: menor necessidade de sono, assim como um sono mais relaxado e restaurador⁽⁸⁷⁾.

5.3 Condições de saúde

Houve uma prevalência nos dois grupos de mulheres que fazem uso de medicação. Essa informação foi obtida por meio da pergunta se a mulher fazia uso de algum tipo de medicamento, componente do questionário sociodemográfico onde encontram-se as questões sobre condições de saúde. Elas não foram analisadas separadamente sobre tipo e finalidade. Não ter hipertensão e não ter diabetes prevaleceu na maioria também do grupo de mulheres sobreviventes de violência doméstica e do grupo controle.

Apresentou significância estatística a depressão que teve prevalência no grupo de mulheres sobreviventes de violência doméstica, assim como a dor de cabeça.

O maior risco de desenvolver depressão está entre as mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo⁽⁸⁴⁾.

A insônia crônica está associada significativamente em situações difíceis da vida como: precariedade financeira, violência verbal, física e sexual quando ocorrida principalmente nos últimos 12 meses⁽⁸⁸⁾.

Insônia e pesadelos foram clinicamente significativos em 46% e 32% respectivamente, na amostra de 121 participantes de um estudo realizado em Nova York entre maio de 2007 e janeiro de 2008 para caracterizar insônia e pesadelos entre mulheres expostas à violência por parceiros íntimos⁽⁸⁹⁾.

No mesmo estudo, participantes com e sem depressão foram comparados nas características demográficas, de abuso e de sono. As mulheres deprimidas apresentavam maior PTSD e eram mais propensas a ter insônia e ter pesadelos do que as mulheres não deprimidas. Nos modelos que controlam a gravidade do PTSD, a presença de insônia foi associada a um risco aproximadamente de oito vezes maior de estar deprimido. Os pesadelos foram associados a um duplo aumento no risco⁽⁸⁹⁾.

Os distúrbios do sono foram prevalentes entre as mulheres que vivenciaram violência por parceiros íntimos, com insônia e pesadelos prevendo a presença de depressão mesmo após o controle da gravidade do PTSD. Além da necessidade de abordar problemas comuns de saúde mental, como a depressão, uma vez que os problemas do sono são modificáveis e potencialmente menos estigmatizantes do que os problemas de saúde mental, avaliar e abordar insônia e pesadelos em sobreviventes de violência interpessoal garante uma forte consideração clínica e uma investigação mais aprofundada⁽⁸⁹⁾.

Osteoporose, cólica menstrual e fazer outro tipo de tratamento além dos que foram perguntados foi prevalente nas mulheres dos dois grupos do nosso estudo e foi estatisticamente significativa. Não ter problema de coluna e não apresentar sintomas relacionados à menopausa foram dados relatados pela maioria das mulheres, tanto do grupo de sobreviventes da violência doméstica quanto do grupo controle, e não apresentou significância estatística.

As mulheres e pessoas com pelo menos um tipo de doença crônica são mais propensas a sofrer de insônia. O apoio social constitui um fator de proteção para os distúrbios do sono, pois as doenças psiquiátricas são bastante esperadas em pessoas que sofrem com esse distúrbio⁽⁸⁸⁾.

À medida que a idade aumenta, há uma queda da capacidade funcional dos sistemas. Com relação à menopausa, o sistema ósseo é o que sofre maior influência devido às alterações hormonais. A absorção óssea é maior que a formação, ocorrendo uma diminuição fisiológica da massa óssea, dando origem à osteoporose⁽⁹⁰⁾.

Alguns fatores são considerados de risco para osteoporose: sexo feminino, sedentarismo, abuso de álcool, tabagismo, mulheres menopausadas, menor escolaridade, maior idade, menor índice de massa corporal⁽⁹¹⁾.

A osteoporose é considerada um problema clínico e social, pois além de dificultar o desenvolvimento das atividades cotidianas, interfere no bem estar e QVRS. A prática de

atividade física é indicada para melhora e manutenção do estado de saúde das pessoas com osteoporose⁽⁹⁰⁾.

A comorbidade é um fator que tende a aumentar com o passar dos anos, influenciando também na QVRS⁽⁹⁰⁾.

A idade variou de 18 a 74 sendo a média da idade das mulheres nos dois grupos de 46,8, podendo justificar os sintomas de cólica menstrual. A média de IMC foi de 29,4 no grupo de sobreviventes de violência doméstica e de 27,5 no grupo controle, sendo de 28,3 a média dos dois grupos, considerado indicativo de sobrepeso.

Cólica menstrual é a denominação popular concedida à dismenorreia. Caracterizada por dor crônica e cíclica na região abdominopélvica, no período menstrual, representa uma das queixas ginecológicas mais comuns. Reflete diretamente sobre a qualidade de vida devido aos efeitos negativos sobre o físico e o psicológico das mulheres⁽⁹²⁾.

A violência doméstica aumenta o risco de enxaqueca em mais de 40%. Para as mulheres que também sofrem de depressão, o risco duplica. Na violência doméstica, o abuso não precisa ser físico para ter consequências devastadoras. O abuso emocional pode ter um efeito mais potente para problemas de dor crônica do que abuso físico⁽⁹³⁾.

Em Lima, no Peru, foi realizada uma pesquisa que incluiu 2.392 mulheres no Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) entre 11 de agosto de 2005 e 30 de junho de 2006. As mulheres foram recrutadas e entrevistadas durante a internação pós-parto. A taxa de participação foi de 99%. Mulheres com idades entre os 15 e os 49 anos foram incluídas no estudo⁽⁹⁴⁾.

Os participantes foram questionados sobre suas experiências de vida com dores de cabeça e enxaqueca e com violência física e sexual⁽⁹⁴⁾.

Mulheres com experiências de violência física ou sexual ao longo da vida, violência física, violência sexual e a violência física e sexual tiveram as chances aumentadas de enxaqueca⁽⁹⁴⁾.

A relação entre IPV e qualquer enxaqueca foi mais forte entre as mulheres com sintomas depressivos. A probabilidade de enxaqueca foi aumentada 2,25 vezes entre mulheres abusadas que também apresentavam sintomas depressivos em comparação com mulheres não abusadas e não deprimidas. O IPV, particularmente a violência sexual, parece ser um fator de risco para a enxaqueca⁽⁹⁴⁾.

De diversas maneiras, o sono e a cefaleia se interrelacionam em vários níveis. Os distúrbios do sono podem estar associados com a cefaleia, assim como a cefaleia pode influenciar o curso normal do sono. A cefaleia pode resultar tanto da privação quanto do excesso de sono, assim como pode também aliviá-la. Apesar de serem pouco conhecidos os efeitos do sono nas cefaleias, admite-se que, na cefaleia tipo tensional, a falta de sono seja o fator causal, enquanto o sono em excesso pode desencadear crises de enxaqueca⁽⁹⁵⁾.

Em estudo realizado Montes Claros, Minas Gerais, no período de fevereiro a agosto de 2008, foi observada a associação entre alguns fatores de risco para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e piora na QV. A amostra foi composta por 648 indivíduos, com idade média de 43 anos, sendo 73% do sexo feminino. Os níveis pressóricos alterados, a obesidade e o consumo excessivo de álcool estão associados a uma pior saúde física. As mulheres apresentaram escores mais baixo de QV em quase todos os domínios, além de uma alta proporção de angústia, depressão, estresse, ansiedade e distúrbios do sono⁽⁹⁶⁾.

5.4 Fatores associados à Qualidade do Sono e Qualidade de Vida

A qualidade do sono, avaliada por meio do PSQI-BR, mostrou uma média de 9,8 entre as mulheres de ambos os grupos, identificando a prevalência do sono de má qualidade, entretanto quando comparadas às mulheres sobreviventes da violência doméstica, essas apresentaram pontuação maior que as do grupo controle, de 12,23 e 7,39 respectivamente. Nessa avaliação, são atribuídas pontuações e, quanto menor a pontuação, melhor é a qualidade do sono. O PSQI-BR apresenta escore global que varia de 0 a 21. Um escore maior que 5 indica grandes dificuldades para dormir em pelo menos dois componentes ou dificuldade moderada em mais de 3.

Outros estudos mostraram o comprometimento do sono em mulheres vítimas de violência^(97,98,99,100).

Na QV, foram avaliadas questões relacionadas aos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente por meio do WHOQOL-bref. São atribuídos valores até 100%, sendo que, quanto maior a pontuação, melhor é a QV.

Foi estatisticamente significativa a comparação de qualidade de vida entre as mulheres deste estudo. Em todos os domínios, as mulheres do grupo controle tiveram pontuação melhor que as do grupo de sobreviventes de violência doméstica, com exceção no domínio meio ambiente que, mesmo apresentando significância estatística, houve similaridade entre os dois grupos. Portanto, ser sobrevivente de violência doméstica é um fator que contribui para pior qualidade de vida.

Correlacionando a qualidade do sono com os domínios do WHOQOL, observou-se que houve uma relação inversa em todos os domínios, evidenciado que o sono de má qualidade contribui para pior qualidade de vida. A correlação com a idade também foi significativa com relação negativa no domínio físico, indicando que quanto mais velha, pior a qualidade de vida nesse domínio.

Conforme pesquisa realizada, a qualidade do sono apresentada por mulheres é pior que a encontrada nos homens. Além disso, a qualidade do sono diminuiu com o aumento da idade, especialmente nas mulheres⁽¹⁰¹⁾.

A média dos escores dos domínios de QV do grupo de mulheres sobreviventes de violência doméstica comparada à do grupo controle demonstra que as sobreviventes têm pior qualidade de vida em todos os domínios (físico, psicológico; relações sociais; meio ambiente).

Além disso, as mulheres sobreviventes de violência doméstica apresentaram IMC maior que as outras, assim como maiores pontuações no PSQI indicando impacto negativo na qualidade do sono. Especificamente, neste estudo, ser mulher sobrevivente de violência doméstica é um fator que contribui significativamente para um sono de má qualidade.

Vários estudos epidemiológicos recentes correlacionam alterações do sono com o aumento do índice de massa corporal^(102,103,104).

Em relação ao IMC, as evidências mostram que há uma associação com a diminuição da QV^(105,106,107,108).

Avaliando a violência sofrida pelas mulheres, evidenciou-se que, entre os três tipos de violência, a emocional foi a mais comum entre elas. A maioria sofreu todos os quatro tipos dessa violência (insulto que a fez sentir mal a respeito de si mesmo, depreciação e humilhação diante de outras pessoas, algum ato feito para assustá-la ou humilhá-la de propósito, ameaça de machucá-la ou alguém que ela goste). A violência sexual não prevaleceu na maioria, mas a qualidade do sono mostrou-se mais comprometida nessas mulheres em relação àquelas que não sofreram esse tipo de violência. É importante lembrar que uma mulher sofreu mais de um tipo de violência ao mesmo tempo. Neste estudo, a violência foi praticada por parceiro em 87,3% e 12,7% por outro familiar. Como o questionário utilizado era sobre parceiro íntimo, antes de iniciar a entrevista, foi perguntado para cada mulher quem seria o agressor e anotado no instrumento. As perguntas do questionário foram as mesmas.

Embora o impacto do abuso físico possa ser mais visível, humilhação, insultos repetidos, isolamento forçado, limitações à mobilidade social, constantes ameaças de violência e a negação de recursos econômicos são os tipos mais sutis e insidiosos de violência, que são as formas de violência psicológica. O caráter intangível do abuso psicológico torna mais difícil definir e denunciar, deixando a mulher numa situação em que, muitas vezes, ela se sente mentalmente desestabilizada e impotente. Especialistas em direitos humanos, juristas e ativistas comparam o abuso físico, sexual e psicológico à tortura, tanto em sua natureza quanto em sua gravidade⁽¹⁰⁹⁾.

Na Inglaterra, estudo com 33 mulheres com idade entre 19-74 anos teve, dentre os objetivos: diagnosticar violência em imigrantes latinas, verificar se a saúde física está relacionada à IPV, correlacionar saúde física com qualidade de vida e saúde mental. Elas foram selecionadas em um serviço de atendimento às mulheres vítimas de violência. Os resultados mostraram que 66,7% (n=22) sofreram abuso psicológico de moderado - grave; 84,8% (n=28) abuso físico também moderado - grave, 72,7% (n=24) foram abusadas sexualmente e 72,7% (n=24) sofreram todos os três tipos de violência. Além disso, a dor e a

dificuldade para dormir foram os relatos mais comuns entre elas, correlacionados com as várias formas de IPV, PTSD, transtorno depressivo maior (*major depressive disorder-MDD*), e qualidade de vida relacionada à saúde (*health related quality of life-HRQOL*). Houve também interações do sono com diminuição saúde da geral e bem estar⁽¹¹⁰⁾.

Uma das formas mais comuns de violência contra as mulheres é a de um marido ou de um parceiro íntimo. Isso contrasta fortemente com a situação dos homens, que, em geral, são muito mais propensos a serem atacados por um estranho ou conhecido do que por alguém dentro de seu próximo círculo de relações. Isso se deve ao fato de que as mulheres permanecem com eles, pelo envolvimento emocional e pela dependência econômica⁽¹¹¹⁾.

Em Erbil, principal cidade da região do Curdistão iraquiano, foi realizado um estudo no período de 1 de outubro de 2009 e 30 de março de 2011, com 800 mulheres casadas, com idade entre 16 e 65 anos, usuárias de dois hospitais públicos da cidade, que procuravam o serviço para tratamento de problemas de saúde reprodutiva. Esse estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de violência emocional, física e sexual contra mulheres e o impacto da violência física pelo parceiro no último ano e ao longo da vida. A prevalência de mulheres vitimadas foi de 58,6%⁽¹¹²⁾.

Os resultados mostraram que as mulheres sofreram pelo menos uma forma de violência pelo parceiro íntimo ao longo da vida, sendo 52,6% para abuso emocional, 38,9% para violência física e 21,1% para violência sexual, enquanto 43,3%, 15,1% e 12,1% das mulheres experimentaram pelo menos uma forma de violência emocional, física e sexual, respectivamente no último ano⁽¹¹²⁾.

Entre aqueles com violência física ao longo da vida, 11,6% foram submetidos a ferimentos mais sérios, como feridas por facadas, dentes quebrados ou ossos quebrados. Os autores concluíram que existe uma alta prevalência de violência por parceiro íntimo, contra as mulheres, com maior proporção para a emocional, mas enfatizam as consequências causadas pela violência física⁽¹¹²⁾.

Um estudo realizado, em 2002 na Hungria, teve por objetivo documentar a prevalência de abuso relatado e investigar a associação entre abuso físico e insônia entre as mulheres. As que sofreram abuso físico tinham risco significativamente maior de distúrbios do sono. Também foi encontrada pontuação maior (>10) nos escores de Escala de Insônia de Atenas (AIS) e todos os itens de AIS tiveram maior prevalência entre o grupo de mulheres abusadas do que mulheres não-abusadas⁽⁸⁸⁾.

O abuso físico foi associado a distúrbios do sono, problemas de adormecimento e diminuição do desempenho diurno após controle dos potenciais fatores de risco⁽⁸⁸⁾.

Estudos associam a violência com parto prematuro, gravidez indesejada, prática de aborto. A associação entre violência doméstica e a relação com o aborto provocado foi constatado em uma maternidade pública em Salvador, na Bahia. Das mulheres atendidas

nessa maternidade, 88% relataram história de violência doméstica e que esse fato foi motivo para a prática do aborto⁽¹¹³⁻¹¹⁴⁾.

Identificou-se que 67% das mulheres realizaram aborto como consequência da violência doméstica. Evidenciou-se também que 47% das mulheres sofreram violência durante a gestação e elas expressaram que a psicológica foi mais acentuada seguida da física e da sexual⁽¹¹³⁻¹¹⁴⁾.

Em nosso estudo, com relação à idade, constatou-se que quanto maior a idade, menor o escore no domínio físico. Os domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente apresentaram relação positiva entre si e negativa em relação ao escore do PSQI, reforçando que quanto pior a qualidade de vida, pior a qualidade do sono.

Na França, 27.653 indivíduos homens e mulheres com idade entre 15 e 85 anos, participaram de uma pesquisa, que teve como objetivo obter informações sobre comportamentos de saúde, incluindo hábitos de sono relacionados com tempo e prevalência de insônia crônica. Foi constatado que a insônia crônica estava relacionada à situações precárias e a vários eventos, dentre eles, violência ou abuso crônico de álcool e teve uma maior prevalência nas mulheres. Sendo assim, "15,8% da população apresentou critérios para insônia crônica, prevalecendo as mulheres com 19,3%, seguido de 11,9% nos homens". De acordo com o autor, o sono é considerado um fator protetor para uma boa qualidade de vida e boa saúde⁽⁸⁸⁾.

Analisando o grupo de mulheres sobreviventes de violência doméstica no domínio físico observou que a prática de atividade física e de lazer contribuem para uma melhor QV, enquanto fazer uso de medicação e a hipertensão são fatores que pioram a qualidade de vida.

Os exercícios tornaram-se uma unanimidade na promoção da saúde promovendo melhora da qualidade de vida, reduzindo os riscos de desenvolvimento de doenças crônicas e agindo como fator-chave para aumentar a longevidade. São reconhecidos pela *American Sleep Disorders Association (ASDA)* como uma intervenção não-farmacológica para a melhora do padrão de sono⁽⁸⁷⁾.

A idade apresentou significância com relação à QV no domínio psicológico. Mulheres mais velhas têm melhor qualidade de vida, assim como não ser vítima de violência doméstica, não ser da raça branca, não ter familiar alcoólatra, não ter diabetes, não apresentar sintomas relacionados à menopausa, praticar atividade física e consumir bebida alcoólica.

Não foi pesquisado, neste estudo, o uso de medicação específica para tratamento dos sintomas relacionados à menopausa, mas esse resultado pode sugerir que essas mulheres apresentam melhor qualidade de vida por estarem fazendo uso de TRH⁽¹¹⁵⁾.

O alcoolismo tem potencial para afetar a QV de um "alcoólatra", sua família e amigos no curto e longo prazo⁽¹¹⁵⁾.

Foi realizado um estudo no Leste Asiático e Taiwan, considerando que há poucas pesquisas sobre qualidade de vida, que mostrou os cuidados de saúde das mulheres e o tratamento que elas recebem para os sintomas da menopausa. Foram avaliados os fatores que influenciam a qualidade de vida em 1.250 mulheres com idade entre 43 e 77 anos, no ano de 2002. Investigaram fatores demográficos, estado da menstruação, sintomas relacionados à menopausa, osteoporose e uso TRH. O SF-36 foi usado para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dessas mulheres. A correlação e a regressão múltipla foram utilizadas para testar relações diretas e indiretas entre as variáveis⁽¹¹⁶⁾.

Foi identificada significância estatística entre sintomas de menopausa e qualidade de vida nas diversas faixas etárias. Os resultados mostraram ainda que as mulheres que fazem uso da TRH tem melhor qualidade de vida e as que não fazem esse tipo de tratamento apresentam sintomas relacionados ao climatério/menopausa comprometendo sua saúde física, mental e a qualidade de vida. Com relação à idade, estado civil, educação e osteoporose, existe uma correlação com efeitos diretos e indiretos, negativos e positivos nos componentes da qualidade de vida⁽¹¹⁶⁾.

Em Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul, foi realizado um estudo caso-controle, com 197 mulheres, com idade entre 50 e 65 anos, sendo 132 sedentárias e 65 praticantes de atividade física. O objetivo foi comparar os aspectos relacionados à qualidade de vida nesses dois grupos de mulheres⁽¹¹⁷⁾.

De acordo com os resultados obtidos, não houve diferença significativa quanto à idade nos dois grupos. As mulheres que praticam atividade física apresentaram maior nível de escolaridade, melhor renda *per capita* familiar e elas ainda apresentaram melhores escores na qualidade de vida⁽¹¹⁷⁾.

A qualidade de vida relacionada à menopausa foi avaliada por meio do instrumento *Menopause Rating Scale* (MRS), que considera três domínios: sintomas somatovegetativos, sintomas urogenitais e sintomas psicológicos. As mulheres do grupo que praticam atividade física apresentaram melhores escores em todos os domínios, comparados ao grupo controle, assim como menos sintomas relacionados ao climatério⁽¹¹⁷⁾.

Em pesquisa realizada em São Paulo com mulheres de um Serviço de Saúde, tendo como referência mulheres vítimas de violência, verificou-se na análise dos dados que, de todos os tipos de violência, a psicológica é a que mais se apresentou de forma exclusiva de acordo com relato das participantes⁽¹¹⁸⁾.

Em nossa pesquisa, fatores que contribuem para a melhor avaliação do domínio social são: familiares não usarem droga, praticar atividade de lazer e uso de medicação, demonstrando que essas variáveis influenciam positivamente as relações sociais.

Autores concluíram em seu estudo que as consequências da violência sofrida pelas mulheres afetam todas as áreas de sua vida, tanto físicas como afetivas e sociais, repercutindo

na desestrutura de toda família, diminuindo drasticamente a qualidade de vida dos envolvidos nesse processo. Afirmam que as mulheres acreditam que os agressores podem mudar e, assim, reestruturarem suas famílias⁽¹²⁾.

Constatamos que não houve diferença o fato de ser ou não sobrevivente de violência doméstica com relação ao ambiente. A área de abrangência da UAPS, onde realizamos a pesquisa, é considerada de risco pelo grande número de ocorrências envolvendo tráfico de drogas e assassinatos. Acredito que seja esse motivo da associação negativa no domínio meio ambiente.

Estudos mostram que as condições de habitação têm melhorado nos últimos anos. No que diz respeito ao percentual da população vivendo em domicílios com banheiro e água encanada, observou-se um crescimento de 69,68%, passando de 47,66% em 1991 para 80,87% em 2010⁽¹¹⁹⁾, sendo esse um fator imprescindível para melhora da qualidade de vida.

A qualidade do sono está associada a uma pontuação mais elevada nas mulheres sobreviventes da violência doméstica que apresentam maior chance de ter baixa qualidade do sono, assim como as que possuem familiar alcoólatra, as que não praticam atividade física, as que têm diabetes e as que apresentam sintomas relacionados à menopausa.

Existem associações entre IPV e a baixa saúde física e mental das mulheres, demonstradas na literatura internacional e nacional em vários estudos. A pesquisa de revisão de trabalhos sobre Saúde Mental e Física e Violência de Parceiros Íntimos Contra as Mulheres, publicados de 2006 a 2012, mostrou que, embora haja variação na prevalência de IPV em vários contextos culturais, o IPV foi associado a uma série de problemas de saúde mental, incluindo depressão, TEPT, ansiedade e distúrbios do sono. Todos os estudos do sono, utilizados nessa pesquisa, identificaram que a IPV tem a capacidade de impactar negativamente na qualidade e quantidade de sono em mulheres com essa experiência⁽¹²⁰⁾.

Um desses trabalhos revisados relatava a pesquisa em grupos focais britânicos de sobreviventes de abuso de parceiro, destacando os perigos de viver com um perpetrador de violência e os impactos que isso teve em seus hábitos de sono. As mulheres declararam que ficar dormindo enquanto o perpetrador estava acordado era visto como extremamente arriscado. Para alguns perpetradores masculinos, sua parceira estar dormindo era uma razão suficiente para a violência e, para outros, a imposição de privação de sono era outro método de controle. Viver com uma constante antecipação da violência significava que essas mulheres sentiam que precisavam estar vigilantes o tempo todo⁽¹²⁰⁾.

Mesmo depois de 5 anos separadas do parceiro, as mulheres relataram ainda continuaram por um longo tempo mantendo a quantidade e a qualidade do sono restrito, pois sonhavam que estavam vendo e ou ouvindo ex-parceiro. Referiram ainda sentir o impacto sobre sua saúde e bem-estar. Elas afirmaram que a privação do sono lhes causou uma série

de problema físicos como: dor nos membros, cefaleia, hipertensão, fadiga e problemas digestivos⁽¹²⁰⁾.

A conexão entre a privação do sono e a experiência de viver sob o poder e o controle de outra pessoa é a marca registrada da violência doméstica⁽¹⁰¹⁾.

As experiências dessas mulheres sobreviventes de violência doméstica mostram que se sentir ansiosa, assustada, insegura, estressada e traumatizada devido à opressão e à desconfiança de pessoas que as rodeiam causam privação crônica do sono. A privação do sono, por sua vez, tem efeitos prejudiciais sobre a saúde mental, física e a capacidade de lidar e funcionar de forma eficaz⁽¹⁰¹⁾.

Mulheres abusadas se apresentam frequentemente a seus médicos com "problemas de sono" em vez de problemas de abuso. Uma resposta que se concentra apenas nos "problemas de sono" através da medicação não consegue avaliar a natureza do problema ou uma intervenção efetiva⁽¹⁰¹⁾.

No Reino Unido, poucas são as sobreviventes de violência doméstica que têm acesso a intervenções através das quais eles podem restabelecer seu senso de identidade, segurança e confiança. Isso é essencial para enfrentamento da privação crônica do sono e problemas associados à saúde mental e física⁽¹²¹⁾.

Três grupos de mulheres de sobreviventes de violência doméstica deram permissão para os grupos focais serem realizados. Dezesesseis mulheres escolheram participar dos grupos focais e uma entrevista aprofundada foi conduzida com uma mulher que não podia participar de um grupo focal⁽¹²¹⁾.

Os principais tópicos dos grupos focais foram: a organização e gestão do sono, restrições no sono, sono, risco e segurança. Todas, exceto uma das mulheres, se separaram do parceiro violento. Os relatos revelaram que problemas de sono envolvem tanto os padrões de sono atuais quanto as lembranças sobre os padrões e sono passados no curso da relação abusiva⁽¹²¹⁾.

Analisando a qualidade do sono de pessoas ativas e sedentárias, considerando ativas as que praticavam exercício físico, constata-se que as mulheres ativas apresentaram sono de melhor qualidade comparado às mulheres sedentárias⁽¹²²⁾.

Dentre os distúrbios clínicos, os do sono estão entre os de maior impacto de saúde e socioeconômico, são muito prevalentes na população, sendo a insônia o mais comum e quando crônica pode refletir distúrbios psicológicos e comportamentais, mas geralmente não são nem diagnosticados nem tratados adequadamente. Dos usuários que frequentam as unidades básicas, 69% nunca mencionaram dificuldades para dormir⁽¹²²⁾.

A pesquisa realizada com habitantes maiores de 18 anos, em Houston, nos Estados Unidos, detectou maior prevalência de insônia em mulheres casadas. O mesmo autor cita que uma pesquisa semelhante na cidade de Bambuí, Minas Gerais, também com população acima

de 18 anos, teve uma alta prevalência de insônia entre as mulheres (47,0%), comparadas aos homens⁽¹²³⁾.

Foi mostrado, em um estudo, que existe uma relação entre violência contra mulher e qualidade de vida, mostrando as deficiências na qualidade de vida das mulheres violentadas. A autora chama atenção para uma reflexão sobre a promoção de ações por uma equipe interdisciplinar nas diversas áreas como: educação, segurança pública, justiça, trabalho, saúde. Conclui salientando a necessidade da prevenção, visto que a violência contra as mulheres afeta a qualidade do sono e a qualidade de vida e que os problemas sociais que prejudicam o sono e a vida de qualidade, podem contribuir para a violência^(113,114).

6 LIMITAÇÕES

Apresento como limitações desse estudo:

- A falta de estudos com o mesmo objetivo, o que dificultou o cálculo do tamanho amostral e a discussão.
- As avaliações qualitativas apresentaram importantes informações, mas não puderam ser apresentadas em sua totalidade.

7 CONCLUSÃO

Identificou-se, neste estudo, que as mulheres atendidas em uma UAPS de um Município do interior de Minas Gerais, sobreviventes de violência doméstica, apresentam sono de má qualidade e pior qualidade de vida, comparadas com o grupo de controle. Esse constitui um fator independente, mas outros fatores também estão associados à má qualidade do sono e de vida nessas mulheres. São eles: ter familiar etilista, não praticar atividade física, ter diabetes e apresentar sintomas referentes à menopausa.

Na caracterização dos tipos de violência avaliados, observou-se que as mulheres sofreram todas elas. Algumas sofreram mais de um tipo. A violência emocional, constando de quatro itens, variou de 76,2% a 96,9%; a física com seis itens de 28,6 a 71,4% e a sexual apresentou uma porcentagem de 36,5% a 49,2% nos três itens. Com relação ao tipo de agressor, 87,3% foram violentadas pelo namorado, esposo ou companheiro e 12,7% por outro membro da família.

Ao comparar a qualidade do sono com a QV, as mulheres sobreviventes de violência doméstica apresentaram os índices de QV significativamente mais baixos que as mulheres do grupo controle. O escore final do PSQI foi mais alto nas mulheres sobreviventes da violência doméstica indicando que elas apresentam pior qualidade de vida e do sono.

As mulheres que sofreram violência psicológica e sexual tiveram a qualidade do sono mais comprometida apresentando pior escore de qualidade do sono. No que concerne à qualidade de vida e nos domínios físico, psicológico e relações sociais, este estudo possibilitou identificar que a violência doméstica afeta significativamente a qualidade do sono e a qualidade de vida das mulheres sobreviventes dessa violência. Os problemas decorrentes resultam em prejuízos que levam à comorbidades. Esses resultados sugerem que devemos continuar as pesquisas, mas os profissionais de saúde devem estar preparados. Para isso, o trabalho deve ser divulgado não só no meio acadêmico, mas nas instituições por onde as mulheres passam.

Os objetivos deste estudo foram alcançados e espero ter contribuído com a literatura. No entanto, considero que temos um diagnóstico e que intervenções precisam ser pensadas para modificarmos nossa prática com relação ao atendimento às mulheres.

Uma pesquisa tem que ser transformadora. Pretendo não restringir somente à Enfermagem, mas por todos os espaços onde essas mulheres são atendidas e os homens também, que são a maioria que pratica a violência contra as mulheres, pois o resultado de uma pesquisa é, sem dúvida, educativo.

Embora as pesquisas tenham tido um avanço significativo com relação à violência contra mulher, há correlações com vários fatores, mas não encontrei nenhum estudo associando esse tipo de violência à qualidade do sono e qualidade de vida dessas mulheres.

8 CONSIDERAÇÕES PARA PRÁTICA

Ao terminar essa pesquisa, pensei que sentiria alívio e sensação de dever cumprido, mas não, meu sentimento é de começo desde a coleta dos dados mediante os relatos das mulheres, depois com os resultados. Agora começa o desafio. O que fazer para essas mulheres que, além de sobreviventes de violência doméstica, lembrando que algumas ainda vivem essa situação, não têm qualidade de vida, apresentam propensão para comorbidades ou já são portadoras de algumas e não podem nem sonhar? Não sonham porque as condições de vida não favorecem e não sonham porque também não dormem, pois, os resultados mostram que elas têm sono de má qualidade. De quem é a culpa? Será que elas ainda podem começar de novo? Será que ainda vão conseguir sonhar? Esse é o desafio a partir de agora. O nosso papel como profissionais de saúde e pesquisadores é esse: pensar não somente nas participantes do estudo, pois aqui é somente uma amostra, mas em todas aquelas que estão na mesma situação e sabemos que não são poucas se estivermos atualizados com as notícias.

Violência contra mulheres é uma matéria que aparece todos os dias na mídia, mas não podemos propor somente políticas públicas contra a violência e, sim, dar ênfase aos efeitos dela sobre a saúde. É aí que começam as nossas ações. Atitudes concretas devem ser pensadas em conjunto para que elas ainda tenham esperança e que possamos ajudá-las a fazer a vida valer a pena, que elas possam sonhar e voltar a serem como antes. Diante dessa realidade, proponho divulgar essa pesquisa em vários eventos, enfatizando a importância da qualidade do sono como uma abordagem a ser incluída em anamneses, mas não só para constar como mais uma pergunta, mas com a finalidade de aprofundamento sobre a origem da queixa sobre o sono e como isso pode ter consequências graves para a mulher. Considero essa pesquisa relevante partindo do princípio de que a dificuldade no desenvolvimento desse estudo foi a de encontrar na literatura trabalhos semelhantes. Desse modo, espero contribuir para essa lacuna.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jun. 1986; 124 (119) Seção 1:9273.
2. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Rev. Saúde Pública. 2007; 41(3): 472-477.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma técnica. 3. ed. Brasília: MS, 2012.
4. Cavalcanti, SVSF. Violência doméstica contra a mulher no Brasil. Bahia: JusPodivm, 2007.
5. Vachher AS, Sharma A K. Domestic violence against women and their mental health status in a colony in Delhi. Indian JCMed. 2010; 35(3): 403-5.
6. Piosiadlo LCM, Fonseca RMGS, Gessner R. Subalternidade de gênero: refletindo sobre a vulnerabilidade para violência doméstica contra a mulher. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2014 out./dez.; 18 (4): 728-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0728.pdf>
7. Alves AM, Coura-Filho P. Avaliação das ações de atenção às mulheres sob violência no espaço familiar, atendidas no Centro de Apoio à Mulher (Belo Horizonte), entre 1996 e 1998. Ciênc. Saúde Coletiva. 2001; 6(1): 243-57.
8. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul. 2003 abr.; 25 (Supl 1): 9-21.
9. Fonseca L. Europa dá passo importante no combate à violência contra mulheres. 2014 ago. 1 [citado 30 mar. 2015]. Disponível em: <http://www.portugues.rfi.fr/europa/20140801-europa-da-passo-importante-no-combate-violencia-contra-mulheres>.

10. Canadian Centre for Justice Statistics, Sinha M, editor. Measuring violence against women: statistical trends. Released on Feb. 25, 2013. Ottawa: Minister of Industry; 2013.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 104 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
12. Ribeiro CG, Coutinho MLL. Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. *Psic. e Saúde*. 2011; 3(1), 52-59.
13. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012: atualização: homicídios de mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: Cebela, Flacso. 2012.
14. Vieira LJES, Pordeus AMJ, Ferreira RC, Moreira DP, Maia PB, Saviolli KC. Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. *Saude Soc*. 2008 set.; 17(3): 113-25.
15. Rabello PM, Caldas-Júnior AF. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev. Saúde Pública*. 2007 dez.; 41(6): 970-8.
16. Brasil. Lei n. 10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União*, 25 nov 2003; 140 (229) Seção 1: 1.
17. Venturi G, Recamán M, Oliveira S, organizadores. A mulher brasileira nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
19. Brasil. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera

o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União, 8 ago 2006: 143 (151) Seção 1: 1.

20. Martins APA, Cerqueira D, Matos MVM. A institucionalização das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil [versão preliminar]. Brasília: IPEA; 2015.

21. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Sistema de indicadores de percepção social: tolerância social à violência contra as mulheres [Internet]. Brasília: IPEA; 2014 [citado 2015 mar. 23]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327_sips_violencia_mulheres.pdf.

22. Brasil. Secretaria de Políticas para Mulheres. Centro Especializado de Atendimento à Mulher [citado 2015 mar. 26]. Disponível em: https://sistema3.planalto.gov.br/spmu/atendimento/busca_subservico.php?uf=TD&cod_subs=4.

23. Serrano C. Dados violência [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por Maria Inês Gomes de Almeida. 12 maio 2015 [citado em 2015 maio 28]. [anexo].

24. Hirigoyen M-F. Os homens violentos. In: Hirigoyen M-F. A violência no casal da coação psicológica à agressão física [Kühner MH, trad.]. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2006. p. 121-36.

25. Cortez MB, Souza L. Mulheres de classe média, relações de gênero e violência conjugal: um estudo exploratório. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 12 (24): 34-53, jan-jun 2013.

26. Pigeon WR, Cerulli C, Richards H, Hua He, Perlis M, Caine E. Sleep disturbances and their association with mental health among women exposed to intimate partner violence. J Womens Health (Larchmt). 2011 Dec; 20 (12): 1923-9, doi: 10.1089/jwh.2011.2781. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3236986/>

27. Sá SD. Características sociodemográficas e de personalidade de mulheres vítimas de violência doméstica [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2011.

28. Mello MT, organizador, Bittencourt LRA, Pires MLN, Silva RS, Tufik S. Aspectos profissionais e suas interfaces na saúde. Rio de Janeiro: Atheneu; 2008.
29. OMS - Mental health: evidence and research department of mental health and substance dependence World Health Organization. Geneva. WHO/MSD/MER/Rev. 2012.01.
30. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, 2004 mar/abr; 20 (2): 580-588.
31. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCMi, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2005 set.; 8(3): 246-52.
32. Zacarias AE, Macassa G, Soares JJ, Svanström L, Antai D. Symptoms of depression, anxiety, and somatization in female victims and perpetrators of intimate partner violence in Maputo City, Mozambique. *Int J Womens Health.* 2012; 4: 491-503.
33. Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev. Saúde Pública.* 2005 jan; 39 (1): 108-13.
34. Wittenberg E, JoshiM, Thomas KA, McCloskey LA. Measuring the effect of intimate partner violence on health-related quality of life: a qualitative focus group study, *Health and Quality of Life Outcomes.* 2007, 5: 67.
35. Carskadon MA, Dement WC. Monitoring and staging human sleep. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. *Principles and practice of sleep medicine.* 5th ed. St. Louis: Elsevier Saunders; 2011. p. 16-26.
36. Reimão R, Valle LELR, Valle ELR, Rossini, S. Sono e saúde: interface com a psicologia e neurologia. Ribeirão Preto: Novo Conceito; 2010.
37. Timo-laria C. History of the evolution of sleep study. In: Tufik S, editor. *Medicina e biologia do sono.* São Paulo: Manole; 2008. p. 1-6.
38. Tufik S, editor. *Medicina e biologia do sono.* São Paulo: Manole, 2008.

39. Dillon G, Hussain R, Loxton D, Rahman S. Mental and physical health and intimate partner violence against women: a review of the literature. *Int J Family Med*. 2013; 2013: 313909. doi: 10.1155/2013/313909.
40. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989 May; 28 (2): 193-213.
41. Costa RHS, Silva RAR, Morais M FA B, Costa MMN, Costa DARS. Aspectos desencadeantes dos transtornos do sono em mulheres: revisão da literatura. *Rev. Enfermagem. UFPE on Line*. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11602/13642>
42. Müller MR, Guimarães SS. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estud. Psicol*. 2007 out./dez.; 24 (4): p. 519-528.
43. Tufik S. A história da medicina do sono. *Boletim do Sono. Associação Brasileira do Sono*. jan./mar. 2015; 1. Disponível em: http://www.absono.com.br/absono/wp-content/uploads/revista_sono/ed01.pdf.
44. Iliescu EA, Coo H, McMurray MH, Meers CL, Quinn MM, Singer MA et al. Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*. 2003 Jan 1; 18 (1): 126-132.
45. Valle LELR. Estresse e distúrbios do sono no desempenho de professores: saúde mental no trabalho [tese]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2011.
46. Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF. Fatores associados à má qualidade do sono em mulheres com câncer de mama. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017; 25: e2858. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/130762/127140>
47. Chang EW, Tsai YY, Chang TW, Tsao CJ. Quality of sleep and quality of life in caregivers of breast cancer patient. *Psycho-oncology*. 2007 Oct; 16 (10): 950-5.

48. American Academy of Sleep Medicine. The good life: good sleepers have better quality of life and less depression. 2011 Jun 15. Science Daily. Disponível em: <https://medicalxpress.com/news/2011-06-good-life-sleepers-quality-depression.html>
49. Sleep 2011 Media Relations. June 9, 2011. Doug Dusik, ddusik@aasmnet.org. Disponível em: <http://www.journalsleep.org/ViewAbstractSupplement.aspx>.
50. Luyster FS, Dunbar-Jacob J. Sleep quality and quality of life in adults with type 2 diabetes. Diabetes Educ. 2011 May-Jun; 37 (3): 347-55. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3220408/>
51. Hulley BS, Cummings SR, Browner WS, Grady, DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
52. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fundação João Pinheiro. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. [citado 2015 mar. 26]. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/juiz-de-fora_mg.
53. Juiz de Fora. Prefeitura Municipal, Secretaria de Saúde. Proposta de territorialização das Unidades de Atenção Primária. Zona Urbana/Caderno III. Juiz de Fora: Subsecretaria de APS e Sala de Situação, 2013.
54. Brasil. Portaria GM/MS, 1.412 de 10 de julho de 2013, que Institui o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.
55. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Executiva. e-SUS Atenção Básica. Manual do Sistema de Coleta de Dados Simplificada - CDS (versão 1.3) Versão Preliminar. Brasília, 2014.
56. Secretaria de Assistência à Saúde/DAB – DATASUS. Secretaria Municipal de Saúde do Município de Juiz de Fora, Um. Básica: 2221721. SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica). Consolidado das Famílias Cadastradas do Ano de 2014. p. 1 Versão:6.6. 27 mar. 2014.
57. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd. ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988. The significance of a product moment rs. p. 75-108.

58. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A G. *Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*. 2007; 39: 175–191.
59. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*. 2009; 41(4): 1149-1160.
60. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 13 jun. 2013; 150 (112) Seção 1: 59.
61. Bertolazi AN. Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh [Dissertação]. Porto Alegre; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
62. World Health Organization, The WHOQOL Group. WHOQOL: measuring quality of life. Geneva: WHO; 1997.
63. Berlim MT, Fleck MP. Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003; 25 (4): 249-52.
64. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica*. 2000; 34 (2): 178-83.
65. Gonçalves A, Vilarta R. Qualidade de vida: identidades e indicadores. In: Gonçalves A, Vilarta R, organizadores. *Qualidade de vida e atividade física: explorando teorias e práticas*. Barueri: Manole; 2004. p. 3-25.
66. Schraiber LB, Latorre MRDO, França Jr I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev. Saúde Pública*. 2010 ago.; 44 (4): 658-66.
67. Pereira A. Guia prático de utilização do SPSS: análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia. 4. ed. Lisboa: Silabo; 2003.

68. Pagano M, Gauvreau K. Princípios de bioestatística. São Paulo: Thomson, 2004.
69. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988. The significance of a product moment rs. p. 75-108.
70. Mehta CR, Patel NR. A network algorithm for performing Fisher's exact test in rxc contingency tables. JASA, 1983 Jun; 78 (382): 427-34.
71. Montgomery DC, Peck. EA. Introduction to linear regression analysis. New York, Brisbane: John Wiley, 1982.
72. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2003; 19 (Supl. 2): S263-S272.
73. Mesquita AP. As Marias que não calam: perfil das mulheres vítimas de violência após a implementação da Lei Maria da Penha em Maceió/AL. In: 9. Seminário Internacional Fazendo Gênero: diásporas, diversidades, deslocamentos; 2010 ago 23-26; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.
74. Vale SLLV, Medeiros CMR, Cavalcanti CO, Junqueira CCS, Souza LC. Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil de mulheres na Atenção Básica. Rev. Rene. 2013; 14(4): 683-693.
75. Tamaki T, Kaneita Y, Ohida T, Yokoyama E, Osaki Y, Kanda H et al. Prevalence of and factors associated with smoking among Japanese medical students. J Epidemiol. 2010; 20 (4): 339-45.
76. Sabanayagam C, Shankar A. The association between active smoking, smokeless tobacco, second-hand smoke exposure and insufficient sleep. Sleep Med. 2011; 12 (1): 7-11.
77. Wong MM, Brower KJ, Fitzgerald HE, Zucker RA. Sleep problems in early childhood and early onset of alcohol and other drug use in adolescence. 2004 Apr; 28 (4): 578-87.
78. Roberts M. Alcoholism: clinical and experimental research. [acesso em 15 maio 2017]
Disponível em:
http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2013/01/130123_sono_alcool_fn.shtml.

79. Mello MT, Boscolo RA, Esteves AM, Tufik S. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. *Rev Bras Med Esporte*. 2005 maio/jun.; 11 (3): 203-17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922005000300010>
80. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde PNS 2016-2019, Brasília, 2016.
81. Chitashvili M, Javakhishvili N, Arutiunov L, Tsuladze L, Chachanidze S. National research on violence against women in Georgia. Final Reporter. Tbilisi 2010.
82. Labronici LM, Ferraz MIR, Trigueiro TH, Fegadoli D. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. *Rev. Esc. Enf*. 2010 mar.; 44 (1): 126-133.
83. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43 (2): 299-310.
84. Garcia LP, Duarte EC, Freitas LRS, Gabriela DMS. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. *Cad. Saúde Pública*. 2016 abr; 32 (4): e00011415.
85. Moez KAE, Elsyed M, Yousef I, Eldeen AW, Ellithy W. Psychosocial characteristic of female victims of domestic violence. *Egyptian Journal of Psychiatry*. 2014; 35 (2): 105-13.
86. Zilberman ML, Blume SB. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2005 out; 27 (supl.2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462005000600004&script=sci_arttext&tlng=pt
87. Martins PJF, Mello MT, Tufik S. Exercício e sono. *Rev Bras Med Esporte*. 2001 jan./fev.; 7 (1): 28-36.
88. Beck F, Richard JB, Léger D. Insomnia and total sleep time in France: prevalence and associated socio-demographic factors in a general population survey. *Rev. Neurologique*. 2013 Dec; 169 (12): 956-964. French. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0035378713009430?via%3Dihub>.

89. Pigeon WR, Cerulli C, Richards H, He H, Perlis M, Caine E. Sleep disturbances and their association with mental health among women exposed to intimate partner violence. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011 Dec; 20 (12): 1923-9.
90. Navega MT, Oishi J. Comparação da qualidade de vida relacionada à saúde entre mulheres na pós-menopausa praticantes de atividade física com e sem osteoporose. *Rev Bras Reumatol*, 2007 jul/ago; 47 (4): 258-64.
91. Cury AF, Zacchello KP. Osteoporose: prevalência e fatores de risco em mulheres de clínica privada maiores de 49 anos de idade. *Acta Ortop Bras*. 2007; 15 (3): 146-50.
92. Frare JC, Tomadon A, Silva JR. Prevalência da dismenorreia e seu efeito na qualidade de vida entre mulheres jovens. *Rev Bras Ciências da Saúde*, 2014 jan/mar; 12 (39): 15-20.
93. Hackley S. Migraine and domestic violence. *Migraine.com*. 2014 Mar 28. Disponível em: <https://migraine.com/blog/domestic-violence/>
94. Cripe SM, Sanchez SE, Gelaye B, Sanchez E, Williams MA. Association between intimate partner violence, migraine and probable migraine. *Headache*. 2011 Feb; 51 (2): 208-19.
95. Seabra MLV, Peres MFP. Cefaleia e sono. In: Tufik S, organizador. *Medicina e biologia do sono*. Instituto do Sono: Manole. 2008. p 345-54.
96. Oliveira-Campos M, Rodrigues-Neto JF, Silveira MF, Neves DMR, Vilhena JM, Oliveira JF et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013; 18 (3): 873-82.
97. Oliveira EM, Jorge MSB. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. *Rev. RENE*. 2007 maio/ago; 8 (2): 93-100.
98. Netto LA, Moura MAV, Queiroz ABA, Tyrrel MAR, Bravo Mdel MMP. Violência contra a mulher e suas consequências. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27 (5): 458-64.
99. Hoshino K, Pasqualini JC, D'Oliveira ÉP, Silva CP, Modesto AE, Silveira RSM. Is sleep deprivation involved in domestic violence? *Sleep Sci*. 2009 Jan/Mar; 2 (1). Disponível em: <http://sleepscience.org.br/details/147/en-US>

100. Pigeon WR, Cerulli C, Richards H, He H, Perlis M, Caine E. Sleep disturbances and their association with mental health among women exposed to intimate partner violence. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011 Dec; 20 (12): 1923-9.
101. Zeitlhofer J, Schmeiser-Rieder A, Tribl G, Rosenberger A, Bolitschek J, Kapfhammer G et al. Sleep and quality of life in the Austrian population. *Acta Neurol Scand*. 2000; 102: 249-57.
102. Crispim CA, Zalcman I, Dáttilo M, Padilha HG, Tufik S, Mello MT. Relação entre sono e obesidade: uma revisão da literatura. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2007; 51 (7): 1041-9.
103. Louzada MLC, Rauber F, Campagnolo PDB, Vitolo MR. Horas de sono e índice de massa corporal em pré-escolares do sul do Brasil. *Arq. Bras. Cardiol*. 2012 dez; 99 (6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001500013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
104. Kohatsu ND, Tsai R, Young T, Vangilder R, Burmeister LF, Stromquist AM et al. Sleep duration and body mass index in a rural population. *Arch Intern Med*. 2006 Sep 18; 166 (16): 1701-5.
105. Tavares TB, Nunes SM, Santos MO. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. *Rev. Méd. Minas Gerais*. 2010 jul/set; 20 (3): 359-66.
106. Guimarães ACA, Baptista FM. Índice de massa corporal e qualidade de vida relacionada com a saúde em mulheres de meia-idade. *Rev Bras Clin Med*. 2008; 6: 228-232.
107. Gonçalves PB, Ferreira MGAM, Santos AL, Serpa NRR. Análise da qualidade de vida através do IMC dos servidores e alunos do IFMA/Centro Histórico. In: 7. CONNEPI Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação. Palmas, Tocantins, 2012. Disponível em: <http://docplayer.com.br/35238857-Analise-da-qualidade-de-vida-atraves-do-imc-dos-servidores-e-alunos-do-ifma-centro-historico.html>
108. Gallon CW, Wender MO. Estado nutricional e qualidade de vida da mulher climatérica. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2012 abr; 34 (4): 175-83.
109. Kapoor S. Domestic violence against women and girls. UNICEF – Innocent Research Center. 2000 Jun; (6). Disponível em: <https://www.unicef-irc.org/publications/213/>

110. Ursula K. Intimate partner violence, physical health, posttraumatic stress disorder, depression, and quality of life in Latinas. *Western J Emerg Med*. 2010 Aug; 11(3): 247-51.
111. Mechanic MB, Weaver TL, Resick P A. Mental health consequences of intimate partner abuse: a multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Sage J*. 2008 Jun 1; 14 (6): 634-654. Disponível em:
<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077801208319283>
112. Al-Atrushi HH, Al-Tawil NG, Shabila NP, Al-Hadithi TS. Intimate partner violence against women in the Erbil city of the Kurdistan region, Iraq. *BMC Womens Health*. 2013 Oct 10; doi: 10.1186/1472-6874-13-37. Disponível em:
<https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-13-37>
113. Diniz NMF, Souza SS. Percepção de mulheres sobre estratégias de intervenção na violência doméstica. Relatório PIBIC (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica) Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, jul. 2007.
114. Diniz NMF, Lopes RLM, Gesteira SMA, Arrazola LSD, Alves SLB. Violência doméstica e institucional em serviços de saúde: experiência de mulheres. *Rev. Bras. Enferm*. 2004 maio/jun.; 57 (3); 354-6.
115. Reaney MD, Martin C, Speight J. Understanding and assessing the impact of alcoholism on quality of life: a systematic review of the content validity of instruments used to assess health-related quality of life in alcoholism patient. 2008 Jul 1; 1 (3): 151-63.
116. Chiu YW, Moore RW, Hsu CE, Huang CT, Liu HW, Chuang HY. Factors influencing women's quality of life in the later half of life. *Climacteric*. 2008 Jun;11 (3): 201-11.
117. Tairova OS, De Lorenzi DRS. Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa: um estudo caso-controle. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2011; 14 (1): 135-145.
118. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(3): 1943-52. Disponível em: <http://producao.usp.br/handle/BDPI/9500>.

119. Figueiredo Filho DB, Bezerra RM, Silva LEO. Desigualdade, qualidade de moradia e desenvolvimento humano nos municípios brasileiros. In: 1. Seminário Internacional de Ciência Política; 2015 set 9-11; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/sicp/wp-content/uploads/2015/09/SILVA-O.E.L-et-All.-Desigualdade-qualidade-de-moradia-e-desenvolvimento-humano-nos-munic%C3%ADpios-brasileiros.pdf>
120. Dillon G, Hussain R, Loxton D, Rahman S. Mental and physical health and intimate partner violence against women: a review of the literature. *Hindawi Intern. J. Family Medicine*. 2013; 2013. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/ijfm/2013/313909/>
121. Lowe P, Humphreys C, Williams SJ. Night terrors: women's experiences of (not) sleeping where there is domestic violence. *Violence Against Women*. 2007 Jun; 13 (6): 549-61.
122. Moreira LP, Ferreira GS, Virmondos L, Silva AG, Rocco DDFM. Comparação da qualidade do sono entre homens e mulheres ativos fisicamente. *Rev. Eletr. Saúde e Ciência*, 2013; 3 (2): 38-49.
123. Souza JC, Reimão R. Epidemiologia da insônia (Sociedade Brasileira de Sono, 2003). *Psicologia em Estudo*, 2004; 9 (1): 3-7.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



Programa de pós-graduação em Enfermagem

Doutorado Interinstitucional

Título Provisório da Pesquisa: **Fatores associados à qualidade do sono e qualidade de vida em mulheres sobreviventes de violência doméstica.**

Você está sendo convidada a participar da pesquisa como voluntária, que tem como objetivo primário identificar os fatores associados à qualidade do sono e a qualidade de vida em mulheres sobreviventes de violência doméstica e, como objetivos secundários, caracterizar os tipos de violência doméstica pelo parceiro íntimo, sofrida pelas mulheres e comparar a qualidade do sono e a qualidade de vida das mulheres sobreviventes de violência doméstica com as que não são vítimas dessa situação. O motivo que nos levou a realizar esse estudo é a deficiência de estudos publicados que tratam desse assunto. Se concordar em participar, deverá responder quatro questionários, durante a participação em um grupo denominado “Só para elas” aqui na UAPS, em oficinas onde abordaremos temas sugeridos pelas participantes, finalizando com um lanche coletivo. As informações serão sigilosas, preservando-se o anonimato e sua identificação será somente pela numeração das entrevistas. Você não será identificada em nenhum momento. Não terá nenhum custo para você e nem receberá nenhuma vantagem financeira. Para tomar parte, você o fará livre e espontaneamente; terá esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e pode interromper sua participação em qualquer momento sem que isso acarrete penalidade ou modificação de atendimento no serviço de saúde ou pela pesquisadora. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seus dados e o material que indica sua participação não serão liberado sem sua permissão e só poderão ser utilizados em estudos científicos. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa serão guardados pela pesquisadora por cinco anos e depois será destruído. Este termo de consentimento está impresso em duas vias, sendo que uma cópia ficará com você e a outra arquivada com a pesquisadora responsável.

Eu, _____, portadora do documento de identidade _____, fui informada dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada. Minhas dúvidas foram esclarecidas e sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de _____.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa – UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa/Campus Universitário da UFJF

Juiz de Fora – MG – CEP: 36036-900

FONE: (32) 2102-3788 – e-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Pesquisadora responsável: Doutoranda Maria Inês Gomes de Almeida

Endereço: Faculdade de Enfermagem UFJF

**Apêndice 2 - Carta de Apresentação à Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde,
Prefeitura de Juiz de Fora, MG**

De: Enfermeira Ms. Maria Inês Gomes de Almeida
Docente da Faculdade de Enfermagem UFJF
Doutoranda em Ciências da Saúde – DINTER – UFJF/UNICAMP

Para: Sr. Thiago Augusto Campos Horta
Subsecretário de Atenção Primária à Saúde / SS / PJF

Prezado Sr.,

Venho, por meio desta, solicitar autorização para realizar minha pesquisa de Doutorado em Unidade de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora, da Subsecretaria sob coordenação de V. S.^a. A pesquisa é orientada pela Profa. Dra. Maria Filomena Ceolim, PhD em Enfermagem, Prof^a Associada da Faculdade de Enfermagem da UNICAMP. O título é: “*Fatores associados à de qualidade de sono e qualidade de vida em mulheres sobreviventes de violência por parceiro íntimo*”. A proposta dessa pesquisa é contribuir com a deficiência de estudos publicados que tratam desse assunto.

A pesquisa tem como objetivo primário Identificar os fatores associados à qualidade do sono e a qualidade de vida em mulheres sobreviventes de violência por doméstica atendidas em uma UAPS do Município de Juiz de Fora, Minas Gerais e como objetivos secundários, caracterizar os tipos de violência doméstica sofrida pelas mulheres e comparar a qualidade do sono e a qualidade de vida das mulheres sobreviventes da violência doméstica com as que não são vítimas dessa situação.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa que pretendo realizar na UAPS Furtado de Menezes.

As mulheres responderão aos questionários espontaneamente após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Juiz de Fora, 20 de maio de 2015.

Maria Inês Gomes de Almeida

E-mail: ines.gomes@oi.com.br - Telefone: (32) 32263313 – 88874846

Apêndice 3 – Questionário sociodemográfico e estilo de vida



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
Programa de pós-graduação em Enfermagem
Doutorado Interinstitucional



1) IDENTIFICAÇÃO

1.1 Número da participante: _____

1.2 Qual a sua data de nascimento? _____

1.3 Qual a sua raça/etnia?

- 0 () Branca
1 () Parda
2 () Negra
3 () Amarela
4 () Indígena

1.4 Até que ano (série) você estudou?

- 0 () Nenhum (analfabeto)
1 () Fundamental incompleto – ano/série concluído _____
2 () Fundamental completo
3 () Médio incompleto - ano/série concluído _____
4 () Médio completo
5 () Superior incompleto - ano/série concluído _____
6 () Superior completo
7 () Outro _____

2) SITUAÇÃO FAMILIAR

2.1 Qual a situação conjugal atual?

2.1.1 Vive com companheiro

- 0 () não
1 () sim

2.1.2 Em caso positivo, o companheiro é:

0 () homem

1 () mulher

2.1.3 Em caso negativo, tem ex-companheiro?

0 () não

1 () sim

2.1.4 Em caso positivo, o companheiro é

0 () homem

1 () mulher

2.2 Com quem você mora?(PODE SER ASSINALADA MAIS DE UMA OPÇÃO)

0 () Cônjuge/companheiro(a)

1 () Filho(s)

2 () Sozinha

3 () Outros _____

2.3 Você tem filhos?

0 () Não

1 () Sim Quantos _____

2.4 De que material é feita a sua casa?

0 () Tijolos

1 () Outro material. _____ Qual:

2.5 Como é o local em que você dorme: Silencioso Barulhento Tem portas Tem cortinas Tem janelas Tem cama Tem colchão de molas Tem colchão de espuma Tem outro tipo de colchão – Qual? _____ É quente É frio É confortável É desconfortável**2.6 Quantas pessoas dormem com você na mesma cama? _____****2.9 Quantas pessoas dormem com você no mesmo cômodo? _____****3) CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS****3.1 Você exerce alguma atividade remunerada?**

0 () Não

1 () Sim

SE RESPONDEU “SIM” EM 3.1 FAÇA A QUESTÃO 3.2; SE RESPONDEU “NÃO” EM 3.1 VÁ DIRETAMENTE PARA A QUESTÃO 3.3.

0 () Não 1 () Sim

CASO RESPONDA SIM:

Quem? _____

De que tipo? _____

4.3 Você costuma tomar bebida alcoólica?

0 () Não 1 () Sim

CASO RESPONDA SIM:

4.3.1 Com que frequência consome? _____

4.3.2 Tipo de bebida _____

4.3.3 Qual a quantidade consumida de cada vez? _____

4.3.4 Alguém de sua família tem problemas com o consumo de bebida alcoólica?

0 () Não 1 () Sim

CASO RESPONDA SIM:

Quem? _____

De que tipo? _____

4.4 Você pratica alguma atividade física?

0 () Não 1 () Sim

CASO RESPONDA SIM:

4.4.1 Qual o tipo de exercício? _____

4.4.2 Quantas vezes por semana? _____

4.4.3 Quanto tempo de cada vez? _____

4.5 Você faz atividades de lazer?

0 () Não 1 () Sim. De que tipo? _____

5) CONDIÇÕES DE SAÚDE

5.1 Peso _____ Estatura _____ IMC _____

5.2 Você faz uso de medicamentos?

0 () Não 1 () Sim. Quais? _____

5.3 Você tem/faz ou fez tratamento para alguma das doenças desta lista?

Pressão alta

- 0 () Não tem
- 1 () Tem e faz tratamento
- 2 () Tem e não faz tratamento
- 3 () Fez tratamento anteriormente
- 4 () Não sabe

Diabetes

- 0 () Não tem
- 1 () Tem e faz tratamento
- 2 () Tem e não faz tratamento
- 3 () Fez tratamento anteriormente
- 4 () Não sabe

Depressão

- 0 () Não tem
- 1 () Tem e faz tratamento
- 2 () Tem e não faz tratamento
- 3 () Fez tratamento anteriormente
- 4 () Não sabe

Osteoporose

- 0 () Não tem
- 1 () Tem e faz tratamento
- 2 () Tem e não faz tratamento
- 3 () Fez tratamento anteriormente
- 4 () Não sabe

Doença da Tireoide

- 0 () Não tem
- 1 () Tem e faz tratamento
- 2 () Tem e não faz tratamento
- 3 () Fez tratamento anteriormente
- 4 () Não sabe

Câncer de mama

- 0 () Não tem
- 1 () Tem e faz tratamento
- 2 () Tem e não faz tratamento
- 3 () Fez tratamento anteriormente
- 4 () Não sabe

Câncer colo uterino

- 0 () Não tem

- 1 () Tem e faz tratamento
- 2 () Tem e não faz tratamento
- 3 () Fez tratamento anteriormente
- 4 () Não sabe

Problema de coluna

- 0 () Não tem
- 1 () Tem e faz tratamento
- 2 () Tem e não faz tratamento
- 3 () Fez tratamento anteriormente
- 4 () Não sabe

Dor de cabeça

- 0 () Não tem
- 1 () Tem e faz tratamento
- 2 () Tem e não faz tratamento
- 3 () Fez tratamento anteriormente
- 4 () Não sabe

Cólica menstrual

- 0 () Não tem
- 1 () Tem e faz tratamento
- 2 () Tem e não faz tratamento
- 3 () Fez tratamento anteriormente
- 4 () Não sabe

Outra doença? Qual? _____

- 0 () Não tem
- 1 () Tem e faz tratamento
- 2 () Tem e não faz tratamento
- 3 () Fez tratamento anteriormente
- 4 () Não sabe

Apresenta algum sintoma relacionado com a menopausa?

(0) Não

(1) Sim Quais _____

ANEXO1**Anexo 1 - Declaração de infraestrutura, Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde,
Prefeitura de Juiz de Fora, MG****DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA**

Como Subsecretário de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora, autorizo o processo de coleta de dados da pesquisa intitulada: Fatores associados à qualidade do sono e qualidade de vida em mulheres sobreviventes de violência doméstica.

A pesquisa tem como objetivo primário identificar os fatores associados à qualidade do sono e a qualidade de vida em mulheres sobreviventes de violência doméstica atendidas em uma UAPS do Município de Juiz de Fora, Minas Gerais e como objetivos secundários, caracterizar os tipos de violência doméstica sofrida pelas mulheres e comparar a qualidade do sono e a qualidade de vida das mulheres sobreviventes da violência doméstica com as que não são vítimas dessa situação.

Considero que esta Instituição apresenta infraestrutura necessária para realização desta investigação.

Atenciosamente,

Juiz de Fora, / maio / 2015

Thiago Augusto Campos Horta
Subsecretário de Atenção Primária à Saúde/ SS / PJF

Anexo 2 – Autorização para coleta de dados, Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, Prefeitura de Juiz de Fora, MG

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

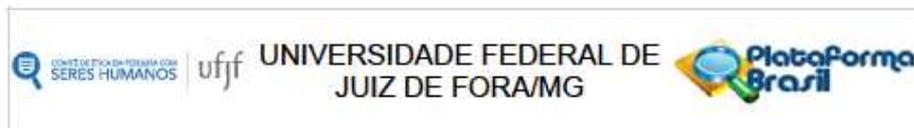
Declaro minha anuência para a solicitante Maria Inês Gomes, doutoranda em Ciências da Saúde DINTER UJJF/UNICAMP, sob orientação da Profa. Dra. Maria Filomena Ceolim, para proceder à coleta de dados para a pesquisa intitulada: Fatores associados à qualidade do sono e qualidade de vida em mulheres sobreviventes de violência doméstica.

Estou ciente dos objetivos da mesma bem como dos procedimentos e meios para sua realização, tendo garantia do anonimato e também da não ocorrência de qualquer prejuízo ou dano à instituição ou aos sujeitos da pesquisa.

Juiz de Fora, / maio / 2015

Thiago Augusto Campos Horta
Subsecretário de Atenção Primária à Saúde/ SS / PJF

Anexo 3 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DO SONO E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES SOBREVIVENTES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Pesquisador: Maria Inês Gomes de Almeida

Versão: 1

CAAE: 57521615.8.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 064262/2016

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DO SONO E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES SOBREVIVENTES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA que tem como pesquisador responsável Maria Inês Gomes de Almeida, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Federal de Juiz de Fora/MG em 04/07/2016 às 11:29.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@uff.edu.br

Anexo 4 – Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg - PSQI

Instruções:

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos de sono durante o último mês somente. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da maioria dos dias e noites do último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi se deitar para dormir à noite?
Hora usual de deitar _____
2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?
Número de minutos _____
3. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?
Hora usual de levantar _____
4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Este pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama).
Horas de sono por noite _____

Para cada uma das questões restantes, marque a melhor (uma) resposta. Por favor, responda a todas as questões.

5. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade de dormir porque você...
 - a. Não conseguiu adormecer em até 30 minutos

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes /semana _____
 - b. Acordou no meio da noite ou de manhã cedo

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes /semana _____
 - c. Precisou levantar para ir ao banheiro

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes /semana _____
 - d. Não conseguiu respirar confortavelmente

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes /semana _____

e. Tossiu ou roncou forte

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes /semana _____

f. Sentiu muito frio

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes /semana _____

g. Sentiu muito calor

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes /semana _____

h. Teve sonhos ruins

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes /semana _____

i. Teve dor

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes /semana _____

j. Outra(s) razão(ões), por favor, descreva _____

Com que frequência, durante o último mês, você teve dificuldade para dormir devido à essa razão?

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes/ semana _____

6. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

Muito boa _____

Boa _____

Ruim _____

Muito ruim _____

7. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou “por conta própria”) para lhe ajudar a dormir?

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes/ semana _____

8. No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes/ semana _____

9. Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____

3 ou mais vezes/ semana _____

Instruções para pontuação - PSQI

Componente 1: Qualidade subjetiva do sono:

Examine a questão 6 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
muito boa	0
boa	1
Ruim	2
muito ruim	3

Pontuação do **componente 1**:

Componente 2: Latência do sono:

1. Examine a questão 2 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
< ou = 15 minutos	0
16-30 minutos	1
31-60 minutos	2
> 60 minutos	3

Pontuação da questão 2:

2. Examine a questão 5a e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
nenhuma vez	0
menos de 1 vez/semana	1
1 a 2 vezes/semana	2
3 vezes/semana ou mais	3

Pontuação da questão 5a:

3. Some a pontuação da questão 2 e da questão 5a:

Soma de 2 e 5a:

4. Atribua a pontuação do componente 2 da seguinte maneira:

Soma de 2 e 5a	Pontuação do componente 2
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Pontuação do **componente 2**:

.....

Componente 3: Duração do sono:

1. Examine a questão 4 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
> 7 horas	0
6-7 horas	1
5- <6 horas	2
< 5 horas	3

Pontuação do **componente 3**:

Componente 4: Eficiência habitual do sono:

1. Examine a questão 2 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

(1) Escreva o número de horas dormidas (questão 4) : _____

(2) Calcule o número de horas no leito:

{horário de levantar (questão 3) - horário de deitar (questão 1)}: _____

(3) Calcule a eficiência do sono:

{nº de horas dormidas / nº de horas no leito} x 100 = eficiência do sono (%)

{ _____ / _____ } x 100 = _____ %

(4) Atribua a pontuação do componente 4 da seguinte maneira:

Eficiência do sono (%)	Pontuação
> 85 %	0
75-84 %	1
65-74 %	2
< 65 %	3

Pontuação do **componente 4**:

Componente 5: Distúrbios do sono:

1. Examine as questões de 5b a 5j e atribua a pontuação para cada questão, da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
nenhuma vez	0
menos de 1 vez/semana	1
1 a 2 vezes/semana	2
3 vezes/semana ou mais	3

Pontuação de cada questão:

5b: _____

5c: _____

5d: _____

5e: _____

5f: _____

5g: _____

5h: _____

5i: _____

5j: _____

2. Some a pontuação de 5b até 5j:

3. Atribua a pontuação do componente 5 da seguinte maneira:

Soma de 5b a 5j	Pontuação
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Pontuação do **componente 5**:

Componente 6: Uso de medicação para dormir:

1. Examine a questão 7 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
nenhuma vez	0
< 1 vez / semana	1
1 a 2 vezes / semana	2
3 vezes / semana ou +	3

Pontuação do **componente 6**:

Componente 7: Sonolência diurna e distúrbios durante o dia :

1. Examine a questão 8 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
nenhuma vez	0
< 1 vez / semana	1
1 a 2 vezes / semana	2

Pontuação da questão 8:

3 vezes / semana ou +	3
--------------------------	---

2. Examine a questão 9 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
Nenhuma	0
Pequena	1
moderada	2
Muita	3

Pontuação da questão 9:

3. Some a pontuação das questões 8 e 9:

4. Atribua a pontuação do componente 7 da seguinte maneira:

Soma de 8 e 9	Pontuação
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Pontuação do **componente 7**:

PONTUAÇÃO GLOBAL DO PSQI:

Anexo 5 - WHOQOL-bref – Instrumento para avaliar qualidade de vida

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você recebe dos outros o apoio que necessita?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

Você recebe dos outros o apoio que necessita?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satis- feito	Muito satis- feito
2	Quão satisfeito você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extrema- mente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5

9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Comple- tamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você	1	2	3	4	5

	recebe de seus amigos?					
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequen- temente	Muito frequen- temente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Anexo 6 – Instrumento WHO de Violência Contra a Mulher – WHO-VAW

SEÇÃO 10 – OUTRAS EXPERIÊNCIAS

Em suas vidas, muitas mulheres vivenciam diferentes formas de violência, causadas por familiares, por outras pessoas que elas conhecem e/ou por estranhos. Se não se incomodar, gostaria de lhe perguntar, rapidamente, a respeito de algumas dessas situações. Tudo o que você disser será mantido em segredo. Posso continuar?

VIOLÊNCIA EMOCIONAL:

1. Alguma vez seu companheiro /marido ou namorado insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?

1 () Sim 2 () Não (IR PARA A QUESTÃO 2)

1.1. Isso aconteceu nos últimos 12 meses?

1 () Sim 2 () Não

1.2. Quantas vezes esse episódio aconteceu?

1 () Uma 2 () Poucas 3 () Muitas

2. Alguma vez seu companheiro /marido ou namorado depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?

1 () Sim 2 () Não (IR PARA A QUESTÃO 3)

2.1. Isso aconteceu nos últimos 12 meses?

1 () Sim 2 () Não

2.2. Quantas vezes esse episódio aconteceu?

1 () Uma 2 () Poucas 3 () Muitas

3. Alguma vez seu companheiro /marido ou namorado fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito?

1 () Sim 2 () Não (IR PARA A QUESTÃO 4)

3.1. Isso aconteceu nos últimos 12 meses?

1 () Sim 2 () Não

3.2. Quantas vezes esse episódio aconteceu?

1 () Uma 2 () Poucas 3 () Muitas

4. Alguma vez seu companheiro /marido ou namorado ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?

1 () Sim 2 () Não (IR PARA A QUESTÃO 5)

4.1. Isso aconteceu nos últimos 12 meses?

1 () Sim 2 () Não

4.2. Quantas vezes esse episódio aconteceu?

1 () Uma 2 () Poucas 3 () Muitas

VIOLÊNCIA FÍSICA:

5. Alguma vez seu companheiro /marido ou namorado deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?

1 () Sim 2 () Não (IR PARA A QUESTÃO 6)

5.1. Isso aconteceu nos últimos 12 meses?

1 () Sim 2 () Não

5.2. Quantas vezes esse episódio aconteceu?

1 () Uma 2 () Poucas 3 () Muitas

6. Alguma vez seu companheiro /marido ou namorado empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão?

1 () Sim 2 () Não (IR PARA A QUESTÃO 7)

6.1. Isso aconteceu nos últimos 12 meses?

1 () Sim 2 () Não

6.2. Quantas vezes esse episódio aconteceu?

1 () Uma 2 () Poucas 3 () Muitas

7. Alguma vez seu companheiro /marido ou namorado machucou-a com um soco ou com algum objeto?

1 () Sim 2 () Não (IR PARA A QUESTÃO 8)

7.1. Isso aconteceu nos últimos 12 meses?

1 () Sim 2 () Não

7.2. Quantas vezes esse episódio aconteceu?

1 () Uma 2 () Poucas 3 () Muitas

8. Alguma vez seu companheiro /marido ou namorado deu um chute, arrastou ou surrou você?

1 () Sim 2 () Não (IR PARA A QUESTÃO 9)

8.1. Isso aconteceu nos últimos 12 meses?

1 () Sim 2 () Não

8.2. Quantas vezes esse episódio aconteceu?

1 () Uma 2 () Poucas 3 () Muitas

9. Alguma vez seu companheiro /marido ou namorado estrangulou ou queimou você de propósito?

1 () Sim 2 () Não (IR PARA A QUESTÃO 10)

9.1. Isso aconteceu nos últimos 12 meses?

1 () Sim 2 () Não

9.2. Quantas vezes esse episódio aconteceu?

1 () Uma 2 () Poucas 3 () Muitas

10. Alguma vez seu companheiro /marido ou namorado ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?

1 () Sim 2 () Não (IR PARA A QUESTÃO 11)

10.1. Isso aconteceu nos últimos 12 meses?

1 () Sim 2 () Não

10.2. Quantas vezes esse episódio aconteceu?

1 () Uma 2 () Poucas 3 () Muitas

VIOLÊNCIA SEXUAL:

11. Alguma vez seu companheiro /marido ou namorado forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?

1 () Sim 2 () Não (IR PARA A QUESTÃO 12)

11.1. Isso aconteceu nos últimos 12 meses?

1 () Sim 2 () Não

11.2. Quantas vezes esse episódio aconteceu?

1 () Uma 2 () Poucas 3 () Muitas

12. Alguma vez você teve relação sexual com seu companheiro /marido ou namorado porque estava com medo do que ele pudesse fazer?

1 () Sim 2 () Não (IR PARA A QUESTÃO 13)

12.1 Isso aconteceu nos últimos 12 meses?

1 () Sim 2 () Não

12.2 Quantas vezes esse episódio aconteceu?

1 () Uma 2 () Poucas 3 () Muitas

13. Alguma vez seu companheiro /marido ou namorado forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?

1 () Sim 2 () Não

13.1 Isso aconteceu nos últimos 12 meses?

1 () Sim 2 () Não

13.2 Quantas vezes esse episódio aconteceu?

1 () Uma 2 () Poucas 3 () Muitas