JULIA GARCIA DURAND

**Gestação e Violência: Estudo com usuárias de serviços públicos de
saúde da Grande São Paulo**

**Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em
Ciências.**

**Área de Concentração: Medicina
Preventiva**

Orientadora: Profa Lilia Blima Schraiber

São Paulo

2005

Agradecimentos

Agradeço algumas pessoas e instituições que colaboraram para a realização deste trabalho:

A **Lilia** que além da cuidadosa orientação, proporcionou-me enorme aprendizado ao longo dos últimos cinco anos.

A **Ana Flávia** pelo apoio na elaboração deste trabalho e pela importante influência no meu interesse no tema da violência e do cuidado em saúde.

A **Andréia Nascimento** pela assessoria na execução da presente análise epidemiológica.

Aos **membros da banca de qualificação** que fizeram sugestões e comentários bastante enriquecedores à dissertação: Ana Flávia D'Oliveira, Isabel Bordin e Paulo Menezes.

Às **mulheres entrevistadas** que gentilmente aceitaram o convite para participar da pesquisa e relatar suas histórias.

Aos profissionais da **Casa Eliane de Grammond**, da **Delegacia de Defesa da Mulher** e do **CSESBP**, em especial àqueles que trabalham no Confad, pela colaboração na busca por mulheres entrevistadas.

A todo **grupo de pesquisa** que participou desta empreitada direta ou indiretamente: Lígia, Adriana, Márcia, Heloisa, Wagner, Ricardo, Diane e Andréia.

Aos **meus pais**, principal influência no meu gosto pela vida acadêmica e pela pesquisa.

Ao **Tiago**, pelo companheirismo nos momentos mais importantes de minha vida.

Às agências financiadoras: **Fapespe** **CNPQ**.

Sumário :

Lista de quadros	5
Lista de tabelas	5
Resumo	7
Introdução	8
I. A construção de um referencial analítico: Vulnerabilidade, Gênero e Violência na perspectiva sócio-cultural e psico-social.	20
1. O quadro conceitual da vulnerabilidade	20
2. As teorias de gênero	27
Gênero e ação do sujeito	32
3. A questão da violência	38
Definindo a violência de gênero	38
Compreendendo a violência interpessoal nas relações de intimidade	43
O enfoque das relações pessoais	48
Sexualidade e reprodução: importante cenário da violência de gênero	50
II. A perspectiva epidemiológica no estudo da VPI na gestação	53
Panorama das prevalências no mundo	55
1. Prevalência entre usuárias de serviços de saúde	56
2. Fatores associados à violência na gestação	60
3. Agravos à saúde associados à VPI na gestação	63
III. Objetivos, metodologia de estudo e desenho da pesquisa	67
1. Objetivos específicos à abordagem quantitativa	67
2. Objetivos específicos à abordagem qualitativa	67
3. Desenho da pesquisa	68
3.1 Formas quantitativas de produção de dados	68

Desenho	68
Local	69
Tamanho da amostra	71
População estudada	72
Procedimento de realização da pesquisa	73
Instrumento	75
Variáveis incluídas no estudo	76
Análise	81
3.2 Forma qualitativa de produção e interpretação de dados	82
Grupos Focais	82
Entrevistas em profundidade	83
4. Aspectos éticos da pesquisa	88

IV. Compreendendo a VPI na gestação: análise e interpretação do material empírico

1. Análise estatística dos dados quantitativos	89
1.1 Descrição da amostra de usuárias (amostra A)	89
1.2 Fatores associados à VPI na gestação	98
1.3 Breve análise da subamostra de mulheres que já sofreram VPI na vida e já engravidaram (subamostra B)	106
1.4 Fatores associados à VPI na gestação (subamostra B)	110
1.5 Discussão dos achados nas análises quantitativas	113
2. Interpretação das falas e diálogos em grupos focais com gestantes	119
3. Interpretação das narrativas em entrevistas em profundidade	134

V. Considerações finais: Pontos de integração da análise quantitativa

e qualitativa

Referências bibliográficas	190
Anexos	198

Lista de quadros

Quadro 1. Prevalência de violência por parceiro íntimo em estudos com usuárias de serviços na América Latina, Europa e América do Norte	61
Quadro 2. Sítios de pesquisa, serviços e aplicação de questionário por serviço	71
Quadro 3. Condições de vulnerabilidade à VPI na gestação e aos agravos à saúde a elas associados	186

Lista de tabelas

Tabela 1. Características sócio-demográficas das entrevistadas que já engravidaram na vida.	90
Tabela 2. Frequência das variáveis relacionadas à sexualidade, saúde reprodutiva e mental das usuárias que já engravidaram na vida.	92
Tabela 3. Tipo da violência perpetrada por familiar entre as usuárias que já engravidaram	94
Tabela 4. Frequência da violência por familiar na vida e na gestação entre as mulheres que já engravidaram na vida.	94
Tabela 5. Prevalência da VPI na vida das usuárias que já engravidaram.	96
Tabela 6. Frequência e gravidade da VPI na vida	97
Tabela 7. Frequência da VPI na gestação	98
Tabela 8. Razão de prevalência de VPI na gestação e violência perpetrada por familiar entre as usuárias que já engravidaram	99
Tabela 9. Razão de prevalência da VPI na gestação e características sócio-demográficas das usuárias que já engravidaram	102
Tabela 10. Razão de prevalência de VPI e fatores de saúde sexual, reprodutiva e mental de usuárias que já engravidaram	103
Tabela 11. Odds Ratio bruto e ajustado das características associadas à VPI na gestação	105
Tabela 12. Frequência das características sócio-demográficas entre as usuárias que já sofreram VPI na vida e já engravidaram	107

Tabela 13. Frequência e Gravidade da VPI entre as usuárias que sofreram VPI na vida e já engravidaram _____	109
Tabela 14. Razão de prevalência de VPI na gestação e tipo, gravidade e frequência de VPI sofrida na vida entre as usuárias que já sofreram VPI na vida e já engravidaram _____	111
Tabela 15. Perfil sócio-demográfico das participantes dos grupos focais com mulheres grávidas _____	119
Tabela 16. Perfil sócio econômico do companheiro das participantes dos grupos focais _____	120

Resumo:

Introdução: Este estudo investiga a violência por parceiro íntimo (VPI) na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da grande São Paulo. **Objetivos:** **a)** Estimar a prevalência da VPI na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo e verificar sua associação com fatores sócio-demográficos, de saúde reprodutiva, sexual e mental; **b)** Conhecer a opinião e percepção de mulheres gestantes acerca do tema e **c)** Identificar aspectos da vulnerabilidade individual e contextual relacionados à VPI na gestação. **Metodologia:** **a)** entrevistas estruturadas (questionário) com 1922 usuárias, entre 15 e 49 anos, em 14 serviços públicos de saúde; **b)** 3 grupos focais com gestantes e **c)** 4 entrevistas em profundidade com mulheres que sofreram VPI na gestação. **Resultados:** 20% (IC_{95%} 18,2 a 21,8) referem algum episódio de VPI na gestação. Em análise multivariada, observou-se que *violência familiar freqüente, ter mais de duas gestações, início da vida sexual antes dos 19 anos, recusa de condom pelo parceiro, Transtorno Mental Comum e não coabitar com parceiro* são fatores associados à VPI na gestação. As usuárias que referem VPI na gestação apresentam padrão mais grave e freqüente de VPI na vida, em relação aquelas que sofrem VPI fora da gestação. Este fenômeno relaciona-se com desproteção na família de origem; gravidez indesejada; dúvidas da paternidade, mudanças no corpo e na libido da mulher. **Conclusão:** A alta prevalência de VPI na gestação e sua associação com diversos fatores de saúde reprodutiva e mental são resultados que indicam que esta questão deve ser vista como importante problema de saúde pública.

Abstract:

Background: This study investigates intimate partner violence (IPV) during pregnancy among public health care users in Grande São Paulo. **Objectives:** **a)** To examine the prevalence of IPV during pregnancy and its association with demographics and reproductive, sexual and mental health factors among public health care users in São Paulo, Brazil; **b)** To identify pregnant women's opinion and perception about this theme **c)** To identify individual and contextual vulnerability to VPI during pregnancy. **Methodology:** **a)** interview with 1922 health care users, aged from 15 to 49, in 14 public health services; **b)** 3 focal groups with pregnant women **c)** 4 interviews with women abused during pregnancy. **Results:** 20% (IC_{95%} 18,2 a 21,8) reported IPV during pregnancy. Multiple logistic regression indicated that *frequent family violence, having more than 2 pregnancies, beginning sexual life before 19 years old, partner's refusal to wear condom, mental health problems and being single* are associated factors with VPI during pregnancy. Women who referred IPV during pregnancy were significantly more likely to have severe and frequent pattern of IPV during their lives. This event is related to unsafe family context, unintended pregnancy, changes on women's body and libido. **Conclusion:** High prevalence rate for IPV during pregnancy points out that this issue should be regarded as a major public health problem.

Introdução

Nos últimos trinta anos, a crescente mobilização da sociedade civil e das entidades internacionais em defesa dos direitos das mulheres tem exigido das autoridades públicas ações voltadas à redução das iniquidades de gênero. Dentre as reivindicações, tem se destacado o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher, sobretudo daquela denominada violência por parceiro íntimo (VPI)¹. Em virtude disso, o interesse pelo tema cresce em diversas esferas da sociedade brasileira, traduzindo-se em importantes mudanças legislativas e político-institucionais.

No âmbito das mudanças legislativas no Brasil, a principal conquista das mulheres em relação à violência foi o artigo 226 § 8 da Constituição Federal promulgada em 1988 que dispõe que *“O Estado assegura a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações”*. Tal conquista fez com que vários dispositivos do Código Civil, ultrapassados e em desacordo com a atual Constituição Federal, acabassem por ser, na interpretação de alguns, revogados tacitamente (Pimentel et al, 1999). Além disso, o Brasil é signatário de vários instrumentos normativos de proteção aos direitos humanos e de todos aqueles referentes especificamente às mulheres. Também no plano das políticas públicas nas esferas federal, estadual e municipal, importantes mudanças foram formuladas, levando à criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), das Delegacias de Defesa da Mulher (DDM), das Casas Abrigo, dos Centros de convivência entre outras (Pimentel et al, 1999; Schraiber et al, 1999).

Não apenas no campo do Direito, mas também no campo da Saúde Coletiva, a violência por parceiro íntimo passa a ser objeto de reflexão e intervenções. Em âmbito internacional, desde a década de 80, o movimento de saúde das mulheres passou a incluir em sua agenda, de maneira mais ou menos enfática, questões de violência doméstica e sexual. No Brasil, por exemplo, este movimento tem desempenhado papel importante na implementação de programas e serviços mais sensíveis à desigualdade de gênero, dentre

¹ A literatura internacional trabalha a noção de *violência doméstica contra a mulher* como *violência por parceiro íntimo*, por constatar que na maior parte dos casos o parceiro é o principal agressor da mulher adulta no âmbito da vida doméstica.

os quais se destacam o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism)² e os centros de atenção às mulheres vítimas de violência sexual em entidades públicas de saúde.

Todavia, apesar da divulgação da magnitude e gravidade do problema e da progressiva sensibilização dos formuladores de políticas e pesquisadores sobre a importância de intervenções e da implantação de ações para erradicar, punir e prevenir a violência doméstica, a temática ainda encontra importantes barreiras para sua visibilidade e enfrentamento.

No Brasil, a invisibilidade do problema está refletida, por exemplo, na incipiente utilização, no âmbito legislativo, das normas internacionais aos direitos humanos, como fonte de direito nas decisões judiciais brasileiras, mesmo que elas, formalmente, façam parte do ordenamento jurídico. Em relação às políticas públicas, a implementação dos planos existentes de ação é frágil, fica vulnerável à vontade política e se traduz, por exemplo, na ínfima alocação de verbas e recursos para tal (Pimentel et al, 1999). Tais barreiras para implementação de políticas públicas refletem os processos sociais e as lutas políticas, que delimitam as fronteiras entre o que deve daquilo que não deve ser passível de intervenção e punição.

As barreiras à visibilidade não são menores no campo da saúde e o reconhecimento do fenômeno como objeto de estudo e intervenção é heterogêneo entre os seus diversos agentes. A inserção da violência como tema médico-social enfrenta a dificuldade do prevalente enfoque naturalista e cientificista entre educadores, profissionais dos serviços e gestores da saúde (Kiss, 2004). Tradicionalmente, este enfoque pouco tem considerado os laços estruturais entre corpo e sociedade, relegando a segundo plano dimensões mais amplas e complexas do que o modelo biomédico, como é o caso da violência doméstica contra a mulher.

Portanto, o debate sobre o tema da violência, tanto no âmbito do Direito como da Saúde, tem se constituído em terreno de luta política, no qual entram em jogo as

² O Paism, no entanto, não contemplou ações voltadas especificamente para a violência doméstica e/ou sexual.

construções ou reconstruções de fronteiras e definições sobre o que é considerado incriminável ou apenável, bem como o que é considerado objeto de intervenção da saúde.

Apesar das barreiras, o empenho direcionado à denúncia da VPI e à construção de políticas públicas voltadas à intervenção nesta situação tem impulsionado a produção científica sobre a temática no campo da saúde. De modo geral, os estudos têm contribuído enormemente para o reconhecimento da alta magnitude do fenômeno em todos os países e continentes, independentemente do nível de desenvolvimento econômico e da classe social investigada. Eles mostram também que a violência contra a mulher está associada a inúmeros problemas de saúde da mulher e da criança, relativos a condições físicas e mentais, bem como a doenças crônicas e comportamentos negativos para a saúde (McCauley, 1995; Heise et al 1999).

Constata-se atualmente que a violência está por trás de algumas das questões de saúde reprodutiva de mais difícil tratamento de nosso tempo e atua no sentido de solapar a autonomia das mulheres sobre sua vida sexual e reprodutiva (Heise et al, 1999).

O desenvolvimento desta discussão trouxe para o debate internacional a violência por parceiro íntimo que ocorre especificamente no período gravídico-puerperal. Desde a década de 80, mas, sobretudo, a partir de 1990, a violência na gestação tem sido investigada em diversos países, com enfoque de diferentes disciplinas e a partir de diversas estratégias metodológicas com o objetivo de se identificar a existência de algum padrão na relação violência/gestação. No campo da saúde coletiva, as investigações de tipo quantitativo para a identificação dos fatores de risco ou de proteção, magnitude, gravidade e impacto na saúde da mulher e da criança têm sido predominantes, e hoje já se fala na constituição da segunda geração de estudos sobre este tópico (Campbell, 1998).

De modo geral, apesar do amplo espectro de prevalências encontradas no mundo (Gazmararian et al, 1996; Jasinski, 2004; Campbell et al, 2004), muitos estudos têm revelado que o fenômeno é freqüente e responde por número importante de agravos à saúde. Moraes e Reichenheim (2002), por exemplo, estimam que 18,2% de uma amostra de 526 mulheres no puerpério, internadas em três maternidades públicas do Rio de Janeiro, sofreram violência física durante a gestação.

A VPI no período da gestação tem sido associada com gravidez indesejada e não planejada, bem como com importantes complicações na saúde, incluindo depressão,

abuso de substância, tabagismo, anemia, sangramento no primeiro e no segundo trimestre e baixo ganho de peso (McFarlane et al, 1996; Heise et al 1999; Murphy, 2001). Também tem sido associada com agravos à saúde das crianças tais como baixo peso ao nascer, prematuridade e abortos (Murphy, 2001). Além disso, em relação à procura de assistência pré-natal, os estudos têm mostrado que aquelas mulheres que sofrem violência na gestação buscam tardiamente este tipo de atendimento, em geral no terceiro trimestre da gestação (Moraes e Reichenheim, 2002; McFarlane, 1992; Gazmararian, 1996).

Aspecto que reforça a gravidade deste fenômeno é a associação da violência na gestação ao maior risco de sofrer homicídios (McFarlane et al, 2002). Atualmente, em diversas cidades americanas o homicídio representa a principal causa de morte pré e pós-natal (Horan & Cheng, 2001 apud Campbell, 2004). McFarlane et al (2002) identificam que o risco de ser vítima de tentativa de homicídio ou de homicídio completo é três vezes maior entre as mulheres que sofreram VPI no período da gestação do que aquelas que sofreram violência fora deste período e concluem que a violência na gestação deve ser vista como sinal de padrão bastante grave de violência.

Vale atentar para o fato de que os primeiros estudos retrospectivos com mulheres que sofreram violência na gestação, bem como os relatos de mulheres em situação de violência que referiam início ou aumento da violência durante a gestação levaram à especulação de que estar grávida seria fator de risco para a violência. Todavia, até hoje, os achados em pesquisas mais detalhadas com amostra de mulheres no período da gestação e no puerpério, bem como com a população em geral, têm sugerido que esta hipótese não se sustenta. Em ampla revisão, Jasinki (2004) constata que as pesquisas com amostra representativa, que incluíram mulheres gestantes e não gestantes, não reportaram a gestação como fator de risco, depois de controlados nível sócio-econômico, eventos de vida estressantes no período da gestação e idade. Outros autores sugerem, inclusive, que o risco aumentado de violência em mulheres gestantes poderia ser atribuído ao maior risco de violência entre as mulheres jovens, que coincide com o período da gestação (Gelles 1998; Jansinski e Kantor, 2001 apud Campbell et al 2004). Todavia, é importante realçar que apesar de não ter sido encontrado maior risco de violência referida à gestação, também não foi encontrado menor risco, o que seria de se esperar em razão de ser a gestação um período em que a mulher se encontra mais “protegida” social e

culturalmente. Do ponto de vista jurídico, o ordenamento brasileiro prevê maior gravidade da pena quando o crime é praticado contra mulher grávida (artigo 61 do Código Penal, inciso II e alínea “h”) (Pimentel et al, 1999).

Com intenção de ampliar a compreensão da relação entre violência e gestação, alguns autores pesquisaram as possíveis mudanças no padrão e intensidade da violência no período da gestação. Na maior parte das vezes, estes estudos abordaram a questão a partir de perguntas sobre início, aumento, diminuição, interrupção ou não alteração da violência neste período. Todavia, apesar do grande esforço que vem sendo realizado para se conhecer a existência de algum padrão na relação violência e gestação, os estudiosos têm concluído que pouco se pode afirmar a respeito. Observa-se que para uma parte das mulheres que sofreram violência, a gestação foi um momento em que a violência cessou ou diminuiu, enquanto que para outro grupo a violência começou ou piorou na gestação. Acrescenta-se a isso o fato de que, em muitos estudos, grande parte das mulheres relatou que o padrão da violência permaneceu o mesmo, ocorrendo antes, durante e depois da gestação (Campbell, 2004; Jasinski, 2004).

Os achados põem em evidência a heterogeneidade de impactos da gravidez nas relações conjugais, no que se refere às situações de violência, e demonstra a necessidade de se projetar novo olhar sobre esta questão. Neste ponto, parece ser fundamental que se deixe de lado a busca por um padrão único ou prevalecente de relação entre violência e gestação e se passe a questionar *quais são os contextos que tornam algumas mulheres vulneráveis à violência na gestação*. Para isso, mostra-se necessário adentrar no âmbito da teoria social e psicológica e formular perguntas que orientem as investigações. Perguntas essas que dêem conta de articular e de evidenciar as mediações da relação entre violência e gestação que ainda se mostram bastante obscuras.

Em análise mais atenta da atual conjuntura social e cultural da sociedade brasileira, observa-se que as opções e decisões dos homens e mulheres frente à gravidez têm se configurado em respostas variadas, cada qual envolvendo seus próprios dispositivos emocionais, informacionais e assistenciais, estes últimos desdobráveis em científico-tecnológicos e organizacionais. São respostas dispostas ou orientadas pelo gênero, faixa etária, estado civil, classe social, bem como pelo conjunto de regras e pelo universo simbólico que partilham os sujeitos envolvidos (Arih, 1998; Palma e

Quilodrán, 1997; Villa, 1997). Dependem, ainda, dos acessos e usos efetivos dos serviços de assistência e seus recursos tecnológicos e profissionais. A compreensão das ações frente à reprodução humana e à gestação requer que se considere a articulação destes dispositivos nos diferentes contextos estudados.

É desta perspectiva que o presente trabalho procura analisar a relação entre violência e gestação. Parte-se da constatação de que as respostas diante da gestação são orientadas por um conjunto de fatores que repercutem na maior ou menor vulnerabilidade da mulher gestante a agravos de sua saúde, sendo eles fatores individuais, contextuais e programáticos (Ayres et al, 2003) que se associam e, portanto, exigem do pesquisador capacidade de articulá-los.

A partir deste ponto de vista, o presente trabalho procura estudar a ocorrência da violência por parceiro íntimo no período da gestação entre usuárias de serviços públicos de atenção primária da Grande São Paulo. Trata-se de uma aproximação do fenômeno através de um desenho da pesquisa que articula técnicas de coleta de dados de natureza quantitativa e qualitativa em sua metodologia, a saber: aplicação de questionários para amostra de usuárias de serviços e realização de grupos focais e de entrevistas em profundidade.

A partir da **abordagem quantitativa**, *estima-se a prevalência de violência por parceiro íntimo durante alguma gestação entre aquelas mulheres que já engravidaram, bem como fatores sócio-demográficos, de saúde reprodutiva, sexual e mental associados à violência na gestação. Este estudo salienta também a história de violência no contexto de vida familiar das mulheres com o objetivo de conhecer se a ocorrência de VPI na gestação está associada ao tipo e à intensidade da violência perpetrada por familiares na vida destas mulheres.* Procura-se assim, a partir de um estudo epidemiológico de corte transversal, identificar características individuais, da relação conjugal e da vida familiar associadas à violência na gestação.

Em uma subamostra composta pelas *mulheres que relataram algum episódio de VPI na vida, é feito breve estudo para se investigar a existência de associação entre o tipo, a gravidade e a frequência de VPI na vida e a ocorrência de VPI na gestação.* Este recorte visa testar a hipótese de que as mulheres que sofrem VPI na gestação apresentam

padrão mais grave de VPI na vida, isto é, maior frequência e gravidade, em relação àquelas que sofrem VPI fora da gestação.

Através da **abordagem qualitativa** dos grupos focais, pretende-se compreender a opinião e percepção de mulheres gestantes sobre vida conjugal, violência, gestação e saúde. Através das entrevistas em profundidade, busca-se conhecer a trajetória individual de vida de mulheres que sofreram violência no período da gestação, com o objetivo de identificar o sentido atribuído ao fenômeno da violência por parceiro íntimo, da gestação e da saúde em suas histórias. A partir das abordagens qualitativas, *pretende-se estudar a existência de atributos específicos ao período gravídico, bem como ao contexto de vida familiar e conjugal que pudessem estar associados aos episódios de violência na gestação*. Como já mencionado, a literatura tem sugerido que situações como gravidez indesejada ou não planejada podem ser elementos determinantes da ocorrência de violência neste período (Campbell et al, 1995; Castro e Ruiz, 2004). Além disto, aspectos sociais, culturais e afetivos também podem estar influenciando a ocorrência desses episódios, como por exemplo, a expectativa ou dúvida da paternidade. Interessa conhecer como estes diferentes elementos operam nos casos concretos, isto é, nas experiências de vida das mulheres participantes.

A combinação destas três estratégias metodológicas procura superar um importante impasse enfrentado nos estudos sobre a violência doméstica contra a mulher, referente à dissociação estabelecida entre as teorias sobre o fenômeno, as investigações empíricas e as propostas de assistência. Esta dissociação tem refletido a distância entre a crescente e já significativa produção de estudos empíricos e as propostas de conceituação ou compreensão teórica do fenômeno no campo dos estudos de gênero. Em grande medida, tal dissociação decorre do fato de esta temática ter surgido como objeto de conhecimento não de alguma ciência social, mas do movimento feminista. Como todos os temas que deram corpo ao campo dos estudos sobre a mulher, ela nasce da urgência sentida por algumas mulheres de atender às vítimas da violência de gênero e de lutar por mudanças jurídicas e por políticas públicas adequadas ao enfrentamento do problema. Nesta conjuntura, os primeiros estudos pareceram estar mais inspirados em denunciar do que em conhecer mais e melhor a problemática.

Atualmente, já tendo sido realizado importante esforço para o reconhecimento da violência como problema social a ser enfrentado, tem sido marcado o impasse na tradução do quadro conceitual desenvolvido nos estudos de gênero para as investigações empíricas, mais especificamente para os estudos quantitativos sobre a magnitude da violência, fatores de risco e suas conseqüências para o desenvolvimento econômico, bem estar familiar e saúde das mulheres. Neste processo, a densidade teórica do conceito de gênero, que procura elucidar o caráter sócio-cultural do fenômeno, acaba por ser reduzida a variáveis individuais, isto é, a características sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação) e comportamentais (principalmente consumo de álcool e drogas) dos parceiros. Como um dos reflexos deste processo, os estudos têm construído caricaturas em torno da violência de gênero, associando-a aos homens quase sempre de baixa escolaridade, de escassos recursos econômicos ou desempregados, com história de violência na família, bem como às mulheres vítimas, receptoras quase passivas da violência (Saffioti, 2000; Castro e Riquer, 2003).

Como comenta Castro e Riquer, *“tal paradoja constituye una falacia metodológica, que consiste, justamente, en reducir un fenómeno de carácter estructural (...) a indicadores individuales. Esto es, en el estudio de la violencia de género no se ha considerado, o no se sabe que se hay que considerar, las mediaciones entre fenómenos a los que se les atribuye carácter estructural, como el patriarcado y su expresión en la conducta individual.”* (2003:137)

Levando em conta esta afirmação, mostra-se importante deslocar o olhar das características econômicas e sócio-demográficas como qualidades individuais dos agentes, para as condições de interação entre homens e mulheres que determinam que alguns e não outros entrem em tramas de violência de gênero. Para tanto, além de isolar e identificar as associações entre as variáveis dependente e independente, é também necessário conhecer as mediações que unem esses fatores. Só assim, os estudos empíricos e a conceituação poderão aproximar-se e contribuir para o aprofundamento da compreensão da heterogeneidade e variedade das relações violentas.

O referencial interpretativo do presente trabalho não está circunscrito ao campo de uma disciplina específica e reflete a articulação de idéias e contribuições de diversas escolas do pensamento. O ponto de partida para a construção deste referencial é o olhar

proposto pelos estudos de gênero (Scott, 1988; Butler, 1998), que, apesar de heterogêneo, permite delimitar um campo epistemológico e delinear caminhos para o trabalho interpretativo da realidade estudada. Os estudos de vulnerabilidade (Ayres et al 2003; Delor e Hubert, 2000) constituem outro ponto de referência por considerar, de modo integrado, o conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também contextuais e programáticos que acarretam na maior susceptibilidade à ocorrência de violência. Além destes olhares, outros como a epidemiologia, a psicologia histórico-cultural e a antropologia contribuem para a construção de uma abordagem dinâmica do objeto, considerando ao mesmo tempo a experiência vivida como fenômeno particular e coletivo. A escolha por um referencial heterodoxo reflete a constatação de que a violência de gênero, sobretudo aquela que ocorre no âmbito da vida familiar e nas relações de intimidade, é fenômeno complexo cuja compreensão parece estar carente de um conhecimento multidimensional, que refaça articulações destruídas pelos cortes entre disciplinas, entre categorias cognitivas e entre tipos de pensamento. Não se trata, como diz Edgar Morin, de almejar dar todas as informações sobre o fenômeno estudado, mas de construir um olhar que respeite as suas diversas dimensões. Neste sentido, a compreensão do fenômeno da violência requer que se abandone as velhas formas de pensamento que fazem reinar a ordem do determinismo, procurando leis e princípios simples que expliquem os fenômenos humanos, em prol de um conhecimento que comporte no seu cerne a incerteza e a pluralidade. Acredita-se que através do poder cumulativo de diferentes pontos de vista fragmentários poderemos fornecer uma perspectiva mais global do objeto aqui estudado, mesmo que formando um conhecimento temporalmente circunscrito e passível de ser superado.

A opção de se investigar a violência entre usuárias de serviços de saúde justifica-se pelo interesse em subsidiar informações para o desenvolvimento de estratégias de assistência a mulheres em situação de violência em nível primário da atenção à saúde. Acredita-se que este trabalho poderá fornecer dados e promover reflexões que auxiliem profissionais e gestores de saúde a compreender certos aspectos da população que assistem.

Além de marcar a relevância do estudo, é importante salientar seus limites para a compreensão do fenômeno tratado. Um primeiro limite é referente à abordagem

quantitativa e diz respeito ao uso de dados secundários produzidos na pesquisa “Ocorrência de violência doméstica e sexual entre usuárias de serviços de saúde da Grande São Paulo”. Esta pesquisa foi elaborada com o objetivo de conhecer a prevalência da violência doméstica e sexual nesta população, além de investigar possíveis relações entre essa violência, certos agravos à saúde e o uso de serviços públicos de saúde. A abordagem da violência por parceiro íntimo durante a gestação não constituiu objeto central daquela pesquisa. Os dados produzidos sobre esta questão, embora importantes para um primeiro panorama da prevalência do fenômeno, não permitem análise mais detalhada sobre o tipo de violência (psicológica, física ou sexual), a gravidade e a frequência da VPI vivida especificamente durante a gestação. Eles fornecem informações exclusivamente sobre a presença ou ausência de algum episódio de VPI durante este período. Portanto, este estudo quantitativo não faz descrição detalhada sobre a ocorrência da violência durante a gestação, mas investiga primeiramente a *magnitude deste evento* (qualquer tipo de VPI na gestação) entre usuárias de serviços públicos de saúde. Em segundo lugar, ele estuda *a existência de algum padrão de violência por familiar na vida das mulheres associados à VPI na gestação, além de identificar alguns fatores sócio-demográficos, de saúde reprodutiva e mental também associados a este evento*. E em terceiro lugar, *realiza uma primeira apreciação acerca de algum padrão relativo ao tipo, frequência e gravidade da VPI na vida entre as mulheres que sofrem VPI na gestação em relação àquelas que a sofrem fora da gestação*. Este último objetivo é realizado com a sub-amostra das mulheres que já sofreram VPI alguma vez na vida e já engravidaram.

Uma outra restrição do estudo quantitativo refere-se à ausência de informações sobre o parceiro. Este fato limita a análise sobre algumas características do relacionamento que podem estar em jogo nas situações de violência, tais como disparidades de raça, de status social, de trabalho, de religião, etc.... A ausência destas informações dificulta a compreensão do modo como as trajetórias de vida e a inserção social dos indivíduos se intersectam nos relacionamentos amorosos, favorecendo a ocorrência de violência. Entretanto, este aspecto do fenômeno será abordado, em sua dimensão subjetiva, nas entrevistas em profundidade.

Outro limite da abordagem quantitativa está relacionado ao fato de ser um estudo de corte transversal que estima, ao mesmo tempo, exposição e desfecho, de forma que a

ambigüidade temporal dificulta a separação entre causa e efeito. Acrescenta-se a isso a possibilidade de importante viés de memória, por indagarmos a respeito da ocorrência de violência na gestação a mulheres de até 49 anos, cujas gestações podem ter sido vividas muitos anos atrás. Este aspecto, todavia, pode reforçar a subnotificação de casos, já bem reconhecida pela literatura como questão importante em pesquisas sobre violência doméstica. Sabe-se que muitas situações são omitidas pelas mulheres quer pela condição de coleta de dados no trabalho de campo, tais como ausência de privacidade e formas inapropriadas de indagação, quer pela banalização do fenômeno entre as mulheres entrevistadas. Além disto, o relato do vivido pode evocar sentimentos de vergonha ou embaraço (Schraiber, 1999). Esses fatores foram, em nossa pesquisa, alvo de especial atenção e tratamento, seguindo recomendação da literatura (WHO, 1998), a fim de minimizar a subinformação, como se discutirá na metodologia. Assim, quer pelo viés de memória, quer pela subinformação, reconhece-se que, mesmo diante de alta magnitude das prevalências encontradas, ainda podemos estar diante de uma subestimação do fenômeno.

Além disto, análise das suscetibilidades à VPI na gestação é norteadas pelo quadro conceitual da vulnerabilidade e salienta, sobremaneira, as dimensões individuais e do contexto social do fenômeno. A análise da dimensão programática restringe-se à percepção das usuárias em relação ao uso dos serviços de saúde nas situações de violência. Desta forma, inúmeros aspectos importantes para a análise da vulnerabilidade programática são deixados de fora, tais como: a avaliação do acesso e da assistência oferecida nos serviços de saúde e nos serviços voltados especificamente à violência doméstica; a investigação das informações que as mulheres possuem acerca destes serviços e o estudo sobre a discriminação das mulheres em situação de violência nos diferentes serviços.

Por fim, vale marcar que este trabalho, embora amplo em suas abordagens, é restrito em seu alcance descritivo e explicativo do fenômeno como um todo. Ao mesmo tempo em que as múltiplas abordagens metodológicas representam a possibilidade de diálogo e de complementaridade de perspectivas, implicam também em limites no aproveitamento do potencial explanatório de cada uma delas. A opção pelo diálogo,

contudo, representa uma tentativa de integração e síntese do conhecimento sobre a violência por parceiro íntimo na gestação, sem a pretensão de esgotá-lo.

Na primeira parte deste trabalho, discute-se o conceito de vulnerabilidade, gênero e de violência, dando destaque à violência de gênero que ocorre na esfera da vida privada entre parceiros íntimos. No segundo capítulo, discute-se a revisão da literatura referente a estudos de natureza quantitativa sobre o tema da violência na gestação, levando-se em conta a prevalência, gravidade e impactos da violência na saúde das mulheres. A metodologia de estudo está desenvolvida no capítulo três, incluindo apresentação dos objetivos e as três estratégias escolhidas; no capítulo quatro apresentam-se os resultados obtidos em cada técnica de coleta de dados e, por fim, no capítulo cinco são traçadas as considerações finais sobre o estudo.

I. A construção de um referencial analítico: *Vulnerabilidade, Gênero e Violência* na perspectiva sócio-cultural e psico-social.

O presente trabalho situa-se no campo de investigação da saúde coletiva e integra-se aos estudos que têm dedicado especial atenção ao nexo entre os aspectos não apenas individuais, mas também do contexto social na determinação de susceptibilidade ao agravamento à saúde. Como dito, orienta-se pela matriz heurística proposta pelos *estudos de vulnerabilidade*, articulando-a ao quadro conceitual dos *estudos de gênero* presentes em outras disciplinas, tais como a epidemiologia, a psicologia sócio-histórica, a antropologia social e a sociologia. A seguir procuramos discutir cada um destes referenciais de modo a construir um panorama integrado que contribua para a análise da violência por parceiro íntimo na gestação de uma perspectiva multidisciplinar.

1. O quadro conceitual da *vulnerabilidade*

Bastante utilizado nas ciências sociais e, mais especificamente, nos estudos acerca das respostas à epidemia do HIV/AIDS, o quadro conceitual da vulnerabilidade tem se mostrado útil aos estudos sobre a violência de gênero. Sua relevância caracteriza-se pelo destaque a aspectos não exclusivamente individuais, mas também do contexto social e dos programas assistenciais, que tornam os indivíduos mais suscetíveis à violência. Por meio da articulação destes diferentes aspectos, esta abordagem procura elucidar as condições da vida cotidiana e da interação entre os indivíduos ou grupos sociais que atuam na maior ou menor exposição às situações de violência.

Ayres et al (2003) definem o conceito de vulnerabilidade como “o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior susceptibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo, inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos”.

Historicamente, as análises da vulnerabilidade social no campo das respostas à epidemia HIV/AIDS surgem como propostas de superação de limites observados nos estudos de risco, particularmente no que se refere à transposição e incorporação dos

dados ali aferidos nas práticas de prevenção e de promoção da saúde. Autores da vulnerabilidade têm defendido o ponto de vista de que os estudos de risco, ao mesmo tempo em que constituíram, e ainda constituem, fonte importante de informação e hipóteses acerca das associações probabilísticas da distribuição populacional das doenças, são insuficientes enquanto fonte de informações para o desenho de práticas de intervenção. Isto porque, nas análises epidemiológicas, a busca pelo isolamento fenomenológico cada vez mais preciso entre as variáveis independente e dependente deixa de incorporar os significados sociais concretos ali implicados, bem como as mediações e as interferências entre os fenômenos, fundamentais para a efetividade das intervenções.

Como afirmam Ayres et al (2003), o conceito de vulnerabilidade visa justamente superar o caráter analítico da epidemiologia e nasce de pretensão quase inversa aos estudos de risco: *“Menos que isolar analiticamente, a grande pretensão é a busca da ‘síntese’. Trazer os elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento para planos de elaboração teórica mais concretos e particularizados, nos quais os nexos e mediações entre esses fenômenos sejam o objeto propriamente dito do conhecimento. O que, para análises de risco consistentes, deve ser cuidadosamente deixado ‘de fora’ é o que constitui a quinta-essência dos estudos de vulnerabilidade – a co-presença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não constante, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço”*(Ayres et al, 2003)

As análises da vulnerabilidade não prescindem do risco, mas salientam o problema de se passar de uma categoria analítica abstrata (o risco) ao desenho de práticas de intervenção sem as necessárias mediações, podendo levar os pesquisadores a conclusões preconceituosas e estigmatizantes, como foi observado com as noções de grupo e de comportamento de risco nas respostas à epidemia HIV/Aids.

No caso das análises acerca da violência de gênero, um exemplo deste problema é a noção de cultura violenta dos pobres. Os estudos de risco, de fato, aferem que a baixa escolaridade e a baixa renda são fatores de risco para a violência, todavia, sem a devida análise das mediações entre a pobreza e a violência, os pesquisadores podem ser levados a realizar interpretações reducionistas na direção de que a cultura dos pobres incita à

violência. Neste sentido, o estudo estaria reforçando concepções elitistas que definem os pobres como “classe perigosa”, da qual emana todo o mal social, a sujeira, a doença, o crime e a loucura (Sarti, 2000). Uma análise mais abrangente desta situação poderia auxiliar a compreensão da relação entre estes dois fenômenos a partir da identificação das condições de vida da população mais pobre dentro da rede social mais ampla em que está inserida. Rede esta que ultrapassa os indivíduos e inclui sua relação com as estruturas sociais de dominação que constituem esta sociedade e o conjunto de aspectos da interação entre os indivíduos, as normas e as leis, a cultura, a política econômica, etc.

Entende-se ser importante discriminar segmentos ou grupos sociais mais expostos à violência para a construção de respostas mais efetivas ao problema, porém supõem-se que esta discriminação deve ser pautada, não pela identidade grupal, mas pela posição que estas pessoas ocupam nas relações que atravessam todo o tecido social.

Neste sentido, a análise das vulnerabilidades tem como meta uma investigação mais ampliada das suscetibilidades aos agravos à saúde, que sintetize diversas dimensões da vida em sociedade. Segundo alguns autores (Mann e Tarantola, 1996; Ayres et al; 2003), esta investigação ampliada deve estruturar-se a partir de três eixos articulados: o individual; o social e o programático.

O **eixo individual (pessoal)** envolve dimensões cognitivas e comportamentais. A dimensão cognitiva refere-se ao grau e à qualidade das informações que os indivíduos dispõem para se proteger e reduzir o risco a determinado problema. A dimensão comportamental refere-se às características pessoais, ligadas ao desenvolvimento emocional, à percepção do risco, bem como à capacidade e interesse em elaborar e incorporar as informações acerca do risco nas práticas do cotidiano.

O **eixo social** diz respeito ao modo como aspectos contextuais, tais como, escolarização, acesso aos meios de comunicação, disponibilidade de recursos materiais e organização política, influenciam a obtenção de informação e a possibilidade de incorporá-la nas práticas protetoras.

E por fim, o **eixo programático** refere-se aos esforços programáticos voltados à proteção dos indivíduos especificamente em relação a determinado problema, no caso, a violência doméstica contra a mulher. Segundo Mann e Tarantola (1996), o eixo programático é definido de forma abrangente e envolve três principais elementos de

prevenção: a) informação e educação; b) serviços de saúde e sociais; c) esforços para reduzir a discriminação em relação às pessoas envolvidas em determinado problema.

Acredita-se que a articulação de informações sobre estes três eixos pode garantir um conhecimento sobre as suscetibilidades populacionais construído com base na consistência lógica, na coerência empírica e na evidência prática de uma certa relação parte-todo. Diferentemente dos estudos de risco, a análise da vulnerabilidade não produz um conhecimento sempre demonstrável em termos probabilísticos, mas ela expressa um saber sobre os potenciais de adoecimento e não adoecimento de todo e cada indivíduo, sempre passível de contra-argumentação lógica, empírica e prática. Ela não produz, portanto, um conhecimento que almeje e viabilize generalizações a outras populações, mas que se valida como “conhecimento objetivo com base no seu sucesso em particularizar relações parte-todo identificadoras de situações cujo conhecimento permita intervir sobre a suscetibilidade das pessoas ao agravamento em questão.” (Ayres et al 2003).

No caso da violência por parceiro íntimo especificamente, tem-se observado que as intervenções calcadas em decisões definitivas, apoiadas exclusivamente em princípios de punição e incriminação do agressor, não se mostram efetivas, por desconsiderar elementos subjetivos que entram em jogo em cada decisão. É bastante alto o número de mulheres que, depois de recorrer às Delegacias de Defesa da Mulher para dar queixa do companheiro, a retira ou não dá prosseguimento ao processo, por não identificar, no sistema penal, a solução para seu conflito. Em muitos casos, o que as mulheres desejam é assustar ou intimidar o companheiro e forçá-lo a cessar seus comportamentos violentos, mas não incriminá-lo. Desta forma, constata-se que compreender e intervir nas situações de violência por parceiro íntimo implica a possibilidade de se aceitar, entre outras coisas, a existência de contradição e ambigüidade nas ações dos indivíduos. Entende-se, assim, que a compreensão das intervenções como apoios sociais na redução da vulnerabilidade social e programática não estabelece relação mecânica com as decisões de comportamentos de cada qual, não obstante ofereça bases para a redução da vulnerabilidade individual em populações. É por esta razão que os autores tem acentuado que o êxito das intervenções está diretamente associado a abordagem articulada dos três eixos citados.

Associados aos três eixos de análise acima descritos, outros autores (Delor e Hubert, 2000) têm sugerido análise da vulnerabilidade social em três níveis - o da trajetória social, o da interação de trajetórias e o do contexto social – que salientam dimensões psicológicas das suscetibilidades aos agravos à saúde. Este recorte analítico leva em conta o processo de construção da identidade como ponto central de integração das diferentes dimensões da vulnerabilidade. Embora estes autores tenham se dedicado ao estudo da vulnerabilidade com enfoque no campo das respostas à epidemia do HIV/AIDS, sua proposta de análise parece bastante relevante para o estudo das suscetibilidades à violência por parceiro íntimo, como se tenta mostrar a seguir.

Segundo Delor e Hubert, o nível da **trajetória social** refere-se aos ciclos de vida, à identidade, à mobilidade social, aos *projetos de vida* e à percepção do futuro de cada indivíduo, que se associam à exposição ao risco de adoecimento ou agravo à saúde e à adoção de estratégias de proteção. Neste nível de análise, leva-se em conta as diferentes fases no curso de sua vida, que podem ser comuns a diversos indivíduos. Por exemplo, no caso da violência doméstica na gestação, pode-se observar que as transformações da fase do namoro para o casamento e aquela do casamento sem filhos para a maternidade e a paternidade são fases que se caracterizam por importantes mudanças de estilo de vida ou padrão identitário e podem ter sentidos compartilhados por diversos indivíduos. Assim, o momento em que cada indivíduo se encontra no curso de sua vida parece ser decisivo para a compreensão de sua posição no relacionamento conjugal/amoroso e do risco de violência a ele associado.

Este nível de análise remete ao conceito de *crises evolutivas*, bastante utilizado por autores da psicologia que estudam a gestação (Cury, 1997). Segundo este conceito, existem períodos da vida de uma pessoa, em que a emergência de eventos naturais ou acidentais exige respostas adaptativas. Tal período, denominado período transicional, é caracterizado por transtornos na área afetiva e intelectual e implica a utilização de novos recursos e soluções, que contribuirão, na medida de sua realização, para o desenvolvimento da personalidade do indivíduo e para o surgimento de novo período de equilíbrio. As fases de *crises evolutivas* parecem ser momentos críticos na determinação da violência e nas atitudes perante este evento.

O nível da **interação** refere-se às relações de poder e *status* social que entram em jogo quando duas trajetórias se encontram. De fato, a violência por parceiro íntimo requer a participação de ao menos duas pessoas e, portanto, envolve a interação de duas trajetórias, na qual os indivíduos podem adotar comportamentos violentos de acordo com sua posição na interação.

O nível do **contexto social** refere-se às normas sociais e culturais relacionadas ao evento estudado. No caso da violência doméstica e sexual refere-se ao gênero, ao matrimônio, à família, às leis referentes à família, à guarda da criança, ao aborto e às forças econômicas ligadas ao mercado de trabalho que influenciam o encontro entre as trajetórias.

Segundo ainda Delor e Hubert, estes três níveis são sintetizados e situados dentro do processo de construção de identidade, entendido como o processo direcionado à manutenção, à expansão ou à proteção do espaço no qual cada sujeito é socialmente reconhecido. O risco da violência, do adoecimento e do abandono são exemplos de situações que exigem de cada pessoa constante reconstrução de sua identidade, através da qual ela faz uma síntese dos três níveis acima descritos.

Assim, os autores chegam à seguinte definição de vulnerabilidade: “ao definir o processo de estruturação da identidade como atividade de síntese, constante e indispensável, que envolve as estratégias com que cada indivíduo lida com o risco e com a inclusão social, pode-se deduzir que as situações de vulnerabilidade são as circunstâncias durante as quais este exercício vital é o mais sofrido, difícil e perigoso³” (Delor e Hubert, 2000).

Em suma, os eixos de análise propostos por Delor e Hubert parecem bastante relevantes para o estudo das suscetibilidades à violência por parceiro íntimo na gestação, por se tratar de um tema que envolve os seguintes aspectos: a) a gestação constitui momento da trajetória social que envolve passagem de um padrão identitário (identidade de marido e esposa) para outro (identidade de pai e mãe). Muitas vezes representa, concomitantemente, momento de passagem da vida solteira para a vida em comum; b) os episódios de violência envolvem interação de, ao menos, duas trajetórias, que pode engendrar uma gama complexa de disparidades sociais, relativas ao gênero e ao status

³ Tradução feita pela autora deste trabalho

social. Além disto, os indivíduos carregam práticas de sentido diversas a respeito da gestação, paternidade e maternidade, de acordo com a história de vida e a inserção social de cada um; c) a gestação é um fenômeno social imbuído de normas, valores e simbolismos sociais, determinantes no modo como cada indivíduo/casal irá relacionar-se com sua ocorrência; d) nas práticas de saúde, a mulher gestante é população alvo de inúmeros programas de saúde, embora a violência seja tema ainda pouco abordado neste contexto.

Por fim, vale ressaltar que a adoção da perspectiva da vulnerabilidade tem por base o entendimento da obsolescência de intervenções que pressupõem um modelo de indivíduo solo (independente, isolado), que pode ‘escolher’ ou ‘decidir’ correr um risco ou ser influenciado por campanhas para alteração de seu exclusivo comportamento. A *vulnerabilidade* propõe a urgência de abandonar tais compreensões parciais e individualizantes em prol de concepções que incluam dimensões contextuais, intersubjetivas, afetivas e identitárias que estão em jogo nas interações humanas. A violência por parceiro íntimo é certamente um fenômeno social que requer daqueles que buscam compreendê-lo capacidade de lidar com a dialética razão/paixão, com o incerto e com a ambigüidade.

A análise do material empírico produzido neste trabalho procura sintetizar dados obtidos no estudo epidemiológico, nos grupos focais e nas entrevistas em profundidade, utilizando-se como eixos norteadores os três níveis da análise da vulnerabilidade propostos por Delor e Hubert (2000). A dimensão programática da vulnerabilidade, como já mencionado, é analisada de modo bastante introdutório, demandando futuro aprofundamento, pois é extremamente relevante para a compreensão integral da vulnerabilidade à VPI na gestação.

Nesta tentativa de integração dos dados obtidos por meio destas três abordagens metodológicas buscou-se elaborar um quadro compreensivo mais amplo sobre a suscetibilidade da população estudada à VPI durante a gestação, que compreenda aspectos **objetivos** e **subjetivos**, como é discutido no capítulo III, sobre os aspectos metodológicos.

2. As teorias de gênero

A despeito da diversidade de elaborações do conceito de gênero, há acordo entre os teóricos de que ele representa a construção social do masculino e do feminino e constitui um dos mais importantes princípios ordenadores da sociedade (Scott, 1988; Barbieri, 1991; Lauretis, 1994). Essa concepção se contrapõe àquelas que supõem o determinismo anatômico sobre as diferenças entre os sexos e marca a articulação das forças sociais na produção de seres humanos “sexuados”.

A discussão acerca de gênero como categoria de análise surge em fins dos anos 60, na tentativa de superação de teorias feministas bastante difundidas nos meios acadêmicos e políticos da época (Scott, 1988). O caráter inovador desta discussão, embora esteja longe de constituir um campo homogêneo, levou, entre outras coisas, à substituição do objeto de estudo *mulheres* para as *relações sociais de gênero*.

Gênero representa um modelo teórico construído como resposta à insatisfação de pesquisadores diante das três principais matrizes explicativas sobre as diferenças entre os sexos: a) aquelas que procuravam explicar as origens do patriarcado; b) aquelas que seguiam a tradição marxista e procuravam acomodar as críticas feministas a elas e c) aquelas que, a partir de teorias psicanalíticas, preocupavam-se em explicar a produção e reprodução de identidades subjetivas de gênero (Scott, 1988).

A crítica à noção de *patriarcado* refere-se à caracterização das desigualdades sexuais por uma fórmula única e universal, a partir da apropriação indiferenciada deste conceito às diversas formas de dominação masculina, em contextos históricos e culturais distintos. Como afirma D'Oliveira (1996) “esses estudos terminam por absolutizar o conceito, impedindo distinguir o patriarcado como forma social e histórica específica”. (p.18)

Segundo Barbieri (1991) esse conceito, embora tenha sido importante politicamente, é vago e vazio de significação. Como afirma:

"La categoría patriarcado era en realidad un concepto vacío de contenido, plano desde el punto de vista histórico, que nombraba algo, pero no transcendía esa operación, de tal vaguedad que se volvió sinónimo de dominación masculina, pero sin valor explicativo. Desde el punto de vista político pudo ser útil para la movilización, pero no resistió la polémica con los críticos del feminismo y no permitía imaginar proyectos viables de superación de la dominación"(p.28)

Scott (1988) critica o fato de essa matriz explicativa patriarcal afirmar a existência de certa “necessidade” masculina em dominar as mulheres como forma de desalienação dos meios de reprodução da espécie. Segundo ela, os autores que adotam essa perspectiva embora considerem o caráter social das relações entre os sexos, pressupõem uma inerente desigualdade proveniente do fato de as mulheres terem para si o papel reprodutor. Isto é, apóiam suas teorias nas diferenças anatômicas como se estas tivessem significado imutável, fora das construções sociais e culturais. Outra crítica de Scott às teorias do patriarcado, refere-se ao fato de elas terem se restringido ao funcionamento interno do sistema de gênero, afirmando sua primazia na estrutura social, sem relacioná-lo a outras desigualdades sociais, tais como as de classe e etnia.

A crítica da transposição das teorias *marxistas* para a análise das relações de gênero se justifica, segundo Scott, pela limitação deste referencial, criada pela auto-imposição do determinismo econômico. Os autores que seguem tal corrente de pensamento partem de dois pressupostos: o da separação entre condições materiais e pensamento e o da determinação do primeiro sobre o segundo, de modo que a organização das relações de gênero, familiares e sexuais, é vista como subordinada às transformações no modo de produção. A desigualdade de gênero é percebida como produto da dominação econômica e sexual de um grupo sobre outro, a partir de interesses determinados, universais e absolutos. É o interesse de uma classe econômica sobre a outra. Desta forma, as identidades de uma classe são tidas como definições de si, determinadas objetivamente a partir de necessidades e interesses materiais. Assim, este referencial teórico marxista apresentava grandes restrições para a análise das relações de gênero uma vez que não atribuía a elas status analítico independente.

O aproveitamento das *teorias psicanalíticas* pelo feminismo também foi objeto de crítica pelos teóricos de gênero devido a seu enfoque restrito às relações familiares e à esfera doméstica. Isto foi percebido como fator limitante das possibilidades interpretativas e da conexão entre o indivíduo e o sistema social mais amplo.

Nesta mesma direção, Lauretis (1994) aponta também a limitação dos estudos voltados às diferenças entre os sexos por eles reduzirem o pensamento feminista à oposição entre Homem e Mulher, universalizando estas categorias e, conseqüentemente,

negando as diferenças internas a elas. Isto é, para a autora, “o conceito de diferença sexual torna muito difícil, se não impossível, articular as diferenças entre mulheres e Mulher, isto é, as diferenças entre as mulheres ou, talvez mais exatamente, as diferenças nas mulheres”(207). Essa noção universalista das diferenças entre os sexos acaba impossibilitando o entendimento dos processos e atuação dos indivíduos na modificação dos papéis masculinos e femininos, além de ignorar a produção e reprodução das relações de poder entre os próprios homens e as próprias mulheres.

Connell (1997) complementa essa idéia, defendendo a inexistência de uma única manifestação de masculinidade e a necessidade de se levar em conta a diversidade de tipos de masculinidades, que correspondem a diferentes inserções dos homens na estrutura social, assim como diferentes trajetórias e estágios do seu ciclo vital.

Apesar de alguns consensos quanto ao caráter social e histórico das representações de gênero, por exemplo, bem como quanto à sua importância na hierarquização das relações humanas, os estudos de gênero ainda constituem um campo heterogêneo, sobretudo no que se refere à base epistemológica. Não cabe aqui desenvolver análise aprofundada sobre esta questão. Procuramos, todavia, mapear um enfoque que tem se destacado na discussão sobre o tema e que contribuirá para a análise proposta neste trabalho.

Algumas autoras de gênero defendem a idéia de que o caráter inovador deste conceito deve-se à incorporação do novo campo epistemológico proposto pelo filósofo Michel Foucault⁴. Entre estas autoras podemos citar algumas como Joan Scott, Judith Butler, Margareth Rago e Teresa de Lauretis.

Estas idéias contribuíram enormemente para o enriquecimento da análise das relações desiguais entre os sexos, por elas conjugarem as diferenças sexuais às complexas forças econômicas, sistemas legais, formas de produção, conhecimentos científicos e religiosos e movimentos sociais. Foram idéias importantes que enfatizaram as nuances, as diferenças, as margens e os efeitos das relações de força locais e pontuais dispersas no corpo social, não deixando de reconhecer as linhas que as unem e criam efeitos globais

⁴ O pós-estruturalismo francês e o pós-modernismo são as correntes de pensamento tidas como mais significantes nos estudos de gênero, destacando a produção de autores tais como Jacques Derrida, Michel Foucault, François Lyotard, Luce Irigaray, entre outros. No presente trabalho,

como as grandes dominações. Essas forças locais e pontuais poderiam ser entendidas como as relações entre pais e filhos, entre homem e mulher, entre professor e aluno, entre padre e confessor, entre chefe e empregado, entre administração pública e população, por exemplo. Dispersas na trama das relações sociais, essas forças se ligam e produzem ordenações sociais globais tais como: gênero, raça, classe social, nacionalidades, religiões, entre outras.

Este novo campo epistemológico põe em questão a relação que se estabelece entre a produção do conhecimento, a revelação do real e a construção do discurso. O discurso ou o saber, na concepção de Foucault, constitui-se como o caminho através do qual as relações de poder são construídas dentro de cada sociedade. O saber refere-se não apenas a idéias, mas a instituições, estruturas, práticas cotidianas, rituais, isto é, a tudo o que constitui as relações humanas. Assim representa um meio de ordenação do mundo, não anterior às relações sociais, mas inseparável delas. Desta sorte, o poder não tem apenas caráter repressor ou proibidor, mas também produtor de verdades, disciplina, comportamentos, desejos e sentimentos.

O autor evidencia que o poder não é algo possível de ser adquirido, arrebatado ou retido, mas ele *"se exerce a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis"* (Foucault, 1988:90). Esse poder móvel e descentralizado estaria em toda parte *"não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares"* (idem p.89). Para ele, o poder não se possui e, portanto, não está retido nas mãos de um determinado grupo social, mas pelo contrário, ele é efeito de incessante produção de saberes na trama das relações sociais.

Aspecto muito interessante desta concepção é o de que o poder não se funda na oposição binária e global entre dominadores e dominados, numa dualidade que repercute de alto para baixo, da relação Estado X sociedade. Pelo contrário, ele *"vem de baixo"*, das microrelações, *"aparece como correlação de forças múltiplas que se formam e atuam nos aparelhos de produção, nas famílias, nos grupos restritos e instituições e serve de suporte a amplos efeitos de clivagens que atravessam o conjunto do corpo social"*. Estas formam, então, uma linha de força geral que atravessa os afrontamentos locais e os liga entre si.

todavia, daremos foco à contribuição de Foucault, por ser considerada uma das mais importantes na produção teórica de gênero.

Não existe, portanto, um discurso do poder de um lado e, em face dele, um contraposto, que resiste a ele. Os discursos são múltiplos e polivalentes, isto é, formam "uma série de segmentos descontínuos" que podem entrar em estratégias diferentes de poder. Como mostra o autor:

"Os discursos, como os silêncios, nem são submetidos de uma vez por todas ao poder, nem opostos a eles. É preciso admitir um jogo complexo e instável em que o discurso pode ser, ao mesmo tempo, instrumento e efeito de poder, e também obstáculo, escora, ponto de resistência e ponto de partida de uma estratégia oposta. O discurso veicula e produz poder; reforça-o mas também o mina, expõe, debilita e permite barrá-lo. Da mesma forma o silêncio e o segredo dão guarida ao poder, fixam suas interdições; mas também afrouxam seus laços e dão margem a tolerâncias mais ou menos obscuras"(p.96).

A polivalência dos discursos implica, portanto, que cada situação considerada seja estudada a partir da articulação dialética parte/todo, para que seja possível delinear o complexo caminho das relações de poder.

Foi, então, sob influência destas idéias de Foucault, junto a contribuições de outros autores chamados de pós-estruturalistas ou pós-modernistas, que os teóricos de gênero construíram e ainda estão construindo seu arcabouço teórico. Joan Scott (1988), em artigo de grande repercussão sobre o tema⁵, definiu gênero a partir de duas proposições: *"como elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças entre os sexos e como caminho primordial de significação de relações de poder"*⁶ (Scott,1988:42). Isto é, a autora entende gênero como um modo primeiro de ordenação do mundo a partir da produção de saberes que estabelecem significados às diferenças anatômicas entre os sexos e constroem relações de poder entre eles.

Neste mesma direção, Tereza de Lauretis (1994) propõe, a partir da teoria do sexo de Foucault, pensar o gênero como produto de tecnologias sociais, de discursos, de epistemologias, de práticas institucionalizadas, bem como de práticas da vida cotidiana que constituem indivíduos concretos em homens e mulheres. A este processo social a autora dá o nome de "tecnologia do gênero" e faz analogia com as tecnologias que

⁵ Scott, J. Gender: A useful Category of Historical Analysis (1988).

⁶ Tradução feita pela autora deste trabalho.

produzem bens de consumo. Quer dizer, entende que assim como se produzem roupas, carros e eletrodomésticos, produzem-se seres humanos sexuados.

Desta forma, entende-se que as relações de gênero constituem componente ordenador da vida em sociedade e as políticas de gênero funcionam como determinantes centrais dos destinos coletivos (Connell, 1997). Concorde-se que este conceito enfatiza, não apenas os processos de opressão e submissão feminina, mas também os discursos e práticas sociais que colocam tanto os homens quanto as mulheres neste ordenamento sexual. A partir deste enfoque, pode-se extrair que a perspectiva de gênero trata das relações entre homens e mulheres como entre mulheres e entre homens. A adoção da perspectiva de gênero, no seu caráter relacional, portanto, permite que se ultrapasse concepções binárias e se compreenda as diferentes construções e significações de masculinidades e feminilidades, nos diferentes contextos sociais e pessoais.

O conceito de gênero permite a superação da separação da realidade social em esfera privada - família, sexualidade e afetividade -, e esfera pública - trabalho e produtividade. Ela marca a inter-relação destes espaços nos quais os homens e mulheres são diferentemente afetados em cada um deles. Gênero constitui-se como campo de articulação de forças sociais que atravessa todos os espaços da estrutura, mas não como força centralizada e unificada em alguma instância específica, e sim como rede de relações que permeiam e ordenam o corpo social em geral. *"Encontramos la configuración genérica de la práctica en cualquier forma que dividimos el mundo social y en cualquier unidad de análisis que seleccionemos"* (Connell, 1997: 36). Além da vida individual e familiar, que constituem as configurações de gênero mais conhecidas e são a base das noções do senso comum de masculinidade e feminilidade, os discursos, a ideologia, a cultura e também o Estado, os locais de trabalho e as escolas também são ordenados em gênero.

Gênero e ação do sujeito

Importante questão colocada no debate sobre gênero e que tem impacto para a discussão desenvolvida no presente trabalho diz respeito à capacidade de agir do sujeito. Mais precisamente, diz respeito à controversa discussão sobre a possibilidade de reconfiguração significativa e consciente das relações culturais e políticas, isto é, da

transformação e da prática política. Esta complexa questão parece ser muito significativa no percurso dos estudos de gênero, uma vez que irá destacar a presença mais ou menos marcada dos espaços de transformação ou as margens da construção social dos gêneros.

O debate sobre este tema é extenso nas ciências humanas e na filosofia e tem sido dividido, *grosso modo*, entre aqueles que enfatizam a ação do homem como forma de superação da realidade social dentro de seu campo de possibilidades e aqueles que destacam a força dos processos de reprodução (manutenção ou conservação) das estruturas sociais.

Na construção de um olhar sobre os fenômenos humanos, Jean-Paul Sartre descreve a *ação* como relação simultânea entre fatores reais que a condicionam e um objeto que ela tenta fazer nascer, a vir a ser. Este esforço de superação de uma situação presente, dentro dos limites da realidade histórica e social em que está inserido, é o que o autor chama de *projeto* e o entende como dimensão ontológica. Compreende que essas condições materiais da existência circunscrevem um campo de possibilidades e impulsionam a ação do sujeito em direção àquilo que lhe falta, mesmo que este sujeito não se reconheça naquilo que fez e esteja alienado em relação às suas ações. Neste sentido, ele se recusa a pensar o homem alienado como ente que age mecanicamente em relação às determinações sociais.

Ressalta a autor: “Assim, a alienação pode modificar os resultados da ação, mas não sua realidade profunda. Recusamos confundir o homem alienado com uma coisa, e a alienação com as leis físicas que regem os condicionamentos de exterioridade. Afirmamos a especificidade do ato humano, que atravessa o meio social, conservando-lhe as determinações e que transforma o mundo sobre as bases de condições dadas. Para nós, o homem caracteriza-se antes de tudo pela superação de uma situação, pelo que ele chega a fazer daquilo que se fez dele, mesmo que ele não se reconheça jamais na sua objetivação. Esta superação, encontramos-na na raiz do humano e de início na carência(...)”. (Sartre, 1967:77)

Assim, defende o autor que por mais restrito e reduzido que seja o campo de possibilidades, ele sempre existe. Mas não o imagina como zona de indeterminação, mas pelo contrário, como região fortemente estruturada, que depende da história e que envolve suas próprias contradições.

Representando perspectiva diversa, Pierre Bourdieu, sociólogo francês que se dedicou extensamente ao estudo da teoria da prática humana, enfatiza a força das estruturas sociais na determinação das ações humanas. Propõem que “*Tudo se passa*

como se o futuro objetivo, que está em potência no presente, não pudesse advir senão com a colaboração ou até a cumplicidade de uma prática que, por sua vez, é comandada por esse futuro objetivo; como se, em outras palavras, o fato de ter chances positivas ou negativas de ser, ter ou fazer qualquer coisa predispucesse, predestinando, a agir de modo a que essas chances se realizem” (1998:111). Por trás deste pensamento Bourdieu discute a noção de habitus como princípio que promove esta ‘causalidade do provável’, e que se constitui como matriz geradora de respostas previamente adaptadas (mediante uma improvisação permanente) a todas as condições objetivas idênticas ou homólogas às condições de sua produção.

Embora Sartre e Bourdieu sejam ambos críticos das teorias mecanicistas que entendem a ação humana mecânica e linearmente como resposta às determinações sociais, apresentam visões bastante diversas sobre as práticas. Bourdieu não adota a noção de projeto e, embora apresente o ajuste de prática como dotado de criatividade e criador de inovação, salienta a força inercial do grupo, depositada em cada organismo sob a forma de esquemas de percepção, apreciação e ação que tendem, com mais firmeza do que todas as normas explícitas, a assegurar a conformidade das práticas para além das gerações. Ainda assim, admite na reprodução um agente de prática ativo.

Em geral os estudos de gênero têm adotado enfoque que articula estas duas perspectivas, analisando em cada contexto, quais são as configurações existentes de discurso e de poder que viabilizam ou impedem que os sujeitos tenham espaço para a criatividade e superação de uma realidade social. É justamente a ação do sujeito o que permite que ele resista, reconfigure e retrabalhe significativamente as relações sociais em que está engendrado. Mas, esta capacidade de agir não é garantida *a priori*, é sempre e somente uma prerrogativa política, sendo fundamental o questionamento das condições concretas e particulares de sua possibilidade. Neste sentido, ressalta Butler “(...) precisamos perguntar que possibilidades de mobilização são produzidas com base nas configurações existentes de discurso e de poder. Onde estão as possibilidades de retrabalhar a matriz de poder pela qual somos constituídos, de reconstituir o legado daquela constituição, e de trabalhar um contra o outro os processos de regulação que podem desestabilizar regimes de poder existentes? Pois se o sujeito é constituído pelo poder, esse poder não cessa no momento em que o sujeito é constituído, pois esse sujeito

nunca está plenamente constituído, mas é sujeitoado e produzido continuamente”(1998;31).

Historicamente, observa-se que há sujeitos que têm se constituído mediante a exclusão, isto é, mediante a criação de domínios de sujeitos desautorizados, figurando como pré-sujeitos, em representações de degradação, como populações apagadas da vista. No caso das relações de gênero, mais especificamente no que se refere à condição das mulheres, vale lembrar o comentário de Marilena Chauí:

“Percebida fundamentalmente como corpo, a mulher passa pelo crivo desse duplo discurso (o científico e o filosófico), que tem a peculiaridade de ser um discurso masculino. (...) Ao considerá-lo discurso masculino, o que queremos simplesmente notar é que se trata de um discurso que não só fala de “fora” sobre as mulheres, mas sobretudo que se trata de uma fala cuja condição de possibilidade é o silêncio das mulheres”(p.43).

Neste sentido, Chauí conclui

“(...) a forma e o conteúdo da “natureza”, da “vontade”, da liberdade femininas nunca foram determinadas do interior, mas sempre do exterior, nunca pelas próprias mulheres a partir de sua interioridade/exterioridade vivida e refletida, de tal modo que a passagem do “ser natural” ao “ser com vontade” e daí para o “sujeito livre” foi feita sob a forma de uma outorga da subjetividade às mulheres. Em resumo, há discurso sobre as mulheres e não das mulheres (...) Recebendo de outrem a consciência e a liberdade, as mulheres foram, afinal, mantidas como coisas naturais, às quais acrescentou-se a coisificação típica do modo de produção capitalista.”(Chauí, 1985:46)

O que Chauí irá ressaltar é que definidas por um discurso exterior a elas, que as percebem como coisa/corpo e as reduzem à função da maternidade, as mulheres ficam privadas da autonomia para falar, pensar e agir. Caracterizadas pela ‘sensibilidade’, qualidade considerada pela ciência e pela filosofia como forma menor de pensamento racional, as mulheres são excluídas do exercício do pensamento abstrato, do acesso ao universal, da própria ciência, da filosofia, das artes e da política.

A atual prevalência das idéias de democracia de gênero, de raça e de classe social tem dificultado a percepção da discriminação vigente no Brasil, comprovada em dados estatísticos, que posiciona desfavoravelmente mulheres e negros e lhes proporciona enorme dificuldade de ascensão social. Além disto, embora homens e mulheres sejam reconhecidos com legalidade e legitimidade formais idênticas, existe também normatividade diversa para cada um deles. Esta normatividade, que constitui o conjunto

de práticas morais da sociedade, tem transformado ao longo da história os direitos e deveres das mulheres em direitos e deveres localizados sobremaneira na esfera da vida privada (Chauí, 1985).

Este processo fica evidente ao se considerar os critérios para incriminação e punição, historicamente definidos em função de um tipo ideal de cidadania calcado na figura do homem branco de classe alta e média (Pitangy, 2003). Como esse grupo social tem dominado os recursos econômicos e o poder político, definindo as fronteiras da ordem e desordem, diversos grupos sociais são excluídos. No que se refere mais especificamente ao reconhecimento social da violência de gênero, analisado pelo prisma da exclusão e fragmentação dos direitos da cidadania, observa-se um perverso quadro em relação ao que é definido como violência. Um exemplo é a ausência de lei específica sobre violência doméstica. Mesmo havendo leis que protejam mulheres e crianças da violência familiar, nenhuma delas faz menção à violência psicológica, forma sutil e menos comprovável, mas muito freqüente e por vezes, mais nociva que a física (Pimentel et al, 1999). Neste sentido, torna-se bastante urgente refazer a pergunta elaborada por Butler: “ *Quem se qualifica com um ‘quem’, que estruturas sistemáticas de privação de poder tornam impossíveis para certas partes injuriadas invocar o ‘eu’ efetivamente dentro de uma corte de justiça*” (Butler, 1998;32).

Poderíamos também fazer estas mesmas perguntas quando se trata das definições de saúde e doença. Como bem marcou Pitangy, “(...) esses conceitos não se definem apenas nos manuais classificatórios da medicina. Eles se constroem também, e de forma concomitante, no imaginário coletivo e nas representações individuais, que estão impregnados pelas relações sociais e de poder vigentes na sociedade” (2003; 329). Neste sentido cabe perguntar, quais são as estruturas sistemáticas de privação de poder que tornam impossíveis para certas partes injuriadas invocar um “eu” nos serviços e práticas de saúde? Como as relações de gênero estão sendo construídas e reproduzidas nas definições do que é ou não objeto da saúde?

Em suma, os autores de gênero irão dizer que as condições de ação do sujeito ou de reprodução das estruturas sociais irão ser qualitativa e quantitativamente diferentes de acordo com as configurações existentes de discurso e de poder em cada época e contexto social. É fundamental observar, contudo, que na sociedade contemporânea, apesar da

grande iniquidade de gênero e raça, algumas mulheres têm conseguido retrabalhar a matriz de poder pela qual foram constituídas, abrindo espaço para a ação política e para transformações tanto nas esferas da vida privada como na pública.

Os estudos de gênero sinteticamente discutidos acima construíram, ou estão construindo, um arcabouço teórico capaz de aprofundar as formas de estudar as relações de desigualdade, dominação e submissão que se apóiam nas diferenças anatômicas sexuais. Tais estudos constroem o conceito de gênero como categoria de análise e evidenciam o gênero como categoria histórica e social.

Assim, ao considerar os aspectos sociais e históricos da relação homem-mulher, homem-homem e mulher-mulher, bem como os diversos dispositivos e forças sociais envolvidos nestas relações, o conceito de gênero responde à necessidade de ampliar as matrizes explicativas para a compreensão da diversidade e complexidade destas práticas sociais.

Em nosso estudo, em particular, a compreensão das relações de gênero no contexto da reprodução humana e da gestação permite a aproximação dos conflitos de gênero nestas situações e a produção dos dados empíricos que explorem, na mesma direção, a violência contra a mulher na gestação, explicitando-a e qualificando-a como parte da violência de gênero.

3. A questão da violência

Apesar do reconhecimento, ainda que inicial, da necessidade de reflexão e intervenção no problema da violência, o debate sobre o tema enfrenta a dificuldade de sua definição. O termo violência abrange ampla gama de significações e a delimitação precisa do problema é uma das grandes questões para o campo. Como afirma D'Oliveira (2000), não existe uma definição única e consensual para o problema da violência contra a mulher. As diversas concepções existentes na área do feminismo e da saúde pública apresentam dificuldades, sobretudo, no que se refere à inter-relação entre gênero e violência. Uma das grandes discussões no tema, já trabalhadas pela autora (D'Oliveira, 1996) diz respeito à amplitude dos limites daquilo que é considerado violência. Afirma que os pesquisadores se dividem entre aqueles que acham que toda discriminação de gênero é uma forma de violência, até aqueles que defendem limites estreitos para o conceito, geralmente ancorados em lesões físicas intencionalmente produzidas (D'Oliveira, 2000).

Diante deste desafio, procuramos discutir a seguir a idéia de alguns autores sobre as fronteiras de tal conceito no âmbito das questões de gênero, de modo a delimitar com maior precisão o objeto aqui estudado.

Definindo a violência de gênero

Buscando compreender a violência nas relações entre os sexos, Marilena Chauí (1985) recorre à conceituação filosófica de violência, que distingue o conceito de poder do de relação de força. Poder para a autora é a *"capacidade coletiva de tomar decisões concernentes à existência pública de uma coletividade, de tal maneira que seja expressão de justiça, espaço de criação de direitos e garantia do justo pelas leis, sem coação (p.34)"*. A violência, por sua vez, ao invés de ser tomada como violação ou transgressão de normas, regras e leis, é definida a partir de dois ângulos: 1. como *"conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior"* e 2. como *"ação que trata um ser*

humano não como sujeito, mas como coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência" (p.35) Segundo a autora, a violência, embora seja um tipo específico de relação de força, destaca-se desta pelo fato de que nesta está implícita a intenção de aniquilamento da relação pela destruição de uma das partes, enquanto a violência visa manter a relação, mantendo as partes presentes uma para a outra, sendo que uma delas porém é anulada em sua diferença e submetida à vontade e à ação da outra. Desta forma, a autora entende a violência como desejo de sujeição ou supressão da vontade do outro que consente em ser suprimido em sua diferença. A violência, assim como as relações de força são, neste caso, a ausência de poder.

Assim constata a autora:

"A violência perfeita é aquela que obtém a interiorização da vontade e da ação alheias pela vontade e pela ação da parte dominada, de modo a fazer com que a perda da autonomia não seja percebida nem reconhecida, mas submersa numa heteronomia que não se percebe como tal. Em outros termos, a violência perfeita é aquela que resulta em alienação, identificação da vontade e da ação de alguém com a vontade e a ação contrária que a dominam. Sob esse aspecto, podemos falar em sociedade violenta e em Estado violento, mas não é possível falar em poder violento, desde que entendamos o poder como exercício e reconhecimento efetivo de direitos e da prática política. O poder não exclui a luta. A violência, sim"(p.35).

O conceito de violência aqui exposto engloba tanto os processos e ações repressivos como os mecanismos ideológicos que naturalizam diferenças arbitrárias em desigualdades, fazendo com que tanto os dominados como os dominadores sejam inseridos nesta ordem de relações, reproduzindo-a e nutrindo-a. Os mecanismos sociais que produzem a desigualdade são eles próprios considerados violentos.

Observa-se que, no que se refere às relações de gênero, essa definição de violência abrange todo o processo de naturalização das desigualdades entre os sexos, na forma de dominação masculina. Assim, incluem todos os saberes e discursos que são responsáveis por tornar o âmbito da natureza e do instinto, diferenças socialmente determinadas. Chauí afirma que embora no século XVIII, a partir das idéias iluministas, tenha havido uma ruptura na noção de Natureza e Cultura e não seja mais vigente a noção de "natureza humana", no que se refere às mulheres, ainda rege a idéia de "natureza" ou

“essência feminina”. Segundo ela, embora homens e mulheres sejam reconhecidos com legalidade e legitimidade formais idênticas, existe também normatividade diversa para cada um deles. Isto é,

“há uma legalidade/legitimidade formal idêntica para ambos os sexos , mas também uma normatividade/ legitimidade diversa para cada um deles. Ora, o conteúdo das normas vem de uma “metafísica dos costumes”, isto é, do conjunto das práticas morais de uma sociedade , ou da maneira particular pela qual uma sociedade realiza a universalidade da liberdade formal, ou seja, pelo conjunto de direitos e de deveres que uma sociedade estabelece para si mesma. A mulher pode ser alvo de violência quando seus direitos morais não forem respeitados, mas também pode ser autora de violência não só quando não respeitar os direitos morais de outrem, mas ainda quando não respeitar seus próprios deveres morais. Nada mais fácil, ideologicamente, do que transformar os direitos e deveres das mulheres em direitos e deveres que localizem exclusivamente na esfera da vida privada e a excluam da esfera pública, de modo que um retorno invisível e sutil à “natureza feminina” tem lugar sob a aparente ruptura entre Natureza e Humanidade ou, se quiser, pela passagem do “natural dado” à “essência” concebida pelo entendimento”(p.40-1).

Neste caso, e a partir da perspectiva adotada pela autora, os valores morais que colocam no âmbito da natureza os deveres e direitos femininos restritos ao espaço privado, tais como, o amor materno, o cuidado familiar, a sensibilidade e a docilidade, constituem em si atos de violência, pois colocam as mulheres como categoria social subordinada aos homens.

Pierre Bourdieu em seu livro denominado “A dominação masculina” estende o conceito de violência para além das ações de pressão, de consentimento, de coerção mecânica ou da submissão voluntária, livre, deliberada e até calculada. O autor incorpora ao conceito de violência uma dimensão que denominou de “violência simbólica”.

“A violência simbólica se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante (e, portanto, à dominação) quando ele não dispõe, para pensá-la e para se pensar, ou melhor, para pensar sua relação com ele, mais que instrumentos de conhecimento que ambos têm em comum e que, não sendo mais que a forma incorporada da relação de dominação, fazem esta relação ser vista como natural; ou, em outros termos, quando os esquemas que ele põe em ação para se ver e avaliar, ou para se avaliar os dominantes (elevado/baixo, masculino/feminino, branco/negro etc.), resultam da incorporação de classificações assim naturalizadas, de que seu ser social é produto (1999:47)”

A posição defendida por Bourdieu consiste, grosso modo, na idéia de que os mecanismos sociais que produzem e reproduzem a desigualdade entre os sexos, a partir da incorporação ou interiorização da dominação masculina, são processos violentos em si. Neste aspecto as idéias de Bourdieu e de Chauí apresentam concepção comum de que o processo de dominação masculina é ele próprio violento e salientam as “constantes ocultas” que oprimem as mulheres ao naturalizarem desigualdades, fazendo inclusive com que as mulheres adotem, sobre si mesmas e sobre os dominantes, o próprio ponto de vista dos dominantes (Bourdieu, 1999) vindo a cometer violência contra elas próprias (Chauí, 1985).

Concorda-se aqui com a noção de que os mecanismos que naturalizam a desigualdade de gênero encerram em si violência. Todavia, observa-se ponto problemático na adoção dos conceitos de violência propostos por Chauí e Bourdieu no que diz respeito a sua abrangência, pois eles não distinguem a desigualdade de gênero das agressões verbais, físicas, sexuais perpetradas pelo homem contra a mulher ou do dano a algum objeto ou propriedade dela. Concorda-se com o caráter violento de toda assimetria social, porém, percebe-se a necessidade de distinguir a desigualdade nas relações conjugais e a opressão feminina nos atos agressivos.

Isto porque nem todas as relações marcadas pela dominação masculina utilizam-se da agressão como meio de dominação. Aliás, um dos aspectos a se considerar é o de que as relações em que hoje vemos violência física, sexual e psicológica, representariam uma ‘falha’ no processo de dominação simbólica, na qual os mecanismos mais refinados de dominação não seriam suficientes para obter o seu efeito.

Por isso, procuramos enfocar neste trabalho as relações que envolvem conflitos e agressões, sejam estas físicas, psicológicas ou sexuais. As agressões - uso de força como meio de limitar ou determinar o comportamento de outrem - são formas específicas de relações conjugais e precisam ser compreendidas a partir de um esquema conceitual que dê conta de suas particularidades.

Outro aspecto que torna difícil a definição de violência diz respeito ao caráter polissêmico de sua etimologia, que torna sua definição relativa a aspectos históricos, sociais e subjetivos (Zaluar: 2000).

A palavra “violência vem do latim, que remete a vis (Força, vigor, emprego de força física ou os recursos do corpo em exercer a sua função vital). Esta força torna-se violenta quando ultrapassa um limite ou perturba acordos tácitos e regras que ordenam relações adquirindo carga negativa ou maléfica. É, portanto, a percepção do limite e da perturbação (e do sofrimento que provoca) que vai caracterizar um ato violento, percepção esta que varia cultural e historicamente. As sensibilidades mais ou menos aguçadas para o excesso no uso da força corporal ou de um instrumento de força, o conhecimento maior ou menor de seus efeitos maléficos, seja em termos de sofrimento pessoal ou dos prejuízos à coletividade, dão sentido e o foco para a ação violenta” (Zaluar, 2000:8).

No mesmo sentido, Saffioti (2000) chama a atenção para o fato de que o uso do critério de violência como ruptura de integridade física, sexual, emocional ou moral, coloca sua fronteira em termos subjetivos, oscilando e redefinindo-se conforme o olhar de quem a julga. No que se refere à violência contra as mulheres, esta situação mostra-se ainda mais delicada:

“Sobretudo em se tratando de violência de gênero, e mais, especificamente intrafamiliar e doméstica, são muito tênues os limites entre quebra de integridade e obrigação de suportar o destino de gênero traçado para as mulheres: sujeição aos homens, sejam pais ou maridos. Desta maneira, cada mulher colocará o limite em um ponto distinto do continuum entre agressão e direito dos homens sobre as mulheres. Mais do que isto, a mera exigência desta tenuidade representa violência. Com efeito, paira sobre a cabeça de todas as mulheres a ameaça de agressões masculinas, funcionando isto como mecanismo de sujeição aos homens, inscritos nas relações de gênero. Embora se trate de mecanismo de ordem social, cada mulher o interpretará singularmente. Isto posto, a ruptura de integridade como critério de avaliação de um ato como violento situa-se no terreno da individualidade”.(Saffioti, 2000:84)

Mensurando especificamente o uso do termo violência para referir situações de agressões ou abusos nas relações conjugais, de parceiro íntimo ou entre familiares, Schraiber et al (2003) demonstrou que em apenas um terço dos casos, as mulheres valem-se desse termo para designar o fato vivido e em geral, este termo designa a violência sofrida por estranho e não por pessoas próximas.

Diante de tais dificuldades em se definir o que é, ou não, considerado violência e com a preocupação em não cair em definições excessivamente abrangentes ou relativas exclusivamente ao julgamento subjetivo, opta-se neste estudo por caracterizar a violência através da presença ou ausência de alguns atos ou comportamentos, considerados pelos pesquisadores como violentos. Estes atos estão definidos em instrumento padronizado e

de grande uso internacional – a *Conflicts Tactics Scale (CTS)*, tendo sido modificado pela OMS (WHO, 1998). Este instrumento será melhor descrito no capítulo referente aos aspectos metodológicos deste estudo (Cap. 3).

Compreendendo a violência interpessoal nas relações de intimidade

A busca da compreensão do fenômeno da violência interpessoal na esfera das relações amorosas/conjugais remete à análise dos processos de interação entre indivíduos bem como sobre suas possibilidades de ação e construção de *projetos de vida* na sociedade contemporânea. Para tanto, além das referências já citadas, incluímos autores que têm se dedicado à investigação das relações pessoais ou familiares na sociedade brasileira atual, analisando entre outras coisas, o impacto do processo de modernização brasileira nas interações e negociações dos agentes sociais das metrópoles urbanas.

Sem desconsiderar os processos sociais mais amplos, Gilberto Velho analisa a interação entre indivíduos e suas relações nas sociedades contemporâneas, levando em conta a *diferença* como elemento constitutivo da sociedade. Parte da noção de que, longe de a vida social constituir-se em um processo homogêneo e unitário que circunscreve e produz os atores linearmente, ela constitui um sistema de interações sociais sempre heterogêneo e com potencial de conflito. Nas palavras do autor “*Não só o conflito, mas as trocas, a aliança e a interação em geral constituem a própria vida social através da experiência, da produção e do reconhecimento explícito de interesses e valores diferentes*” (Velho, 2003,21-2).

A própria noção de interação está calcada no reconhecimento do outro como ator que possui perspectivas, interesses e valores, implicando o fato de que a realidade tenha que ser constantemente negociada. A existência de expectativas culturais compartilhadas e a construção de sistemas de reciprocidade são possibilidades fundadas nas interações e negociações de cada conjuntura sócio-histórica. Tais possibilidades objetivam-se quando no conjunto da sociedade existe uma noção minimamente compartilhada de *justiça*, isto é, de valores e crenças que dizem respeito ao bem estar individual e social.

Historicamente, a desigualdade social é fonte geradora de tensão, conflito e violência. Todavia, quando numa sociedade a noção de justiça é compartilhada e

identifica-se um sistema de reciprocidade, existe a possibilidade de expectativas culturais comuns, mesmo dentro de um sistema de relações sociais desiguais.

No caso das metrópoles brasileiras a crescente violência pode ser compreendida, segundo Velho, não somente pela desigualdade social, mas pelo fato de esta ser acompanhada de um esvaziamento de conteúdos culturais, particularmente éticos, no sistema de relações sociais (Velho, 1996). Há uma perda das expectativas de reciprocidade. O autor entende este processo como produto de uma permanente tensão entre valores hierarquizantes e individualistas, associada a uma extrema ambigüidade em relação à atuação do Estado.

Esta tensão teria surgido nos últimos 70 anos de intenso e acelerado processo de modernização, que afetou praticamente toda a sociedade brasileira. Nele, o individualismo ganhou terreno, diversificando o campo das possibilidades sócio-culturais e, de um modo geral, aumentando as alternativas e escolhas quanto a estilos de vida. A difusão de valores individualistas significaria o enfraquecimento das formas tradicionais de dominação, associadas a uma visão de mundo hierarquizante, garantindo às sociedades modernas, particularmente às grandes metrópoles, uma dinâmica caracterizada pela maleabilidade e fluidez no processo de construção das identidades individuais e coletivas. As noções de normalidade e desvio também ganharam caráter eminentemente instável e dinâmico, sublinhando a precariedade de qualquer tentativa de fixar excessivamente mapas socioculturais (Velho, 2003). Neste sentido, uma das características mais marcantes das metrópoles passou a ser o intenso processo de interação entre grupos e segmentos diferenciados. Como ressalta Velho, os indivíduos modernos, de forma inédita, ficaram expostos, foram afetados e vivenciaram sistemas de valores diferenciados e heterogêneos, constituindo mobilidade material e simbólica sem precedentes em sua escala e extensão, que representa fonte de intenso conflito e tensão.

Estes conflitos estariam intimamente relacionados ao fato de que os indivíduos passaram a conviver e se deslocarem entre contextos hierarquizantes/holistas e individualizantes/igualitários, que não se excluíram necessariamente. Trata-se da convivência entre o moderno e o arcaico - um arcaico que não desapareceu totalmente com as transformações sofridas e que se mantém ativo apesar de freqüentemente ser

invisível (Figueira, 1987). Os indivíduos partilham e acionam esses códigos em situações, momentos e planos diferentes de suas trajetórias.

Maria Filomena Gregori (1993), em estudo sobre *cenar e queixas* de mulheres que viviam situações de violência na relação conjugal, percebe que em muitos dos embates e crises familiares, o que está em jogo são os critérios de legitimidade dos padrões de família e dos papéis feminino e masculino. A autora constata que a violência está associada a divergências de valores, condutas e papéis sexuais vistos como legítimos pelos seus agentes. Segundo ela, cada afastamento do padrão ideal de complementaridade de papéis exige árduo processo de negociação e acordos entre os agentes sociais. Entende que o padrão “moderno”, por não definir uma divisão clara das atividades a desempenhar, pode causar tensões na vida cotidiana, trazendo ambigüidade na reelaboração dos papéis de gênero. Como podemos observar em um trecho que discute os conflitos familiares:

“Tenho a impressão de que esse fenômeno decorre de uma dificuldade de praticar novos padrões de gênero quando as mudanças propostas por um dos sexos supõem transformações nas relações de reciprocidade que atingem o outro. O abandono das regras mais “tradicionais” não tem sido acompanhado de novas regras complementares. Os padrões culturais que modelam o “moderno” ainda são muito frouxos.(...) Num certo sentido, falta neles uma definição sobre as novas regras do jogo entre os gêneros e, por isso, uma articulação menos instável entre esses “novos” padrões e a organização da vida cotidiana” (p.140)

Neste ponto vale ressaltar um interessante comentário de Carneiro, a respeito da crise na família brasileira em meados do século XX e os conflitos daí decorrentes:

“(...) a modernização da sociedade desencadeia um processo de individuação que se contrapõe à força englobadora da família, provocando um afrouxamento de sua função de controle e um esfriamento da vida em família, que perde o monopólio enquanto agente socializador.(...) A emergência de novos valores, aquisição de novos hábitos ou a luta pela sobrevivência com baixos salários criam um mal estar na família que não se encontra mais instrumentalizada para desempenhar funções que lhe são atribuídas: “fonte geradora de forças morais que constróem uma nação”7.” (Carneiro, 1987:80-1)

A autora sugere que as mudanças ocorridas na sociedade com o processo de modernização e industrialização da economia e a conseqüente urbanização do país

desencadeiam um processo no qual a família deixa de ser a principal organizadora da vida social. A casa e o grupo familiar já não oferecem mais todas as condições de socialização e realização das necessidades individuais, como faziam nas centralizadoras e tradicionais famílias patriarcais⁸. Transferem-se para o mundo exterior – a cidade e o Estado – determinadas funções que anteriormente eram desempenhadas pela família. Segundo ela, a expansão do setor de serviços, a ampliação do mercado de trabalho, o agigantamento de um Estado forte e centralizador que controla a sociedade civil na construção de uma modernização autoritária esvaziam a família de suas funções tradicionais, assim como deslocam o indivíduo para o espaço público, subordinando-o a outras autoridades. Criam, então, condições para a competição pelo poder do pai enquanto mediador entre o indivíduo e a sociedade. Diante da perda de autoridade paterna, os setores conservadores da sociedade atuam no sentido de recuperar e fortalecer as funções da família patriarcal na defesa do domínio privado contra o controle e o poder do setor público. Estas são, em seu ponto de vista, as condições para a crise nas relações intrafamiliares: *“Essa crise reside principalmente nas dificuldades de concretização de um modelo de organização familiar que não rompe com o antigo patriarcalismo, mas que também não encontra mais, no contexto social, as condições estruturais adequadas à sua realização”* (Carneiro 1987;75).

Desta forma, a autora caracteriza a crise na família brasileira como consequência de conflitos diante do desempenho de papéis sociais prescritos. Da perspectiva de Velho (1996) e Gregori (1993) este processo é entendido como crise no sistema de reciprocidade que sustentava a família tradicional. Estes conflitos decorrem tanto da escassez de recursos econômicos que impossibilita os homens de realizarem o papel socialmente esperado, como das mudanças nos valores e hábitos da vida cotidiana que levam à diminuição da autoridade masculina (do pai ou do marido) frente a outras autoridades sociais.

⁷ Trecho que Carneiro extraiu do Estatuto da Família, citado por Schwartzman (1981).

⁸ Carneiro entende família patriarcal como um modelo dominante no Brasil, até o período entre a década de 30 e 50. Este modelo, enquanto tal, não necessita ser atualizado na sua forma pura em todos os segmentos da sociedade para que permaneça legítimo. Se coloca como um ideal a ser perseguido, ainda que nem sempre concretizado. Segundo a autora, a família patriarcal impõe uma imagem de homem que constitui a base do poder familiar e social.

Saffioti (2001), importante pensadora acerca da violência de gênero no Brasil, entende a violência como recurso legitimado, ou pelo menos tolerado, socialmente através do qual os “homens” asseguram seu projeto de dominação-exploração das mulheres. Entende poder, no sentido utilizado pelos teóricos da política, como capacidade de dispor dos meios para atingir o seu fim.

“No exercício da função patriarcal, os homens detêm o poder de determinar a conduta das categorias sociais nomeadas, recebendo autorização ou, pelo menos, tolerância da sociedade para punir o que lhes apresenta como desvio. Ainda que não haja nenhuma tentativa, por parte das vítimas potenciais, de trilhar caminhos diversos do prescrito pelas normas sociais, a execução do projeto de dominação-exploração da categoria social homens exige que sua capacidade de mando seja auxiliada pela violência”(2001: 1)

A autora fundamenta-se na idéia de que, nas sociedades humanas, as relações sociais são atravessadas por três eixos principais de hierarquização: o de classe social, o de raça e o de gênero. Estes se articulam em complexas redes de relações de força, gerando lógicas diferentes em seus efeitos.

“Rigorosamente, a dominação exploração de muitos por poucos, das classes subalternas pelas classes dominantes, não constitui o único princípio estruturador das relações sociais. Na sociedade ocidental em geral e na brasileira em especial estão presentes mais dois sistemas de dominação-exploração, a saber: o patriarcado, que legitima a assimetria das relações de gênero, a subordinação da mulher ao homem; e o racismo, que permite ao branco determinar o lugar do negro na estrutura social. Não é fácil lidar com esse fenômeno, na medida em que estes três sistemas de dominação-exploração formam um nó górdio, apresentando uma lógica distinta da lógica que presidia cada um destes sistemas separadamente”. (Saffioti, 1989:16)

No que se refere ao uso da violência, a autora observa que, em virtude da alta concentração de renda em poucas mãos, são poucos os homens a desfrutar deste “macropoder”, fazendo com que aqueles que detém pequenas parcelas de poder, almejando o exercício do grande poder, lancem mão de autoridade exorbitante sobre seus subalternos. Esse funcionamento seria o que a autora denominou de “Síndrome do pequeno poder”.

“ (...) o pequeno poder, exatamente em função de sua pequenez, conduz, freqüentemente, à síndrome caracterizada pela mesquinhez. (...) a pessoa em síndrome do pequeno poder age de mau humor e mesquinhamente. Na verdade, consciente de seu diminuto poder, de seu não-poder, trata de ampliá-lo ou criá-lo na relação interpessoal que estabelece, efêmera ou duradouramente, com outra pessoa. (...) Essa síndrome sempre tem lugar numa relação interpessoal e miúda, se comparada ao plano macrossocial. Todavia, é preciso cautela para não pensá-la como decorrência de atributos pessoais negativos. Sua natureza não é individual mas social”. (1989: 19)

Não se trata, portanto, de analisar o agressor a partir de atributos pessoais, mas considerar esse funcionamento dentro de uma ordem social que favorece e incita desigualdades e conseqüentemente “síndromes do pequeno poder”. Não se trata também de desresponsabilizar seu protagonista, mas de questionar justamente os mecanismos sociais que produzem e propiciam o pequeno poder.

O enfoque das relações pessoais

Finalmente, discutimos o papel dos processos pessoais, incluindo aí a dimensão da história de vida individual e a dinâmica familiar na ocorrência do fenômeno da violência por parceiro íntimo. Isto implica perceber que apesar da desigualdade entre os sexos ser a base sobre a qual a violência por parceiro íntimo se sustenta, esse é um fenômeno constituinte de algumas relações particulares e, portanto, não configura destino inexorável. Por esta razão, não é suficiente estudar a violência restritamente pelo foco das estruturas sociais, e se mostra necessário analisar como a organização social entre os sexos está atualizada na vida cotidiana e na particularidade das relações.

Para a compreensão deste fenômeno, este estudo apóia-se nos referenciais teóricos desenvolvidos pela psicologia sócio-histórica, sobretudo daqueles desenvolvidos por Fernando González Rey (2004). Entende-se que os comportamentos aqui agrupados e denominados por violência por parceiro íntimo (VPI), bem como as respostas à gestação, possuem elementos comuns da *situação social compartilhada*, ao mesmo tempo que representam *práticas de sentido* altamente diferenciadas. Interessa-nos conhecer estas duas dimensões da questão estudada. Por *situação social compartilhada* são entendidas as narrativas compartilhadas que expressam histórias locais, mitos e crenças que passam de geração em geração entre as pessoas que vivem em mesmo contexto. Estas narrativas

são também expressões de sentido associadas a elementos objetivos de uma condição humana compartilhada, bem como a uma emocionalidade portadora de um sentido que está não só na memória narrada, mas também em códigos de valores atuais. O *sentido subjetivo* representa a integração de uma produção emocional, com a história de vida, bem como com os processos simbólicos - crenças e valores - que se incorporaram inseparavelmente a essas emoções dentro de uma delimitação de sentido em nível de um sujeito concreto.

Rey exemplifica este processo com o fenômeno da violência familiar

“ (...) a violência de um sujeito em sua família pode representar práticas de sentido altamente diferenciadas, impossíveis de serem associadas a uma entidade mental como a agressividade. Em um sujeito, a violência expressa uma configuração organizada em uma história de exclusão e de falta de afeto, associadas a emoções como a inveja, o ciúme, o rancor, que são inseparáveis de processos simbólicos que se expressam em crenças e representações. Isso se dá em um processo infinito, que se desenvolve de forma permanente e que pode atuar com configuração de sentido nos diferentes espaços de relação dessa pessoa. Essa configuração de sentido pode se expressar em emoções e formas de comportamentos muito diferentes. (...) Os elementos de sentido envolvidos na violência familiar de um sujeito serão diferentes do mesmo tipo de elementos de outro sujeito” (Rey,2004).

Assim o modo pelo qual as emoções tomam formas e se articulam aos processos simbólicos e à história de vida da pessoa que a vive deve ser levado em conta na análise das situações de violência, pois sob um mesmo comportamento pode haver uma ampla gama de práticas/ configurações de sentido. Todos estes aspectos serão responsáveis pela trajetória de vida diferente das pessoas envolvidas a partir das experiências que enfrentam.

Desta forma, o comportamento violento não é tido no presente trabalho nem como expressão objetivada de qualquer entidade psicológica universal, como pretendia a psicopatologia universalizadora que ignora as histórias e os contextos diferenciados dentro dos quais se produz o comportamento rotulado como patológico, nem bem como uma resposta imediata às determinações sociais. Trata-se de um processo complexo que articula elementos sociais relativos às expectativas e aos valores que orientam as relações de gênero, bem como elementos emocionais e afetivos associados às histórias de vida de cada um. Portanto, a violência não pode ser tomada apenas como atos motivados por

interesses claros e objetivos, mas como forma de subjetivação ou *estilo de vida* internalizado através de um conjunto de símbolos socializadores ou de um *código de emoções* que define padrões de afetividade (Velho, 1981).

Sexualidade e Reprodução: importante cenário da violência de gênero

O último aspecto a ser abordado, antes de se finalizar esta discussão sobre gênero e violência e se passar ao universo empírico desta pesquisa, diz respeito à sexualidade e à vida reprodutiva. Estas dimensões da vida constituem campos importantes na organização das relações de gênero e conformam, junto à esfera do trabalho, os cenários onde ocorrem, predominantemente, os episódios de violência por parceiro íntimo. Considera-se, aqui, a sexualidade e a vida reprodutiva como processo social e histórico, mais do que atividade neuro-fisiológica movida por impulsos ou instintos biológicos. Entende-se que a cultura é a responsável pela transformação dos corpos em entidades sexuadas e socializadas, por intermédio de redes de significados que abarcam categorizações de gênero, de orientação sexual, de escolhas de parceiros. Os valores e práticas sociais modelam, orientam e esculpem desejos e modos de viver a sexualidade e a vida reprodutiva (Heilborn, 1999;40).

Muitos autores observam que historicamente, o processo de construção social da sexualidade e da vida reprodutiva tem constituído espaço social nodal na hierarquização das relações humanas e engendra uma complexa trama de relações de poder. A sexualidade e a vida reprodutiva têm funcionado como instrumento utilizável em diversos âmbitos sociais, como por exemplo, nas relações institucionais do Estado, através do controle da natalidade, da fertilidade e da saúde reprodutiva em geral; nas relações escolares através da criação de normas de comportamento e conhecimento sobre o sexo; nas instituições religiosas através das confissões e pregações normativas e, sobretudo, nas instituições familiares ao instituir fronteiras simbólicas para enquadramento de homens, mulheres e crianças nos comportamentos sexuais domesticados. Como comenta Foucault: "Nas relações de poder, a sexualidade não é o elemento mais rígido, mas um dos dotados da maior instrumentalidade: utilizável no maior número de manobras, e podendo servir de ponto de apoio, de articulação às mais variadas estratégias" (1988: 98).

No que se refere às estratégias que sustentam a ordenação de gênero, a principal referência consiste no que Connell (1997) chama de *arena reprodutiva*, que inclui estruturas corporais e processos de reprodução humana. Mais especificamente ela engendra desejos sexuais, atos sexuais, o cuidado das crianças e diferenças sexuais do corpo humano. Apoiado nesta arena, o sistema de relações de gênero estabelece práticas sexuais distintas para homens e mulheres e produz atitudes e intenções reprodutivas e sexuais sempre referidas a concepções mais gerais de masculinidade e feminilidade⁹.

Em relação à violência por parceiro íntimo, a literatura tem mostrado que as concepções masculinas e femininas relativas às atitudes e intenções reprodutivas e sexuais operam de forma contundente na ocorrência de violência. De modo geral, os autores revelam que a violência nas relações afetivas atua no sentido de solapar a autonomia das mulheres sobre sua vida sexual e reprodutiva e está associada, entre outras coisas, ao maior número de filhos, à dificuldade de negociação feminina do preservativo nas relações sexuais, bem como à ocorrência de gravidez não planejada. Estas questões denotam a importância de se analisar o modo como a organização social de gênero se expressa no domínio da saúde reprodutiva e sexual, favorecendo que este se constitua em importante cenário da violência (Heise et al, 1999).

É desta perspectiva que o presente estudo aborda a questão da violência que ocorre especificamente no período gestacional, investigando os atributos culturais e afetivos específicos a este período associados à ocorrência de violência. Assim, no estudo de natureza quantitativa abordou-se a relação entre violência por parceiro íntimo na gestação e alguns aspectos de saúde reprodutiva e sexual, para se identificar associações entre estes dois fenômenos. No estudo qualitativo, buscou-se conhecer concepções relativas à vida sexual e reprodutiva que orientam as relações em que há violência por parceiro íntimo. Não se trata, contudo, de se desconsiderar o papel de outras esferas da vida social como, por exemplo, o trabalho e a religião, nas situações de violência. Mas significa dar foco a estes domínios da vida sexual e reprodutiva que representam

⁹ Isso, contudo, não quer dizer que exista apenas uma única forma de "incorporação" da sexualidade para cada sexo. Pelo contrário, a sexualidade é atravessada por uma densa trama de relações e poder e adquire inúmeras feições ganhando nuances conforme o contexto social e em que se encontra.

momentos privilegiados neste estudo para investigarmos a violência entre as mulheres e seus parceiros enquanto violência de gênero.

II. A perspectiva epidemiológica no estudo da VPI na gestação

Levantamento bibliográfico realizado em fontes eletrônicas indexadas nas áreas de saúde e ciências humanas (Medline, Lilacs, Psycinfo e Sociological Files) e em bibliotecas da USP e da UNICAMP, sobre a temática da violência na gestação, mostrou que a produção é expressiva, com contribuições de variadas disciplinas e desenvolvida a partir de técnicas quantitativas e qualitativas. A contribuição da área da saúde e a abordagem epidemiológica sobre prevalência, fatores de risco e agravos à saúde associados à violência representam a maior parte dos estudos.

Apesar de os mais antigos artigos datarem da década de 70 (Gelles RJ, 1975) e 80 (Fagan et al, 1983; Walker, 1984), a produção na temática se intensificou a partir da década de 90, com destaque para os Estados Unidos, Canadá e Europa. Nos países subdesenvolvidos ou periféricos estudos sobre esta temática específica começaram a ser produzidos, sobretudo, nos últimos cinco anos, como por exemplo, no Brasil (Moraes e Reichenheim, 2002; Schraiber e D'Oliveira, 2002a ; Schraiber e D'Oliveira 2002b; Menezes et al, 2003; Bruschi, 2003) , na Costa Rica (Nunez-rivas, 2003), no México (Castro, Ruiz, 2004), na Índia (Puwar et al, 1999 apud Campbell, 2004), na China entre outros.

São poucos os artigos disponibilizados nestas bases de dados ou bibliotecas que enfatizam a abordagem qualitativa. Entre eles pode-se citar Campbell et al (1993, 1995); e Oliveira e Vianna (1993) ambos abordando a perspectiva feminina do fenômeno. Mais recentemente, além destes trabalhos, Porto (2002) analisa o tema a partir das representações de mulheres e homens envolvidos em relações violentas no período de gravidez, além das representações de profissionais que atuam em diversas instituições de apoio às mulheres em Lages SC.

A constatação da grande produção na área levou a restringir a análise mais detalhada para alguns artigos publicados em revistas nos Estados Unidos, Canadá, Europa e América Latina, a partir de 1999, realizado com amostra de clientela de serviços e indexados nas bases de dados Medline e Lilacs. Artigos publicados anteriormente a este ano foram ocasionalmente resgatados para complementar esta análise.

Como estratégia de busca para o LILACS, os seguintes descritores foram utilizados: violência doméstica, violência por parceiro íntimo, violência contra a mulher, gravidez, gestação, prevalência, fatores de risco, serviços públicos de saúde, baixo peso ao nascer. Para o MEDLINE, foram utilizados os termos: domestic violence, intimate partner violence, spousal abuse, pregnancy, health outcomes, risk factors, impact, public clinic, prenatal care, low birth weight, abortion, miscarriage.

A partir desta estratégia de busca, identificaram-se três importantes revisões de estudos epidemiológicos relativos à temática da violência na gestação (Gazmararian et al, 1996; Jasinski, 2004; Campbell, 2004). Gazmararian et al (1996) realizou revisão de 13 estudos americanos ou de países desenvolvidos sobre a prevalência de violência na gestação, publicados entre 1985 e 1995. Destes, 11 foram realizados em serviços públicos ou privados de saúde e 2 com amostras populacionais. Jasinski (2004) levantou a produção sobre a temática nos Estados Unidos de 1996 até 2003, retomando alguns estudos anteriores a esta data para enriquecimento da discussão. Por fim, Campbell et al (2004) comenta a produção sobre a prevalência de violência na gestação e as consequências para a saúde fora dos Estados Unidos, em países desenvolvidos e em desenvolvimento e compara os resultados com aqueles encontrados nos EUA.

Além destas revisões específicas sobre a temática, Heise et al(1999) fazem importante levantamento da produção internacional sobre a questão da violência contra a mulher em geral, incluindo discussão a respeito dos achados em diversos estudos que relacionam violência e gestação. Por fim, localizou-se uma revisão sistemática e uma meta-análise dos estudos sobre a relação entre violência e baixo peso ao nascer (Murphy, 2001).

Os resultados apresentados a seguir referem-se tanto àqueles discutidos nas cinco revisões citadas como àqueles encontrados em alguns estudos sobre violência na gestação com clientela de serviços de saúde nos Estados Unidos, Canadá, Europa e América Latina, publicados em revistas científicas indexadas, nos últimos cinco anos. Fora do item “panorama geral”, não serão considerados estudos populacionais, estudos realizados com população específica ou estudos realizados em outras regiões que não aquelas acima mencionadas. A escolha pelo critério de seleção de estudos com clientela de serviços de saúde visa possibilitar comparações com os dados analisados neste presente estudo.

Os dados encontrados na literatura serão discutidos segundo: 1) prevalência e padrão de violência na gestação e pós-parto; 2) fatores associados à violência na gestação; 3) agravos à saúde associados à violência na gestação.

Panorama das prevalências no mundo

Em levantamento de estudos internacionais sobre a temática realizado pelo Center for Health and Gender Equity, observou-se que mundialmente uma a cada quatro mulheres é física ou sexualmente agredida durante a gestação, na maior parte das vezes por seu parceiro (Heise et al,1999;17). Contudo, as estimativas sobre a prevalência deste fenômeno são muito variadas. Em revisão de 13 estudos norte-americanos, canadenses e de outros países desenvolvidos sobre violência no período da gestação, Gazmararian et al (1996) apontaram para variação de prevalência estimada de 0.9% a 20%, estando a maior parte deles entre o espectro de 3.9% a 8.3%. Essa grande variação foi atribuída à adoção de diferentes procedimentos metodológicos quanto ao modo e à frequência como são realizadas as entrevistas, ao momento da gestação em que foram feitas e às características do entrevistador (gênero, atividade profissional e raça). Os estudos com as prevalências mais elevadas entrevistaram as gestantes nos três trimestres da gestação, enquanto os outros mediram apenas uma vez a ocorrência deste episódio e, na maior parte dos casos, no primeiro trimestre. Chama a atenção que tanto o estudo com maior prevalência (20,1%) como o com menor (0.9%) foram realizados com clientela de serviços, sendo o primeiro em serviço público e o segundo em serviço privado.

Jasinski (2004) observa que as prevalências encontradas nos estudos realizados nos Estados Unidos, a partir de 1996, permaneceram no espectro apresentado por Gazmararian (1996) e reforça as mesmas dificuldades para comparação dos dados produzidos nestes estudos, tais como as diferenças amostrais e tipo de violência considerado.

Campbell et al (2004), em revisão sobre os estudos fora dos EUA observa que o espectro das prevalências de violência física na gestação é de 3,4% a 11,0% em países industrializados (Austrália, Suécia, Suíça e Inglaterra) e de 3,8% a 31,7% nos países em desenvolvimento. Segundo a autora a maior prevalência encontrada foi no Egito (31,5%),

seguido da Índia (21,0 a 28%) e na Arábia Saudita (21%). Todavia, as autoras não discriminam o tipo e a gravidade da violência referida.

No Brasil, dois estudos populacionais nos informam a prevalência de violência na gestação. Em pesquisa multicêntrica sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica, Schraiber e D'Oliveira (2002, A), avaliaram uma amostra de 2.645 mulheres entre 15 e 49 anos. Neste estudo, as autoras apontaram índices de 8% de mulheres que relataram violência física no período da gestação na cidade de São Paulo e 11% na Zona da Mata do Pernambuco. Bruschi (2003), no “Estudo Brasileiro de Violência Doméstica (Brazilsafe)”, entrevistou 86 mulheres de baixo nível sócio-econômico que habitam um bairro do município de Embu, São Paulo e obteve índice de 16,3% de violência física por parceiro íntimo ocorrida durante a gravidez. A grande variação de achados nestes dois estudos poderia ser atribuída às diferenças sócio-econômicas das populações estudadas. A amostra do primeiro estudo incluiu mulheres de todos os estratos sociais sendo que a do segundo é de mulheres de baixo nível sócio-econômico.

Na Costa Rica, Núñez-Rívas et al (2003) entrevistaram 118 mulheres de uma comunidade carente, no período pós-parto (até 72 horas) e observou que 35 (29,7 %) das entrevistadas sofreram qualquer tipo de violência na gestação, sendo que 86,9% destas afirmaram ter sofrido violência psicológica, 60,9% violência física e 52,2% violência sexual.

Grosso modo, este panorama mundial revela o amplo espectro de prevalências encontradas nos diferentes estudos, realizados em todos os continentes. Ele aponta também os limites comparativos destes estudos, dada variedade de estratégias metodológicas neles aplicadas. Pode-se observar, contudo, a alta magnitude da violência na gestação encontrada nos dois estudos populacionais realizados no Brasil.

1. Prevalência entre usuárias de serviços de saúde

Ao todo, foram identificados treze estudos que atendessem aos nossos critérios. Entre eles, sete foram publicados nos Estados Unidos (Campbell et al, 1999; Shumway et al, 1999; Jagoe et al, 2000; Martin, Beaumont, Kupper, 2003; Kearney et al, 2004; Coker, Sanderson, Dong, 2004; Neggers et al, 2004), dois na Inglaterra (Johnson et al, 2003;

Bacchus, 2004), um na Suécia (Stenson et al 2001), dois no Brasil (Moraes e Reichenheim, 2002; Menezes et al, 2003) e um no México (Castro e Ruiz, 2004).

Destes treze estudos, nove foram realizados com desenho do tipo corte transversal (Coker, Sanderson, Dong, 2004; Kearney et al, 2004; Martin et al 2003; Johnson et al, 2003; Bacchus, 2004; Moraes e Reichenheim, 2002; Menezes et al, 2003; Castro e Ruiz, 2004) e apresentam a prevalência do fenômeno na população de usuárias estudada, bem como os fatores a ele associados. Três estudos consistiram em coortes para identificação do impacto da violência na saúde materno-infantil (Neggers et al, 2004; Jagoe et al, 2000; Shumway et al, 1999) e um deles desenvolveu desenho de caso-controle avaliando a violência na gestação e outros fatores de risco para o baixo peso ao nascer (Campbell et al, 1999).

Prevalência

Em nosso levantamento identificamos oito estudos sobre prevalência de violência por parceiro íntimo na gestação em amostras de usuárias de serviços de saúde, publicados a partir de 1999. Em termos metodológicos, foi observada predominância de estudo de corte transversal, do uso do instrumento *Abuse Assessment Screen* (AAS) e do inquérito com população de mulheres gestantes ou puérperas.

Ressaltamos o instrumento utilizado nos estudos por percebermos que o modo pelo qual são feitas as perguntas tem grande importância na revelação da violência. Na revisão constata-se que os estudos que utilizam o CTS obtiveram maior revelação de violência. Em anexo (anexo 7 e 8) encontram-se os dois principais instrumentos (AAS e o CTS I) utilizados.

Análise destes estudos revela amplo espectro de prevalências de VPI na gestação. De modo geral, as prevalências de violência física mais baixas foram observadas nos estudos europeus, estando todas abaixo de 4% da população entrevistada. Na América Latina, as taxas de violência física variaram de 7,4% a 18,2% e de violência psicológica de 28% a 61,7%. Nos Estados Unidos, as taxas observadas variaram de 5,9 a 14,7%.

Na Europa, foram identificados três estudos que utilizaram o *Abuse Assessment Screen* (AAS), como instrumento de medida para a violência, sendo dois de corte transversal e uma coorte. Ambos estudos de prevalência foram realizados na Inglaterra, sendo que em um deles foram entrevistadas 475 mulheres gestantes atendidas no pré-natal de uma maternidade e obteve-se prevalência de 17% de relatos de violência na vida, dentre os quais 14,7% referem violência física e 3,4% violência durante a última gestação (Johnson et al; 2003). O outro estudo foi realizado com 200 mulheres de 16 anos ou mais, usuárias de serviço de pré-natal e puerpério em um hospital-escola em Londres, onde foram encontrados resultados semelhantes, isto é, 3% de violência física ou psicológica na última gestação (Bacchus et al, 2003). O estudo de coorte foi realizado na Suécia, envolvendo 1038 mulheres registradas em um serviço de pré-natal, que foram entrevistadas em três momentos: duas vezes durante a gestação e uma vez depois do parto (entre 4 e 20 semanas). Os resultados obtidos foram de 1,3% de violência física por parceiro ou parente próximo durante a gestação ou logo depois do parto e 2,8% quando se incluiu o ano precedente à gestação. A prevalência de qualquer tipo de violência na vida destas mulheres foi de 19,4% (Stenson K. et al;2001).

De modo geral, na América Latina, as prevalências encontradas foram mais elevadas que na Europa. Em estudo de corte transversal realizado no México, foram entrevistadas 468 mulheres no terceiro trimestre da gestação atendidas no pré-natal de serviços públicos do Estado de Morelos e obtiveram índice de 28%, 15% e 11,8% de violência psicológica, física e sexual durante a gestação, respectivamente (Castro e Ruiz; 2004). As escalas de violência sobre as quais foi baseado o questionário deste estudo foram o Index of Spouse Abuse (Hudson e McIntosh, 1981) e o Severity of violence against women scale (Marshall, 1992).

No Brasil, pudemos identificar dois estudos de prevalência de violência na gestação realizado com usuárias de serviços de saúde. Menezes et al (2003) entrevistaram 420 mulheres que tiveram parto assistido no Centro de Atenção à Mulher (CAM) do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP) e obtiveram taxa de 7,4% de violência física durante a gravidez. O questionário foi composto de perguntas abertas e fechadas e elaborado com base no AAS. Os critérios de inclusão foram: idade gestacional superior a

24 semanas completas ou recém-nascidos com mais de 500 gramas e relacionamento com parceiro íntimo no último ano, independente de coabitação.

Moraes e Reichenheim (2002) entrevistaram 526 mulheres, escolhidas aleatoriamente em três maternidades públicas, da cidade do Rio de Janeiro, durante as primeiras 48 horas do pós-parto e estimaram a prevalência de 61,7% de violência psicológica por parceiro na gestação e 18,2% de violência física. Em relação à gravidade da violência, os autores observaram 17,6% de violência moderada e 7,2% de violência grave. Este estudo apresenta uma diferença frente aos outros, ao incluir a violência cometida pelas mulheres contra seus parceiros, encontrando 30,6% de violência física da mulher contra seu parceiro na gestação. Ao todo, estimam os pesquisadores, 33,8% das mulheres estiveram envolvidas em episódios de violência física durante a gestação, seja como agressoras ou como agredidas. O questionário deste estudo foi baseado nas Conflict Tactics Scales (CTS2), cuja tradução foi validada em português (Moraes et al, 2002).

Nos Estados Unidos, em estudo prospectivo da associação entre violência na gestação, baixo peso ao nascer e prematuridade, Neggers et al (2004) entrevistaram 3103 mulheres atendidas em serviço de pré-natal de Alabama, com base no AAS, e constataram prevalência de 6% de violência física na gestação.

Em estudo de corte transversal, Coker et al (2004) entrevistaram 755 mulheres entre 18 e 65 anos, com filhos nascidos vivos ou com morte fetal tardia, que freqüentaram serviços de atenção primária do Texas e observaram que em 14,7% das gestações vividas por estas mulheres houve VPI física ou psicológica. Este estudo apresenta particularidade, pois os autores investigam a ocorrência de VPI em cada gestação das mulheres entrevistadas e consideram a prevalência do fenômeno em relação ao número total de gestações da amostra, isto é, calcularam a taxa de prevalência a partir da divisão entre o número de gestações em que houve VPI sobre o número total de gestações na amostra (274 de 1862 gravidezes). Assim, os autores obtêm a taxa de gravidezes nas quais houve VPI e não a taxa de mulheres que sofrem VPI na gestação.

No que se refere ao padrão na relação violência e gestação, Castro e Ruiz (2004) observam que a prevalência de violência (física, psicológica e/ou sexual) não teve variação significativa no ano anterior ou na gravidez. Em ambos os períodos a prevalência esteve próxima a 30%. Em relação às mudanças comportamentais antes e

depois da gestação, os autores referem que 9,2% do total de mulheres entrevistadas (27% das mulheres que sofreram violência durante a gestação) revelam aumento da violência, 7,7% deixaram de ser agredidas, ao menos temporariamente e 24,4% do total de mulheres sofreram alguma forma de violência tanto antes como durante a gestação.

Campbell et al (2004) citam três estudos nos Estados Unidos (Campbell et al, 1998; Martin et al, 2001 e Saltzman, 2003) em que para aproximadamente um terço das mulheres que sofrem violência, a gestação foi um período protetor, sendo que para aproximadamente 15% delas a violência foi retomada depois da gravidez. Para outra parte, a violência começou ou piorou neste período. Em dois dos estudos, para 75% das mulheres as agressões que começaram antes da gestação continuaram durante e depois da gestação. Ao compararem estes achados com estudos internacionais, as autoras observam distribuição semelhante de comportamentos.

No Brasil, Menezes et al (2003) observaram que 43,5% afirmaram ter cessado, 27,3% diminuído, 18,2% permanecido inalterado e 10,9% aumentado durante a gravidez. Este padrão também foi encontrado por Steward e Cecutti (1993), no Canadá.

O quadro 1 sumariza esses achados da literatura.

2. Fatores associados à violência na gestação

A literatura aponta ampla gama de fatores associados à violência na gestação, tais como: idade jovem, baixa escolaridade da mulher e do parceiro, história familiar de violência, uso de álcool e drogas pelo parceiro, gravidez não planejada ou indesejada; desemprego, apoio social precário, ter tido filhos com outros parceiros, histórico de violência por parceiro íntimo, alto número de gravidezes, alto número de parceiros, início da relação sexual em idade jovem (Steward e Cecutti, 1993; Moraes e Reichenheim, 2002; Heise et al, 1999; Castro e Ruiz, 2004; Campbell, 2004; Jasinski, 2004; Coker et al, 2004). Analisaremos a seguir apenas alguns desses fatores que são de interesse para este estudo: *a escolaridade da mulher, história familiar de violência, histórico de violência por parceiro íntimo e características de vida sexual e reprodutiva.*

Quadro 1: Prevalência de violência por parceiro íntimo em estudos com usuárias de serviços de saúde realizados na América Latina, Europa e Estados Unidos.

Estudo Autor(ano)	Amostra	Idade (anos)	Instrumento	VPI psicológica (%)	VPI física (%)	VPI Sexual (%)	VPI Total (%)
Moraes & Reichenheim (2002)	Puérperas internadas em 3 maternidades públicas do Rio de Janeiro, Brasil (n = 526)	Não foi pré determinada	CTS2*	61,7	18,2	7,8	63,4
Menezes et al (2003)	Puérperas internadas em maternidade do pernambuco, Brasil (n=420)	Não foi pré determinada	AAS**	-----	7,4	-----	-----
Castro & Ruiz (2004)	Gestantes em consulta de pré-natal no terceiro trimestre da gestação em centros de saúde públicos no Estado do México (n=468)	Não foi pré determinada	Instrumento construído com base no Index of Spouse Abuse e no Severity of violence against women scale	28,0	15,0	11,8	32,1
Stenson et al (2001)	Gestantes atendidas no pré-natal e no pós-parto de centro de saúde da Suécia (n=1038)	Não foi pré determinada	AAS**	-----	1,3	-----	-----
Bacchus et al (2003)	Mulheres assistidas em serviço de pré-natal e pós-parto em hospital escola de Londres, Inglaterra (n=200)	>15	AAS**	-----	-----	-----	3,0
Johnson et al (2003)	Gestantes assistidas em serviços de pré-natal em hospital no norte da Inglaterra (n=475)	Não foi pré determinada	AAS**	-----	3,4	-----	-----
Neggers et al (2004)	Gestantes de baixa renda assistidas em serviço de pré-natal.EUA (n=3103)	Não foi pré determinada	AAS**	-----	5,9	-----	-----
Coker et al (2004)	Mulheres usuárias de serviços de saúde (públicos 'Medicaid' e privados) que já engravidaram. Carolina do Sul, EUA. (n=755)	18-65 anos	AAS**	-----	-----	-----	14,7

* (CTS2) conflicts Tactics Scale 2 (Moraes et al, 2002)

** (AAS) Abuse Assessment Screen (Paker e McFarlane, 1991)

A baixa **escolaridade da mulher e do parceiro** tem sido apontada como importante fator associado tanto à violência em geral como também à violência na gestação (Steward e Cecutti, 1993; Moraes e Reichenheim, 2002; Menezes et al, 2003; Castro e Ruiz, 2004). Castro e Ruiz (2004) observaram que as mulheres que não completaram seis anos da educação primária têm risco 1,77 vezes maior de sofrer violência na gestação que aquelas que têm seis anos ou mais. Neste estudo, a escolaridade do parceiro, contudo, não teve associação significativa com o fenômeno.

Por sua vez, Menezes et al (2003) referem risco quase 10 vezes maior de violência na gestação para mulheres com 0-3 anos de estudo, em comparação com aquelas mulheres que tem 11 ou mais anos e 8,44 vezes maior quando o parceiro tem 0 a 3 anos de estudo.

Assim como na violência contra a mulher de modo geral, ter **antecedente de violência na família da mulher ou do parceiro** têm sido reconhecido como fator de risco para violência na gestação. Castro e Ruiz (2004) apontam que aquelas mulheres que reportaram ter sofrido nível médio ou alto de violência na infância apresentam risco 3,32 vezes maior de ter violência durante a gestação, do que aquelas que referem pouca ou nenhuma violência na infância e risco 1,82 vezes maior quando o parceiro sofreu violência na infância. Menezes et al (2003) reportam risco 2,73 vezes maior entre aquelas que tiveram história de violência familiar, porém não encontram diferença estatística significativa com história de violência na família do parceiro.

Independentemente da exata dinâmica da violência na gestação, os estudos têm apontado o fato de que grande parte das mulheres agredidas na gestação teve **história de violência na vida conjugal** (Jasinski, 2004). Um indicador deste processo é o achado de Castro e Ruiz (2004) de que ter tido violência no ano anterior à gestação atual representa risco 20,25 vezes maior de ter violência na gestação do que aquelas que nunca tiveram. Em análise multivariada, esses autores concluem que em presença de violência no passado próximo, as mulheres teriam 4,5 vezes maior probabilidade de sofrer violência na gestação do que aquelas que não tiveram violência no ano prévio. Os autores concluem então que a violência no ano prévio à gestação é um forte preditor de violência na gestação.

Em relação **a características de vida sexual e reprodutiva**, Coker et al (2004) observaram que as mulheres que reportam VPI na gestação apresentam início da vida sexual em idade mais jovem (aRR = 0,86; IC_{95%} 0,80 a 0,91), têm maior número de parceiros (aRR = 1,02; IC_{95%} 1,01 a 1,03) e de gestações na vida (RR= 1,13; IC_{95%} 1,05-1,23) do que aquelas que não reportam VPI na gestação. Além disto, ajustando-se o modelo pelo número de gestações, os autores concluem que as mulheres que sofrem VPI na gestação engravidam em idade mais jovem.

3. Agravos à saúde associados à VPI na gestação

Analisaremos abaixo os resultados apontados pela literatura a respeito da relação entre violência na gestação e *baixo peso ao nascer, aborto, prematuridade, mortalidade perinatal e morbidades psiquiátricas* por serem os agravos à saúde de interesse ao presente trabalho.

Nos países desenvolvidos, o **baixo peso ao nascer** (BPN) representa a principal causa de mortalidade neonatal e contribui significativamente para o desenvolvimento de morbidades na infância (Murphy et al, 2001). Em função disso, a relação deste fenômeno com a violência na gestação, ou anterior à gestação, tem despertado grande interesse entre os pesquisadores que vêm desenvolvendo estudos com diversos tipos de desenho para avaliarem evidências de associação entre estas duas variáveis. Todavia, os achados, até hoje, têm sido bastante controversos.

Cinco estudos constataam associação positiva entre VPI na gestação e partos de filhos com BPN (Parker et al, 1994; Campbell et al, 1999; Núñez-Rívaz et al, 2003; Neggers et al, 2004, Coker et al 2004). Outros, todavia, não encontraram tal associação (Menezes et al, 2003; Jagoe et al 2000).

Em estudo norte americano com 3103 gestantes sobre violência na gestação como fator de risco para BPN e prematuridade, Neggers et al (2004) observaram odds ratio (OR) de 1.8 para BPN (IC_{95%} 1.3-2.4) e 1.6 para prematuridade (IC 1.1-2.2). Em análise multivariada, estes autores observaram que aquelas mulheres com lesões por agressão física no último ano deram a luz a crianças cuja média de peso foi 75.2g mais baixa que a média de peso dos filhos das mulheres que não tiveram lesão por agressão no último ano.

Contudo, observam os autores, quando '*idade gestacional no parto*' foi acrescentada ao modelo, a média de BPN reduziu apenas 23,5g da média das mulheres sem agressão (Neggers et al 2004).

Coker et al (2004) elaboraram modelo de regressão logística ajustado por idade na gestação, raça, cobertura de seguro de saúde, estado civil e tabagismo antes e depois da gestação e observaram que violência na gestação está significativamente associada ao baixo peso ao nascer (aRR= 2,0; IC_{95%} 1,4 a 3,1). Quando comparadas às mulheres que tiveram partos de filhos nascidos a termo com peso acima de 2500g, aquelas com partos prematuros e BPN (aRR = 2,4; IC_{95%} 1,5 a 4,0) bem como aquelas com parto a termo e BPN (aRR=1,9; IC_{95%} 1,0 a 3,4) tenderam a ter maior prevalência de VPI na gestação. A maior frequência de episódios de VPI durante a gestação também esteve associada ao risco aumentado de baixo peso ao nascer. A experiência de mais de dez abusos durante a gestação esteve associada com parto prematuro com BPN (aRR = 3,3; IC_{95%} 1,7 a 6,2) e com parto a termo e BPN (aRR = 2,9; IC_{95%} 1,2 a 6,6).

Uma recente meta-análise, incluindo oito estudos realizados nos Estados Unidos, Austrália e Noruega, constatou risco (odds ratio) 1.4 vezes maior de BPN entre as mulheres que sofreram qualquer forma de violência na gestação (95% IC – 1.1-1.8) (Murphy et al, 2002).

A relação entre estes dois eventos, contudo, ainda é pouco clara. Coker et al (2004) e Heise et al (1999) sugerem que os traumas abdominais podem levar ao baixo peso ao nascer por induzirem ao parto prematuro. Além disto, as autoras propõem que a violência pode ter efeito indireto na gestação por desencadear na mãe comportamentos maléficos à saúde, tais como tabagismo e alcoolismo, bastante conhecidos por sua associação com BPN. Por fim, existe a hipótese de que o stress e a ansiedade provocados pela violência na gestação podem provocar redução do apetite da mãe, além de baixar a qualidade do sono, das atividades físicas e da procura da mulher por assistência médica. Estas hipóteses estão sintetizadas no diagrama proposto por Coker et al (2004), na figura 1.

Em relação ao **número de abortos**, estudo com amostra de 1897 mulheres assistidas em clínicas de pré-natal em área metropolitana de Portland (EUA), Curry, Perrin e Wall (1998) observaram que as mulheres que sofreram violência tendem a ter

dois ou mais abortos. No Brasil, Schraiber e D'Oliveira (2002,A) observaram diferenças estatisticamente significativas na frequência de abortos entre mulheres que relataram terem sofrido violência física e sexual e as que não relataram violência (respectivamente, em São Paulo, a diferença foi de 28% para 9% e, na Zona da Mata do Pernambuco, a diferença foi de 8% para 3%), confirmando achados de pesquisas internacionais (Heise et al, 1999).

Figura 1. IMPACTO DA VPI DURANTE A GESTAÇÃO NO DESFECHO DA GESTAÇÃO

Em relação à **mortalidade perinatal**, estudo de corte transversal com 755 mulheres de 18-65 anos, em serviço de atenção primária, Coker et al (2004) identificaram associação estatisticamente significativa entre a violência na gestação e morte perinatal. Em análise multivariada, os autores identificam que as mulheres que sofreram violência na gestação tinham risco relativo ajustado [aRR] 2.1 vezes maior de ter filhos com morte perinatal do que aquelas que não foram agredidas (CI = 1.3-3.4). No Brasil, foi observada frequência de neomortos quatro vezes maior entre as vítimas de violência (9,1% versus 2,2% $p = 0,006$) (Menezes et al; 2003).

Diversos estudos têm demonstrado que a violência por parceiro íntimo ou a violência doméstica é fator de risco para algumas **morbidades psiquiátricas**, sobretudo para depressão, transtornos de ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (Coid et al, 2003; Lovisi et al, 2005). Em estudo recente, Lovisi et al (2005) entrevistaram 230 mulheres em maternidade pública do Rio de Janeiro no terceiro trimestre gestacional e encontram 4,2 vezes maior risco de se ter depressão durante a gestação entre as mulheres que sofreram violência doméstica no ano anterior à gestação (OR = 4,2; IC95% 1.5 – 11,8). A definição de casos de depressão foi baseada nos critérios diagnósticos da CID10.

Bacchus et al (2004) entrevistaram 200 mulheres em atendimento pré e pós-natal no hospital escola de Londres e observaram associação entre violência doméstica e notas mais elevadas na escala de depressão pós-natal de Edinburgh (Edinburgh posnatal Depression Scale - EPDS). Todavia os autores não encontraram associação entre violência doméstica e casos de EPDS. Não foram encontrados, contudo, estudos voltados à associação entre VPI na gestação e sintomatologias psiquiátricas identificadas através do instrumento SRQ20.

III. Objetivos, metodologia de estudo e desenho da pesquisa:

1. Objetivos específicos à abordagem quantitativa

Referentes à amostra A (usuárias de serviços de saúde da Grande São Paulo, entre 15 e 49 anos, que já engravidaram alguma vez na vida):

- a) Estimar a prevalência de qualquer tipo de violência que ocorre no período da gestação.
- b) Verificar se o tipo, a frequência e a gravidade da violência perpetrada por familiar na vida estão associados à VPI na gestação.
- c) Verificar se fatores de saúde reprodutiva, sexual e mental e fatores sócio-demográficos estão associados à VPI na gestação.

Referente à amostra B (usuárias de serviços de saúde da Grande São Paulo, entre 15 e 49 anos, que relataram VPI na vida e já engravidaram):

- d) Verificar se há associação entre a frequência, o tipo e a gravidade de violência perpetrada por parceiro íntimo na vida da usuária e a ocorrência de VPI durante a gestação.

2. Objetivos específicos à abordagem qualitativa

- e) Conhecer a percepção e opinião de **mulheres gestantes** sobre a violência por parceiro íntimo durante a gestação e seu reconhecimento como questão de saúde.
- f) Conhecer a história de vida de **mulheres que viveram situações de violência na gestação** de modo a identificar *práticas de sentido* relativas ao fenômeno, bem como o significado atribuído à paternidade, à maternidade, à gestação e à vida conjugal.

3. Desenho da pesquisa

Neste presente trabalho, utiliza-se de formas quantitativas e qualitativas de produção e análise de dados. A primeira recobre os objetivos específicos a), b), c) e d) e consiste em análise estatística das prevalências e dos fatores associados à violência na gestação, obtidos por questionário aplicado em entrevistas com usuárias. A segunda consiste em interpretação dos relatos em grupos focais, que recobre o objetivo específico e) e interpretação dos depoimentos orais em relatos de vida de mulheres que experimentaram violência na gestação, que recobre o objetivo específico f).

A escolha destas três formas de abordagem empírica deve-se à constatação de que constituem estratégias complementares de produção de dados para compreensão mais profunda da temática da violência contra a mulher no período da gestação. A seguir descrevemos em detalhes cada um destas formas.

3.1 - Formas quantitativas de produção de dados

Desenho

A **parte quantitativa** consiste em análise de banco de dados produzido em pesquisa realizada no período de março a dezembro de 2002 e intitulada *‘Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o programa de saúde da mulher’*. Esta pesquisa procurou investigar a ocorrência de casos de violência doméstica e sexual entre 3193 mulheres, de 15 a 49 anos, usuárias de 19 serviços de saúde da Grande São Paulo que são porta de entrada da rede pública de saúde. Neste estudo foram utilizadas técnicas quantitativas e qualitativas, incluindo: a) entrevistas com aplicação de questionários com as usuárias para verificar a ocorrência de casos de violência e sua situação de saúde; b) levantamento de seus prontuários médicos com o objetivo de identificar como foram usadas as atividades assistenciais oferecidas pelos serviços e, ainda, quais foram as demandas e os diagnósticos; c) realização de sete grupos focais com mulheres usuárias de serviços e d) entrevistas semi-estruturadas com 53

profissionais de saúde. A principal questão deste estudo foi a caracterização da *violência como questão da esfera da Saúde*, sendo a prevalência entre usuárias apenas um de seus aspectos.

No presente trabalho, recorrer-se-á a partes desta *pesquisa maior*¹⁰ referentes aos dados quantitativos produzidos a partir das entrevistas por questionário com as usuárias, bem como aos dados qualitativos produzidos nos três grupos focais realizados com mulheres gestantes. Não descreveremos com detalhes os outros instrumentos utilizados, nem mesmo os resultados obtidos na *pesquisa maior*. Cabe referir, no entanto, que, no sentido da identificação das prevalências de violência na gestação este banco de dados corresponde à população de baixa renda ou estratos sociais de menor escolaridade, bem como corresponde, por outro lado, à grande maioria da população da GSP, que é, efetivamente usuária do sistema público de saúde.

Local

Na *pesquisa maior*, participaram ao todo 19 serviços de saúde, sendo 14 do município de São Paulo e 05 da Grande São Paulo - Santo André, Diadema e Mogi das Cruzes. Estes serviços foram eleitos por conveniência, mas recobrem todas as regiões da cidade de São Paulo (Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro), além dos outros três municípios da Grande São Paulo já citados. Por seu pertencimento a distintas redes administrativas regionais ou locais, os serviços foram classificados em 9 sítios de pesquisa, alguns com apenas 1 serviço e outros com até 6 serviços, sendo cada região da cidade agrupada em um sítio. A amostra de usuárias foi desenhada por sítio, permitindo suas análises independentes (por conglomerado), como se vê no quadro 2.

No presente trabalho, com o objetivo de homogeneizar a amostra de usuárias quanto à forma de acesso e tipo de demanda, serão analisados os resultados obtidos em apenas 14 destes serviços, classificados em 7 sítios de pesquisa. Foram **excluídos** do presente estudo, os dados obtidos na *pesquisa maior* que dizem respeito a usuárias de

¹⁰ Daqui para frente para evitar possíveis confusões, a pesquisa “Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de Saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para programas de saúde da mulher”, será referida como **pesquisa maior**, cujo relatório final encontra-se em Schraiber et al (2003).

serviços que têm formas particulares ou específicas de captação da clientela, caracterizadas pela busca ativa de casos no âmbito do local de moradia ou do trabalho. Tais dados são referentes aos serviços que compõem o Programa de Saúde da Família (sítio região leste), bem como aqueles referentes à população de exclusão social e de difícil vinculação ao serviço do Centro de Saúde Escola Barra Funda (caso especial dentro do sítio Barra Funda). No caso da clientela em situação de exclusão social do CSEBF, denominada **usuárias com discriminação positiva**, é realizada uma política ativa de entrada e conquista de adesão, a partir da qual são oferecidas “portas de atendimento especiais”, via de regra funcionando sob convocação, mas que podem também entrar na Unidade de forma espontânea. Este agrupamento populacional é caracterizado por: profissionais do sexo, moradoras de rua e moradoras da favela local (um território em particular).

Além desses, foram **excluídos** dados da *pesquisa maior* referentes a outro caso especial: as usuárias atendidas no Centro de Referência e Treinamento em DST e HIV/AIDS (CRT/AIDS), tanto na porta do pronto atendimento como no centro de orientação e aconselhamento sorológico (COAS). Por este serviço constituir centro de referência de atendimento a pessoas portadoras do vírus HIV, supôs-se que suas usuárias poderiam apresentar características distintas do restante da amostra quanto à ocorrência de violência.

Desta forma, trabalha-se aqui **exclusivamente** com os dados referentes aos serviços do tipo *ambulatorial*, *porta de entrada única* para atendimento a mulheres no sistema público de saúde e de *demanda espontânea*. A **entrada** é definida como a via pela qual a usuária alcança a assistência que pretende, e no caso dos serviços que compõem este estudo, tal entrada é constituída como **porta única**. Ou seja, esta entrada é a via que promove o primeiro contato da usuária com a unidade e a partir do qual está aberto seu acesso (Schraiber et al, 2002b). A clientela constituída como **demanda espontânea** é aquela em que a mulher reconhece a necessidade de cuidados e vai à unidade em busca de assistência.

No quadro 2 estão expostos os dados referentes ao tamanho da amostra estimada e o número de questionários aplicados em cada sítio de pesquisa analisados no presente

trabalho. Eles estão contidos as regiões Norte, Sul, Oeste e Centro da cidade de São Paulo e os três municípios da Grande São Paulo, que correspondem ao prolongamento da zona leste e sudeste da cidade.

Quadro 2. Sítios de pesquisa, serviços e aplicação de questionários por serviço

Sítios de pesquisa e Serviços ou subpopulações	Amostra	Questionários aplicados
Sítio NúcleoI:		336
CSs: Pinheiros; Caxingui; Rio Pequeno; Vera Cruz; Bom Retiro; Vila Ipojuca.	335	56; 56; 56 56; 56; 56
Sítio CSE Barra Funda pop comum	335	325*
Sítio II Paraisópolis CSII Paraisópolis	335	337
Sítio IV Carandiru CSII Carandiru	335	335
Sítio DIR II Santo André UBSs: Vila Luzita; João Ramalho; Vila Guiomar	335	335 112; 112; 111
Sítio DIR II Diadema UBS Vila Nogueira	335	335
Sítio DIR III Mogi das Cruzes HC Luzia de Pinho Melo	335	336
Total	2106	2339

* Em razão das particularidades do estudo realizado neste serviço, já mencionadas acima, a amostra final foi um pouco menor do restante.

Tamanho da amostra

O cálculo do tamanho da amostra para o estudo de corte transversal foi baseado em uma prevalência esperada de violência doméstica contra a mulher de 32%. Neste cálculo da amostra foi levado em conta o fato de que em uma pesquisa anterior, realizada em 1998 (Schraiber e D'Oliveira, 1999) foi encontrada uma prevalência de violência doméstica entre usuárias de 15 a 49 anos de um serviço de atenção primária na região do Butantã do Município de São Paulo igual a 32%, para pelo menos 1 episódio na vida dessas mulheres. As usuárias dos 07 sítios foram identificadas como usuárias similares às

daquele serviço estudado, chegando a uma amostra de 335 usuárias para uma precisão de 0,05, por sítio de pesquisa, considerados, como já dito, unidades independentes entre si, ou conglomerados.

A população estudada

As mulheres elegíveis foram aquelas que se dirigiam aos serviços a procura de atendimento para si mesmas, nas áreas de saúde da mulher e saúde do adulto, preferencialmente para consulta com clínico geral e/ou ginecologista. Além do critério idade (de 15 a 49 anos), essas mulheres deveriam ter usado o serviço anteriormente pelo menos uma vez e/ou ter matrícula no serviço e estarem em condições individuais, físicas e mentais, apropriadas para responderem ao questionário.

Do total de 2339 mulheres entrevistadas nos 14 serviços pesquisados, excluiu-se do estudo aquelas mulheres que nunca engravidaram (409 mulheres) e aquelas em relação às quais o questionário apresentava erro de aplicação nas respostas sobre VPI na gestação (8 mulheres), chegando a uma amostra final de 1922 mulheres. Desta amostra, caracterizou-se inicialmente alguns dados sócio-demográficos, de saúde reprodutiva e mental e histórico de violência familiar, bem como a prevalência da VPI física, psicológica e sexual na vida e na gestação dessa população. Em análise uni e multivariada, analisou-se a associação entre a ocorrência de VPI na gestação (desfecho) e fatores sócio-demográficos, de saúde reprodutiva e sexual, bem como histórico de violência familiar na vida.

Para explorar melhor a violência na gestação, optou-se por investigar com uma subamostra constituída pelas mulheres que já sofreram VPI na vida, a existência de algum padrão de tipo, gravidade e repetitividade da VPI na vida entre aquelas mulheres que relatam VPI na gestação, em contraste com aquelas que sofrem exclusivamente fora da gestação.

Assim, trabalhou-se com as mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo e que já engravidaram na vida (subamostra B). Com esta subamostra, é feito breve estudo para se investigar a existência de associação entre a história de VPI na vida e ocorrência de VPI na gestação. Ou seja, procurou-se investigar se as mulheres que sofreram VPI na

gestação apresentam padrão diferente de frequência, gravidade e prevalência de violência por parceiro íntimo na vida, em relação àquelas que sofreram VPI fora da gestação. Conforme apresentamos na introdução, este recorte visa testar a hipótese de que a VPI representa sinal de padrão bastante grave de VPI na vida.

Gráfico 1. Relação entre a amostra A e a subamostra B

Procedimento de realização das entrevistas

O convite para participação da pesquisa foi feito sistematicamente a todas as mulheres que aguardavam o atendimento médico em sala de espera ou àquelas que procuravam o serviço para agendamento de consultas ou exames. As entrevistas foram realizadas antes ou depois das consultas, conforme conveniência das usuárias e dos profissionais do serviço. Evitou-se assim perturbar o atendimento das mulheres, bem como o desempenho dos profissionais nas atividades e funcionamento dos serviços. A aplicação dos questionários teve duração média de 30 minutos.

Considerando-se que ao longo da semana o volume e o tipo de demanda pode variar, sobretudo, em dias próximos aos finais de semana, a captação de casos foi obrigatoriamente distribuída por todos os dias da semana. Assim, procurou-se garantir na amostra ao menos uma semana completa por serviço estudado.

Em todos os serviços a questão da privacidade para a realização das entrevistas foi uma preocupação constante, para garantir o não constrangimento por parte da entrevistada, além de evitar a não revelação por dificuldade em se falar de um assunto tão íntimo, delicado e, muitas vezes, sofrido. As entrevistas ocorreram em espaço privativo ou consultórios médicos onde não havia atendimento ou em salas de enfermagem, de assistentes sociais e até na sala da direção cedida pela gerência. Os ambientes estiveram sempre adequados e arrumados, permitindo um espaço favorável para o desenrolar da entrevista. As recusas, não estudadas, representaram menos do que 0,5%, não caracterizando nenhum sítio em especial. Além disto, não ocorreu nenhuma desistência ao longo das entrevistas.

Garantiu-se também que caso ela não quisesse participar ou sentisse vontade de interromper a entrevista a qualquer momento, seu atendimento no serviço não seria, de forma nenhuma, prejudicado, sendo facultativo participar ou não da entrevista. Depois de aceitar o convite à participação, era explicado às usuárias que se tratava de pesquisa sobre saúde da mulher e uso dos serviços. Perguntou-se especificamente sobre o desejo de dar continuidade à entrevista no momento do questionário em que se abordou diretamente a questão da violência.

Como procedimento ético, as entrevistas eram precedidas de leitura e assinatura de um Consentimento Informado (Anexo IV). Além disto, neste momento, reafirmava-se o sigilo das informações ali reportadas. Por se tratar de temática que se considerou 'sensível', atenção e cuidados adicionais foram levados em conta na abordagem das entrevistadas, na condução da entrevista e, quando necessário, no acolhimento e encaminhamento assistencial. Portanto, foi oferecido suporte assistencial às mulheres entrevistadas que relataram situações de violência vividas no presente ou passado, por meio de entrega e orientação de uso, quando manifestavam interesse, do mini-guia de serviços que atendem mulheres em situação de violência.

As entrevistadoras selecionadas para o trabalho de campo eram experientes na temática e avaliadas quanto à qualidade de seus questionários em pesquisa domiciliar realizada anteriormente (Schraiber et al, 2002a). Além de especialmente treinadas para um primeiro acolhimento da usuária em situação de violência, as entrevistadoras também receberam suporte psico-emocional ao longo do trabalho de campo. Este suporte ocorreu

em separado às supervisões acerca do adequado preenchimento do questionário, nas quais foi feito acompanhamento de revelação por pesquisadora.

Vale comentar o fato de que, ao longo do campo, observamos interesse pelo mini guia tanto entre aquelas mulheres que revelaram viver em situação de extrema violência, como entre aquelas que não experimentaram situação parecida. Muitas vezes pediam exemplares a mais para entregar a vizinhas, amigas, irmãs e parentes que vivem situações de violência.

Instrumento

O instrumento utilizado nas entrevistas foi um questionário fechado com 54 questões distribuídas em cinco blocos temáticos. A estrutura do questionário (Anexo 1) consta de um primeiro bloco relativo a características de identificação do serviço e usuária e características sócio-demográficas e familiares.

Um segundo bloco aborda aspectos de saúde reprodutiva e sexualidade incluindo a presença de sintomas relacionados às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a realização do teste para detecção do vírus HIV. Ainda neste bloco, as questões que seguem levantam problemas de saúde referidos, como a presença de transtorno mental comum (TMC). Para estimar a prevalência de TMC, foi utilizado o instrumento *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) (Harding et al, 1980 apud Mari e Williams, 1986) com validade e confiabilidade para triagem na população brasileira (Mari & Williams, 1986). O SRQ-20 é um instrumento de triagem com 20 itens para identificação de problemas de saúde mental em adultos da comunidade, especialmente de países em desenvolvimento. A versão atual, composta por 20 questões do tipo sim - não foi desenvolvida para detectar casos prováveis de depressão, ansiedade e transtornos mentais com queixas somáticas. Este instrumento cobre transtornos mentais comuns/freqüentes encontrados na comunidade e nos serviços de atenção primária, porém, não é equivalente nem substitui o diagnóstico clínico. No Brasil, os indivíduos de sexo feminino com escores acima de sete no SRQ-20 são considerados casos (Mari e Williams, 1986).

O terceiro bloco aborda especificamente as questões sobre diversas formas de violência (psicológica, física e/ou sexual) vividas pelas mulheres e praticadas por parceiro íntimo atual ou anterior. As questões referem-se a comportamentos e situações

concretas acontecidas na relação com o parceiro íntimo atual ou anterior na vida ou no último ano. O instrumento utilizado para identificar a ocorrência de *violência física* foi a escala de táticas perante o conflito CTS (Conflicts Tactics Scale), modificado por WHO (1998) – VAW Study, para medir a frequência e a gravidade de atos específicos de violência física entre parceiros íntimos. O que este instrumento explora são experiências relatadas de forma específica e definidas em atos de violências, tais como, tapas, socos e pontapés. Já a *violência psicológica e a sexual* foram investigadas com perguntas do questionário elaborado no WHO-VAW Study, usado no Brasil em estudo populacional conduzido entre 2000- 2001 (Schraiber et al, 2002).

O quarto bloco procurou explorar situações de violência perpetrada por pessoas próximas que não parceiro íntimo (familiares e amigos) e por outros (vizinhos, conhecidos e desconhecidos).

O último bloco refere-se à percepção da mulher sobre a ocorrência do episódio de violência na vida, isto porque, mesmo tendo respondido que sofriam violência, muitas não reconheciam o ocorrido como violência, e sim como algo “natural” inerente às relações de casal. Ainda foi incluída uma questão com uma breve avaliação do estado de bem-estar da usuária ao final da entrevista e a possibilidade da temática violência ser abordada de forma rotineira pelos profissionais do serviço de saúde que frequenta.

No presente estudo, utilizar-se-á dados contidos nos **quatro primeiros blocos**, isto é, referentes às características sócio-demográficas da mulher; a aspectos da saúde reprodutiva, sexualidade e saúde mental, bem como à frequência, tipo e gravidade da violência cometida por familiar e por parceiro íntimo atual ou ex-parceiro.

Variáveis incluídas no estudo

a) Informações sócio-demográficas:

As variáveis que se referiram às características sócio-demográficas da mulher foram: idade, escolaridade (anos de estudo, se estudou), estrato sócio-econômico, raça/cor da pele, prática religiosa e situação conjugal.

Para classificação do **estrato sócio-econômico** adotou-se o critério da ABIPEME (Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado), utilizado em outras

pesquisas em saúde reprodutiva, como a PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde). Este critério é composto por cinco categorias sócio-econômicas identificadas pelas letras A, B, C, D e E e construídas a partir da somatória de pontos adquiridos pela combinação do nível de instrução do chefe da família, adaptado neste estudo para a instrução da entrevistada, independentemente de ela ser ou não o chefe de família, posse qualitativa e quantitativa de bens de consumo duráveis (eletrônicos e eletrodomésticos), além de possibilidade de contratação de serviços domésticos (empregadas domésticas).

Quanto à **prática religiosa**, optou-se por investigar a prática religiosa da usuária, preferivelmente a sua religião. Também não se considerou a existência de múltiplas práticas religiosas, levando-se em conta apenas aquela que a entrevistada destacou como sua principal prática.

Em relação à **situação conjugal** das usuárias, o questionário privilegiou a classificação pela situação de conjugalidade e de relacionamento sexual das mulheres, sem, portanto, levar em conta o estado marital ou civil. Desta maneira, as mulheres foram agrupadas entre as que eram casadas ou viviam com o seu companheiro; aquelas que tinham parceria sexual, mas não conviviam; aquelas que tinham namorado, mas não tinham relação sexual e aquelas que estavam solteiras à época da entrevista, sem parceria sexual.

A **raça/cor da pele** foi considerada aquela auto-referida pelas mulheres depois de apresentadas as seguintes classificações: branca, preta, amarela, mulata e outras mestiças. Caso a entrevistada não se identificasse com nenhuma daquelas cores de pele poderia responder à categoria outras, revelando ao pesquisador sua cor auto-referida. Em seguida, as respostas inseridas na categoria outras foram reclassificadas segundo os critérios do IBGE.

b) Vida reprodutiva e sexualidade: definições e medidas:

As variáveis referentes à vida reprodutiva e à sexualidade das mulheres foram: idade de início das relações sexuais, número de gestações, número de filhos nascidos vivos, número de abortamentos, número de filhos nascidos mortos, número de filhos com baixo peso ao nascer (considerou-se com baixo peso ao nascer aqueles filhos nascidos com peso abaixo de 2,5kg) e recusa de camisinha pelo parceiro para prevenção de alguma

doença. Em relação à ocorrência de abortamentos, o questionário não discriminou aqueles que ocorreram de modo espontâneo daqueles intencionalmente provocados.

c) Saúde mental:

A variável que compôs o escore de saúde mental referiu-se a presença ou ausência de **transtornos mentais comuns** (TMC), tendo como corte para se considerar TMC *oito ou mais* respostas sim no SRQ-20 (Mari & Williams, 1986).

c) Violência familiar:

A violência familiar foi estudada separadamente por **tipo de violência** - psicológica, física ou sexual - **tipo de agressor** - mãe, pai/pai adotivo, irmão e outros familiares (tio, tia, cunhado, cunhada, sogra, sogro, etc...) e **frequência ou repetição** dos episódios - uma, poucas ou muitas vezes na vida.

Definiu-se a *violência psicológica* pela resposta sim à pergunta: ‘Alguma outra pessoa (que não o parceiro íntimo), na sua vida, já insultou você, depreciou ou humilhou, ou fez com que você se sentisse mal?’. A *violência física* por familiar foi definida pela resposta sim à pergunta: ‘Alguma outra pessoa (que não o parceiro íntimo), já bateu, deu tapas, chutou ou machucou você fisicamente ou de outra forma?’ A *violência sexual* foi definida por uma resposta sim à pergunta: ‘Alguma outra pessoa já forçou você a ter relação sexual contra sua vontade?’

A **frequência da violência** familiar foi analisada a partir de três variáveis que descrevem o gradiente de repetição em que o ato ocorreu: uma vez, poucas vezes e muitas vezes. Considerou-se **muitas vezes**, ao menos uma resposta sim na categoria *muitas vezes* referente ao tipo de violência considerado na ocasião; **poucas vezes**, ao menos uma resposta sim na categoria *poucas vezes* e nenhuma resposta *muitas vezes*; **uma vez** aquelas que responderam ao menos uma resposta *uma vez* e nenhuma resposta *poucas ou muitas vezes*.

d) Violência por parceiro íntimo:

Definiu-se como parceiro íntimo qualquer marido/companheiro ou namorado que a usuária teve ao longo da vida com relação sexual, isto é, atual ou anteriormente.

A violência por parceiro íntimo foi investigada por tipo (psicológica, física e sexual), frequência (uma, poucas e muitas vezes) e por gravidade (moderada e grave). Foi considerada **violência psicológica por parceiro íntimo** ao menos uma resposta sim às questões: seu atual/marido, ou qualquer outro companheiro ou namorado (a) alguma vez, tratou você da seguinte forma: a) Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma? b) depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas? c) Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito (p ex. a forma como ele te olha, como ele grita, como ele quebra as coisas/objetos pessoais)? d) Ameaçou machucá-la ou alguém ou algo de que(m) você gosta?

A **violência física** foi definida por qualquer resposta sim às perguntas: seu atual/marido, ou qualquer outro companheiro ou namorado (a) alguma vez, tratou você da seguinte forma: a) deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la? b) Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão? c) Machucou-a com um soco ou com algum objeto? d) Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você? e) estrangulou ou queimou você de propósito? f) ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?

A **violência sexual** foi considerada alguma resposta sim às perguntas: seu atual/marido, ou qualquer outro companheiro ou namorado (a) alguma vez, tratou você da seguinte forma: a) forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria? b) Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele (a) pudesse fazer? c) forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?

A **violência na gestação** foi definida pela resposta sim à pergunta: algumas destas vezes (que viveu alguma das situações descritas acima) você estava grávida? Portanto, o evento denominado por *violência na gestação*, refere-se, mais precisamente, aos casos em que a violência ocorreu *também* na gestação, mas não exclusivamente neste período.

Foram criadas variáveis derivadas dos três diferentes tipos de violência (psicológica, física e sexual) considerando-se **o número de formas de violência** reportado por cada usuária. As respostas foram classificadas entre aquelas que incluísem um tipo apenas de violência, aquelas que envolvessem dois tipos e aquelas que conjugassem os três tipos.

A **freqüência da violência** foi analisada a partir de três categorias que descrevem o gradiente de repetição em que o ato ocorreu: uma vez, poucas vezes e muitas vezes. Considerou-se **muitas vezes**, ao menos uma resposta sim na categoria *muitas vezes* referente ao tipo de violência considerado na ocasião; **poucas vezes**, ao menos uma resposta sim na categoria *poucas vezes*, e nenhuma resposta *muitas vezes*; **uma vez** aquelas que responderam ao menos uma resposta *uma vez* e nenhuma resposta *poucas* ou *muitas vezes*.

Análises preliminares da *pesquisa maior*, bem como em estudo populacional (Schraiber et al 2002a) sugerem que há um gradiente de **gravidade** nos atos de violência psicológica (insulto, humilhação, intimidação e ameaça). Observou-se que *insulto* e *humilhação* são os atos que caracterizam a violência psicológica na sua ocorrência exclusiva. Por sua vez, quando os demais atos – *intimidação* e *ameaça* – estão presentes, há em grande parte das vezes associação da violência psicológica com a física e/ou sexual.

Baseando-se nesta análise, criou-se uma variável sobre a gravidade da violência psicológica, considerando-se **moderada** aquela que inclui exclusivamente os atos de insultos e humilhações e considerando **grave** aquela que inclui ao menos um dos demais atos (intimidação e ameaças).

Foi realizado corte semelhante para os atos de violência física, com base na literatura e protocolo da pesquisa nesta temática (WHO-VAW Study; 1998). Considera-se **moderada** a violência caracterizada por tapas, empurrões, tranco ou chacoalhões e **grave** aquela caracterizada por socos, chutes, surras, estrangulamento ou queimaduras, ameaça ou uso de arma de fogo, faca ou qualquer outro tipo de arma, conforme já estipulado pelo instrumento WHO-VAW Study (1998).

Análise

Para confecção e limpeza do banco de dados foi utilizado o programa FOXPRO 2.6 para Windows. A entrada de dados se deu por meio de uma dupla digitação, para que fossem identificados erros de digitação seguida por checagem de consistência dos dados. O tratamento estatístico foi realizado usando os programas STATA™ 8,0 e SPSS, 8,0.

A análise descritiva para caracterização da amostra de usuárias foi realizada através do cálculo de medidas de tendência central (média aritmética) e de dispersão (desvio padrão) para as variáveis contínuas e de frequência para as variáveis categóricas. Calculou-se a estimativa da prevalência de violência na gestação com cálculo do intervalo de 95% de confiança (IC_{95%}). Para a estimativa das associações de variáveis explanatórias com a presença de violência na gestação foram calculadas as razões de prevalência (RP), com os respectivos IC_{95%} e realizados testes de qui-quadrado (X²) ou qui-quadrado de tendência linear (no caso de variáveis ordenadas) para testar a significância estatística das associações. Admitiu-se nível de significância estatística $p = 0,05$.

Além da Razão de Prevalência, também foi calculado o Odds Ratio (OR) bruto das variáveis independentes estudadas. Em seguida foi feita análise multivariada através da construção de um modelo de regressão logística, com cálculo do OR ajustado. Foram incluídas no modelo as variáveis que apresentaram associação com a ocorrência de VPI na gestação com $p < 0,20$, bem como aquelas com relevância teórica para a análise. Permaneceram no modelo as variáveis independentes que se mantiveram associadas ao desfecho após o ajuste por todas as variáveis incluídas ($p < 0,05$ no teste de Wald) e aquelas consideradas relevantes pela literatura. A contribuição de cada variável para o modelo foi testada com o uso do teste da razão de verossimilhança (likelihood ratio test) e o ajuste do modelo foi testado com o uso do teste de ajuste de Hosmer-Lemeshow.

3.2 Forma qualitativa de produção e interpretação de dados

A **parte qualitativa** do presente estudo é composta por duas estratégias metodológicas: os grupos focais, com a produção de falas e diálogos intra-grupos e as entrevistas em profundidade, com a produção de narrativas e depoimentos singulares do vivido pelas mulheres. A seguir descreveremos com maiores detalhes cada uma destas técnicas e o trabalho de campo.

Os grupos focais

Foram realizados três grupos focais com mulheres gestantes no Centro de Saúde Escola Barra Funda com o propósito de investigar a percepção e opinião dessas mulheres sobre o fenômeno da violência no âmbito da vida conjugal, com enfoque específico na ocorrência deste fenômeno no período da gravidez.

O grupo focal é uma técnica de pesquisa que permite a identificação e o levantamento de opiniões e percepções correntes no imaginário grupal sobre o assunto estudado. Ele proporciona ao pesquisador o conhecimento das representações e conceitos vigentes naquele grupo, através da produção de reflexões/discussões que expressam tanto os confrontos de idéias, quanto às concordâncias em torno de uma mesma questão.

Em nosso caso, esta estratégia metodológica foi elaborada e realizada simultaneamente à aplicação dos questionários, não tendo, portanto, o objetivo de responder às questões levantadas na análise daqueles dados. Seu objetivo foi abordar questões não contempladas nos questionários relativas à percepção e à opinião das mulheres gestantes sobre a violência por parceiro íntimo neste período, bem como sobre o uso dos serviços de saúde em situações de violência.

O convite às participantes foi feito durante o grupo de gestantes realizado na sala de espera do atendimento pré-natal do serviço e os critérios para seleção das participantes foram estar matriculada no serviço e estar grávida. O número de participantes foi 4 no primeiro grupo, 7 no segundo e 9 no terceiro, sendo que elas se encontravam em diferentes estágios da gestação.

No início do grupo as participantes preencheram uma ficha de identificação, com dados pessoais e do parceiro relativos à escolaridade, renda, posses de bens e características de saúde reprodutiva. (anexo 2)

O roteiro que orientou o andamento dos grupos focais estruturava-se em três partes: a) discussão sobre relações e conflitos familiares b) consequências da violência para a saúde e c) uso de serviços de saúde em casos de violência por parceiro íntimo (anexo 3).

Na primeira parte, tivemos o propósito de abordar diretamente a questão dos conflitos e da violência no âmbito da família, da conjugalidade e da rede social mais próxima. Procuramos enfatizar os contextos de ocorrência da violência, seus motivos e desfechos além de contemplar as diferenças na participação de homens e mulheres nestes episódios. Tivemos como objetivo também conhecer as mudanças no relacionamento conjugal associadas à gravidez, principalmente no que se refere aos episódios de violência.

O objetivo da segunda parte foi discutir as consequências da violência para a saúde e qualidade de vida dos envolvidos. Por fim, na terceira parte, buscamos conhecer a percepção e opinião das participantes quanto à intervenção nestas situações, tanto por parte de parentes próximos, amigos ou vizinhos como por parte de profissionais do serviço.

Entrevistas em profundidade

A segunda estratégia metodológica consiste na realização de quatro entrevistas em profundidade com mulheres que sofreram violência no período da gestação. Por meio destas entrevistas, busca-se conhecer as experiências de vida destas mulheres e o sentido que atribuem à experiência da violência e da gestação, de modo a identificar, em suas biografias, suscetibilidades à VPI na gestação.

A escolha deste instrumento de pesquisa apóia-se na constatação de que o relato pessoal sobre a experiência vivida constitui rica técnica de pesquisa que traz a vantagem de expressar ao mesmo tempo dimensões singulares e coletivas do fenômeno estudado. Se por um lado, esta técnica privilegia a experiência concreta e a percepção subjetiva do

vivido, por outro, ela revela dimensões coletivas uma vez que o pensamento do entrevistado sobre a experiência vivida é uma construção que se determina na vida em sociedade (Schraiber,1995).

Esta concepção fundamenta-se em certa representação dialética da subjetividade, através da qual a psique é compreendida não como resposta, nem como reflexo do objetivo, e sim como produção de um sujeito que se organiza unicamente em suas condições de vida social, sem ser, contudo, efeito linear de nenhuma dessas condições. Nesta perspectiva, a *subjetividade* não é tida como qualidade oposta à objetividade, mas como uma das qualidades da existência objetiva. Com efeito, é uma qualidade que acrescenta uma dimensão de *sentido* aos fenômenos, um sentido que é responsável pela forma que esses fenômenos adotam nos sistemas de relações do sujeito e seus comportamentos individuais.

Nesta perspectiva, a produção individual de sentido tem sua gênese no encontro singular de um sujeito com uma experiência social concreta (Rey, 2004). Esse encontro pode se produzir tanto em nível consciente, no qual o sujeito é capaz de falar sobre vários elementos da experiência vivida, que podem ou não ser portadores de sentido, como em outro nível, no qual o sujeito experimenta emoções que não consegue explicar e sobre as quais, às vezes, nem tem consciência. Rey (2004) sugere que ambos os níveis de expressão de sentido subjetivo da experiência integram em unidade indissolúvel a história do sujeito e o contexto social da experiência subjetivada, provocando formas diferentes de conduta, emoções e representações que acompanham a posição do sujeito diante de cada situação vivida.

Sartre propõe a dialética do subjetivo e do objetivo, mostrando a necessidade conjunta da *interiorização do exterior* e da *exteriorização do interior*. O autor afirma que “Ora, sentir é já superar, em direção à possibilidade de uma transformação objetiva; na prova do vivido, a subjetividade volta-se contra si mesma e arranca-se ao desespero pela objetivação. Assim, o subjetivo retém em si o objetivo que ele nega e que supera em direção de uma objetividade nova.” (1967;81,2)

Esta abordagem rompe com visões psicológicas centradas no indivíduo e nos seus processos internos, colocando em evidência a psique humana como um sistema complexo fundamentalmente vinculado às *ações* e à *vida intersubjetiva*. Esta perspectiva favorece a

superação da dicotomia entre vida subjetiva/individual e vida objetiva/social ao propor um enfoque dialético que supõem um processo no qual “a psique está configurada socialmente e, ao mesmo tempo, é constituinte do social dentro do processo em que se configura”(Rey, 2004). Assim, o social deixa de ser tomado como uma influência externa objetiva que define o interno subjetivo e passa a ser um *sistema complexo* de natureza subjetiva, dentro do qual se desenvolve.

A partir deste referencial, a análise das entrevistas enfoca a dimensão subjetiva da vulnerabilidade à violência com base nos três níveis de análise propostos por Delor e Hubert (2000), isto é, o nível da trajetória social, da intersecção das trajetórias e o nível do contexto social. Por dimensão subjetiva nos referimos: **no âmbito da trajetória social**, aos *projetos de vida* e à percepção de futuro; **no âmbito da interação das trajetórias**, às representações de gênero que envolve a relação com parceiro e **no âmbito do contexto social**, à percepção subjetiva das normas e às interpretações pessoais e expectativas relacionadas à vida amorosa, à vida em comum, à gestação, à maternidade e à paternidade.

Em conformidade com a técnica da entrevista em profundidade, não há prévia delimitação do número de sujeitos a serem investigados uma vez que estes não constituem um ‘amostra’ no sentido da possível inferência estatística dos achados e, sim, uma ‘amostra’ no sentido de representarem sujeitos sociais existentes e possíveis. Assim, podemos entrevistar um sujeito apenas (Fernandes, 1971) ou tantos quanto for o suficiente para que o pesquisador forme um quadro compreensivo das questões estudadas, o que é conhecido como *critério de saturação* (Schraiber, 1995; Bertaux, 1981). Em nosso caso, realizamos quatro entrevistas que permitem levantar novas questões e fornecem novas perspectivas a respeito do que já se conhecia.

Uma das razões apontadas pela literatura para um número limitado de participantes é o volume de material a ser analisado. No total, foram gravadas 10hs de entrevistas, representando 300 páginas de material escrito. Todas foram transcritas e submetidas à *conferência de fidelidade* conforme dispõe a técnica.

O contato com as entrevistadas ocorreu por intermédio de três instituições: 1. O Centro de Saúde-Escola Samuel B. Pessoa (CSESBP), através do CONFAD, programa do Setor de Atenção à Saúde do Adulto de um serviço de atenção primária à saúde, que

oferece orientações básicas e apoio às mulheres vivendo situação de violência, além de assistência médica e psico-social; 2. A Casa Eliane de Grammont, instituição governamental vinculada à secretaria de Governo do município de São Paulo que faz orientações jurídicas e sociais, bem como acompanhamento psicológico a mulheres nesta situação; 3. A Subprocuradoria Geral do Estado que indicou uma advogada ligada às Delegacias de Defesa da Mulher (DDM).

A princípio, foi solicitado a profissionais destas três instituições que identificassem usuárias que tivessem filhos até 5 anos e que tivessem vivido episódios de violência por parceiro íntimo no período da gestação. O tempo de cinco anos para a experiência da última gestação foi o critério selecionado para reduzir o viés de memória. No CSESBP foram levantados prontuários médicos e analisada a elegibilidade de todas as mulheres que foram assistidas pelo CONFAD, desde 2003. Neste serviço, foram identificadas treze usuárias das quais duas foram localizadas e uma consentiu em ceder entrevista para a pesquisa. Muitas mulheres não possuíam telefone para contato, o telefone estava fora de serviço ou já não moravam mais no mesmo local. Na Casa Eliane de Grammont, foram identificadas duas usuárias que aceitaram participar do estudo. Na Delegacia de Defesa da Mulher, uma advogada nos encaminhou uma cliente que havia sofrido violência no período da gestação e que consentiu em participar da pesquisa.

O tempo de duração das entrevistas variou entre duas e três horas. Das quatro entrevistadas, uma era moradora da favela São Remo, região próxima ao CSESBP, duas moravam em bairro de periferia da zona norte e outra em favela da zona leste.

Nas quatro entrevistas foram seguidos os mesmos procedimentos éticos realizados na aplicação dos questionários da pesquisa maior. As quatro entrevistas foram precedidas de leitura e assinatura de um Consentimento livre e esclarecido (Anexo 6). Além disto, neste momento, reafirmava-se o sigilo das informações ali reportadas e gravadas em fita K7, além de se ressegurar o uso estrito daquelas informações para o presente trabalho.

No andamento das entrevistas, e seguindo as recomendações da técnica, a pesquisadora procurou estabelecer um tipo de relação com a entrevistada que a deixasse livre na produção de suas falas diante do tema previamente estabelecido no roteiro (anexo 5). Isto é, a entrevistadora pediu para que entrevistada relatasse sua história de vida, sua relação com o companheiro e com a família, sobretudo no que se refere à vivência da

gestação e de episódios de violência. De modo geral, a entrevistadora procurou acompanhar o encadeamento espontâneo do pensamento da entrevistada, interferindo apenas para esclarecimento de algumas informações. Todavia, em algumas situações, para garantir que todos os elementos do roteiro fossem explorados, a entrevistadora direcionou o relato para algumas questões mais específicas.

O tratamento dos depoimentos foi feito através de *análise do conteúdo* do tipo *temática* (Blanchet, 1992). Este modo de análise consiste na realização de um recorte transversal de todo o corpus das entrevistas, em temas que representam fragmentos de discurso. Desta forma, a individualidade do discurso é desfeita e trechos de cada entrevista são reagrupados e reinterpretados em conjuntos significantes, privilegiando-se assim a coerência temática entre as entrevistas, mais do que a interpretação da singularidade de cada uma delas. Contudo, procurou-se não perder os sentidos que o fragmento retirado possui na narrativa própria de cada sujeito. Esta qualidade da interpretação é garantida mediante a divisão do trabalho em duas etapas. Primeiro realiza-se a interpretação do plano individual, identificando fragmentos que destaquem a produção de sentido daquele sujeito. Após este procedimento, já com os fragmentos identificados de acordo com os temas pré-definidos, estes são comparados de modo transversal entre as diferentes narrativas produzidas, desenvolvendo-se um quadro interpretativo/ compreensivo do conjunto dos depoimentos como coletivo.

Cada tema é definido por uma matriz de análise, estável na análise de todas as entrevistas e elaborada empiricamente e orientada pelos objetivos aqui formulados. No caso, a escolha dos temas foi efetuada a partir das hipóteses levantadas na análise dos dados quantitativos e dos grupos focais.

Na análise das entrevistas e dos grupos focais, para garantia de sigilo das informações ali produzidas, todos os nomes foram substituídos por nomes fictícios e as informações que pudessem identificar as entrevistadas e participantes foram alteradas de modo a não prejudicar o sentido do discurso.

4. Aspectos éticos da pesquisa

Este estudo recebeu aprovação da *Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (Cappesq)* do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Como procedimento ético, as entrevistas e os grupos focais foram precedidos de leitura e assinatura de um Consentimento Informado (Anexo 4 e 6). Além disto, neste momento, reafirmou-se o sigilo das informações ali reportadas.

Por se tratar de temática que se considerou ‘sensível’, atenção e cuidados adicionais foram levados em conta na abordagem das entrevistadas, na condução da entrevista e, quando necessário, no acolhimento e encaminhamento assistencial. Foi oferecido suporte assistencial às mulheres entrevistadas que relataram situações de violência vividas no presente ou no passado, por meio de entrega e orientação de uso do mini-guia de serviços que atendem mulheres em situação de violência.

Como já dito, as entrevistadoras foram especialmente treinadas para um primeiro acolhimento dos casos nos quais se identificou violência, recebendo supervisão ao longo de todo o campo. No caso das técnicas de Grupo Focal e Entrevistas em Profundidade a execução do trabalho de campo esteve ao cargo da pesquisadora/autora deste trabalho.

IV. Compreendendo a VPI na gestação: análise e interpretação do material empírico

1. Análise estatística dos dados quantitativos

1.1 Descrição da amostra de usuárias (amostra A)

A análise dos dados quantitativos é desenvolvida, como já descrito no capítulo referente aos aspectos metodológicos deste trabalho, com as 1922 mulheres que já engravidaram (amostra A). Inicialmente é feito estudo descritivo dessa amostra para caracterização dos aspectos sócio-demográficos, de saúde reprodutiva, sexual e mental das usuárias. Além disto, caracteriza-se a história de violência por familiar na vida e na gestação destas usuárias. Em seguida, o estudo consta de análise multivariada sobre possíveis fatores associados à VPI na gestação.

Posteriormente, com uma sub amostra de mulheres que já sofreram qualquer forma de VPI na vida e já engravidaram (subamostra B), realiza-se análise univariada para avaliar a associação existente entre variáveis relativas ao tipo, à frequência e à gravidade da VPI na vida e a ocorrência de VPI na gestação.

Caracterização sócio-demográfica das mulheres da amostra A

Entre as 1922 mulheres entrevistadas nos 14 serviços de saúde da Grande São Paulo e que já engravidaram, a média de **idade** é de 32,1 anos com desvio padrão de 9,0 anos. Aproximadamente trinta e nove por cento das entrevistadas encontravam-se na faixa entre 20 e 29 anos e trinta por cento entre 30 e 39 anos. Em relação à **escolaridade** a média encontrada foi de 6,1 anos, com desvio padrão de 3,3 anos, correspondendo ao ginásial. Pela classificação da ABIPEME, a grande maioria das entrevistadas pertencia ao estrato D (42,5%), seguida do estrato C (33,5%). (Tabela 1)

Em relação às categorias de **relacionamento afetivo/conjugal**, observou-se a predominância de mulheres casadas ou amigadas na amostra (76,8%), seguida das mulheres sem parceiro ou com namorado sem relação sexual no momento da entrevista (13,6%). A **prática religiosa** católica é a mais comum, tendo sido reportada por 62,2%

das entrevistadas e a raça/cor da pele mais referida é a branca (51,5%) seguida pela cor parda 37,2%.(Tabela.1)

Tabela 1 : Características sócio-demográficas das entrevistadas que já engravidaram na vida (n= 1922)

<i>Variável</i>	<i>Categorias</i>	<i>N(%)</i>
Idade	15 a 19 anos	140(7,3)
	20 a 29 anos	745(38,7)
	30 a 39 anos	582(30,3)
	40 a 49 anos	455(23,7)
Escolaridade	0 a 4 anos	692(36,0)
	5 a 8 anos	760(39,5)
	9 ou mais anos	470(24,5)
Estrato social*	B	111(5,8)
	C	644(33,5)
	D	816(42,5)
	E	350(18,2)
Estado civil	Casada/amigada	1.476(76,8)
	Namora com relação sexual	184(9,6)
	Sem parceiro /namora sem relação sexual	262(13,6)
Raça/Cor da pele*	Branca	990(51,5)
	Preta	178(9,3)
	Amarela/mestiça	38(2,0)
	Parda/morena/mulata	715(37,2)
Práticas religiosas	Católica	1,196(62,2)
	Evangélica histórica	58(3,0)
	Evangélica pentecostal	395(20,5)
	Espírita Kardecista	34(1,8)
	Sem prática religiosa	182(9,5)
	Outras práticas	57(3,0)

* válido para 1921 usuárias

Características de saúde reprodutiva e de saúde mental

Das 1922 usuárias que compõem este estudo, observou-se que 50,5% delas **iniciaram sua vida sexual** entre quinze e dezoito anos, 34,7% iniciaram a partir dos dezenove anos e 14,8% antes dos quinze anos (média = 18,1 anos e o desvio padrão = 6,0 anos). No que se refere ao **número de gestações**, a maior parte das entrevistadas (45,3%) relata ter tido de duas a três gestações, seguido de 27,9% que teve apenas uma e 26,8% que teve quatro ou mais (média = 2,8 gestações e desvio padrão = 2,0 gestações). (Tabela 2).

A média de **filhos nascidos vivos** foi de 2,1 filhos, com desvio padrão de 1,7 filhos. A maioria (55,1%) das usuárias refere ter entre um ou dois filhos e 25,1% entre três e quatro. As mulheres que relatam não terem filho vivo representam 11,9% da amostra.

A maioria das usuárias (68,9%) relata não ter feito nenhum **aborto** e mais de um quinto delas (22,3%) reporta ter tido um aborto. Contingente pequeno (2,6%), porém significativo, revela ter realizado de três a mais abortamentos. No que se refere ao peso dos filhos ao nascer, 14,9% reporta ter tido um ou mais filhos com peso abaixo de 2,5 kg, configurando a condição de **baixo peso ao nascer**. Setenta mulheres (3,6%) tiveram um ou mais **filhos nascidos mortos**.

Em relação à **negociação de uso de condom** para prevenção de DST, 22,5% das usuárias revelam que seu parceiro mais recente ou atual já se recusou a usar camisinha para prevenir alguma doença.

Quanto às **condições de saúde mental**, 46,6% das usuárias, respondeu sim a oito ou mais questões do SRQ-20, indicando serem casos prováveis de depressão, ansiedade ou transtornos mentais com queixas somáticas. (Tabela 2)

Tabela 2. Frequência das variáveis relacionadas à sexualidade, saúde reprodutiva e mental das usuárias que já engravidaram na vida(n= 1922)

<i>Variáveis</i>	<i>Categorias</i>	<i>N(%)</i>
<u>Saúde sexual e reprodutiva</u>		
Idade da 1ª relação sexual	Menos de 15 anos	285(14,8)
	De 15 a 18 anos	970(50,5)
	19 ou mais	667(34,7)
Nº de gestações	1 gestação	537(27,9)
	2 ou 3 gestações	870(45,3)
	4 ou mais	515(26,8)
Nº de filhos nascidos vivos	Nenhum	229(11,9)
	1 ou 2	1.058(55,1)
	3 ou 4	483(25,1)
	5 ou mais	152(7,9)
Nº de abortos	0	1.324(68,9)
	1	429(22,3)
	2	119(6,2)
	3 a 4	50(2,6)
Nº de filhos nascidos mortos	Nenhum	1.852(96,4)
	1 ou mais	70(3,6)
Nº de filhos com baixo peso ao nascer (BPN)	Nenhum	1.635(85,1)
	1 ou mais filhos	287(14,9)
Recusa de condom	Nunca	1.489(77,5)
	já recusou	433(22,5)
<u>Saúde mental*</u>		
Escore do SRQ20	Sem TMC	1.025 (53,3)
	Com TMC	896 (46,6)

* válido para 1921 usuárias.

Caracterização da violência por familiares

No que se refere aos tipos de violência familiar sofrida ao longo da vida, observa-se que insultos, deprecições e humilhações (**violência psicológica**) constituem a forma de violência familiar mais comum na população estudada, sendo reportada por 26,5% da amostra. Entre os agressores que cometem esta forma de violência, *outros familiares* é a categoria com maior ocorrência (11,6%), seguido por *irmão* (8,3%), *mãe* (5,4%) e *pai/padrasto* (5,1%).(Tabela 3) No que se refere à **frequência** dos episódios de violência psicológica, observa-se que 14,8% das usuárias afirmam ter sofrido *muitas vezes*, o que representa 56,0% dos relatos de violência psicológica por familiares. (Tabela 4)

A ocorrência de tapas, chutes ou outras formas de agressões físicas (**violência física**) cometidos por familiares também é elevada, tendo sido reportada por 13,5% das usuárias. O *pai/padrasto* é referido como o principal agressor (5,1%), seguido da *mãe*, do *irmão* e de *outros familiares*.(Tabela 3) Quanto à frequência dos episódios referentes à violência física cometida por qualquer familiar, observa-se que 6,9% das usuárias afirmam ter sofrido violência física *muitas vezes*, o que significa 51,0% das usuárias que sofreram violência física por familiares. (Tabela 4)

A **violência sexual** por familiar é referida por 3,1% da amostra, sendo a categoria *outros familiares* a mais reportada como agressora (1,8%), seguida da categoria *pai/padrasto* (1,1%). (Tabela 3) Nota-se que em relação à frequência, a violência sexual por familiares ocorre *uma vez* na vida da usuária para 1,4% das entrevistadas e *muitas vezes* para 1,1% delas. Estes valores correspondem respectivamente a 44,1% e 37,3% das mulheres que sofreram violência sexual.(Tabela 4)

Observa-se que parcela considerável das usuárias refere ter sofrido **violência familiar na gestação**, 7,8% das usuárias revela ter sofrido violência psicológica e 2,0%, física. (Tabela 4)

Tabela 3. Tipo da violência perpetrada por familiar entre as usuárias que já engravidaram (n= 1922)

	<i>Mãe (%)</i>	<i>Pai/ padrasto</i>	<i>Irmão</i>	<i>Outros familiares</i>	Total*
<u>Tipo de violência</u>					
Psicológica	104 (5,4%)	98(5,1)	160(8,3)	223(11,6)	509(26,5)
Física	75 (3,9)	99 (5,1)	71(3,7)	54 (2,8)	259(13,5)
Sexual	0	21 (1,1)	6 (0,3)	34 (1,8)	59(3,1)

*Total de usuárias que reportaram violência por ao menos um familiar

Tabela 4. Frequência da violência por familiar na vida e na gestação entre usuárias que já engravidaram na vida (n=1922)

<u>Violência na gestação por familiar</u>	Psicológica	Física	Sexual
	N(%)	N(%)	N(%)
Não sofreu violência por familiar	1.413(73,5)	1.663(86,5)	1.863(96,9)
Sofreu por familiar fora da gestação	360(18,7)	220(11,5)	58(3,0)
Sofreu violência na gestação	149(7,8)	39(2,0)	1(0,1)
<u>Frequência da violência por familiar</u>			
Não sofreu	1.413(73,5)	1.663(86,5)	1.863(96,9)
Uma	129(6,7)	78(4,1)	26(1,4)
Poucas	95(5,0)	49(2,5)	11(0,6)
Muitas	285(14,8)	132(6,9)	22(1,1)

Prevalência de violência por parceiro íntimo

Do total de mulheres entrevistadas (n=1922), 60,6% (1165) revela ter sofrido algum tipo de VPI na vida, sendo que 52,0% revela ter sofrido algum tipo de **violência psicológica** por parceiro íntimo na vida, 40,5% **violência física** e 20,4% **violência sexual**. A *violência psicológica conjugada com a física* é o **tipo de VPI** mais freqüente entre as entrevistadas (19,1%), seguido por violência *só psicológica* (15,1%) e pela *conjugação dos três tipos de violência; psicológica, física e sexual* (14,4%). (Gráfico1).

Analisando o número de tipos de violência sofridos, observa-se que 23,4% sofreu dois tipos de violência conjugados e 14,4% sofreu os três tipos, demonstrando que 37,8% das entrevistadas sofreram mais de um tipo de VPI na vida (Tabela 5). Isto nos aponta o fato de que dentre as mulheres que sofrem VPI (n=1165), a grande maioria (62,4% delas) sofre mais de um tipo de violência. Isto será melhor analisado adiante, ao tratarmos do conjunto das mulheres que relatam VPI (subamostra B).

No que se refere à freqüência dos episódios de violência, a maior parte das entrevistadas revela que eles ocorrem *uma única vez* na vida, independente do tipo. Todavia, número expressivo das mulheres refere episódios repetitivos (*muitas vezes*) de violência psicológica (14,1%), física (5,1%) e sexual (2,8%). (Tabela 6) Em termos da gravidade dos episódios da violência psicológica e física, observa-se que a maior parte deles ocorre em sua forma grave (36,2% da psicológica e 24,3% da física).

Em relação à violência na gestação, 20,0% das entrevistadas afirmaram ter sofrido qualquer tipo de violência na gestação (IC95% 18,2 a 21,8) (Tabela 7)

Gráfico 1: Freqüência dos tipos de VPI

Tabela 5. Prevalência da VPI na vida das usuárias que já engravidaram. (n= 1922)

Variáveis	Categorias	N(%)
Violência psicológica pelo parceiro alguma vez na vida	Não	923(48,2)
	Sim	999(52,0)
Violência física pelo parceiro alguma vez na vida*	Não	1.143(59,5)
	Sim	778(40,5)
Violência sexual pelo parceiro alguma vez na vida	Não	1.530(79,6)
	Sim	392(20,4)
Tipos de violência por parceiro íntimo*	Não sofreu violência	757(39,4%)
	Psicológica moderada	169(8,8%)
	Psicológica grave	121(6,3%)
	Psicológica e física	366(19,1%)
	Psicológica, física e sexual	277(14,4%)
	Sexual e sexual conjugada	115(6,0%)
	Só física	116(6,0%)
Número de tipos de VPI*	Não sofreu violência	757(39,4%)
	Só um tipo	437(22,7%)
	Dois tipos	450(23,4%)
	Três tipos	277(14,4%)

* válido para 1921 mulheres

Tabela 6 . Freqüência e gravidade da VPI na vida (n= 1922)

Variáveis	Categorias	N(%)
Freqüência da violência psicológica por parceiro íntimo na vida	Não sofreu	923(48,0)
	Uma vez	559(29,1)
	Poucas vezes	168(8,7)
	Muitas vezes	272(14,1)
Freqüência da violência física por parceiro íntimo na vida	Não sofreu	1143(59,5)
	Uma vez	605(31,5)
	Poucas vezes	74(3,8)
	Muitas vezes	99(5,1)
Freqüência da violência sexual por parceiro íntimo na vida	Não sofreu	1.530(79,6)
	Uma vez	305(15,9)
	Poucas vezes	33(1,7)
	Muitas vezes	54(2,8)
Gravidade da violência psicológica	Não sofreu violência psicológica	923(48,0)
	Violência moderada	304(15,8)
	Violência grave	695(36,2)
Gravidade da violência física	Não sofreu violência física	1.144(59,5)
	Violência moderada	310(16,1)
	Violência grave	468(24,3)

*válido para 1921 usuárias

Tabela 7. Frequência da VPI na gestação (n=1922)

Violência por parceiro na gestação	N (%)
Não sofreu VPI na vida	758(39,4)
Sofreu VPI fora da gestação	781(40,6)
Sofreu na gestação	384(20,0)

1.2 Fatores associados à VPI na gestação

Violência por familiar na vida

Em análise univariada foi investigada associação entre **violência familiar na vida** e a ocorrência de VPI na gestação. Constatou-se que aquelas mulheres que viveram situação de violência psicológica, física e sexual no âmbito das relações familiares apresentaram maior prevalência de violência por parceiro íntimo na gestação (RP violência psicológica = 1,63; IC_{95%} 1,36 a 1,95; p = 0,000 - RP violência física = 1,69; IC_{95%} 1,37 a 2,08; p= 0,000 - RP violência sexual = 1,73; IC_{95%} 1,20 a 2,51; p= 0,007) (Tabela 8).

Em relação à **frequência** da violência por familiares na vida, observa-se que aquelas usuárias que referiram ter sofrido violência psicológica e física por familiares repetidas vezes (*muitas vezes*) tenderam a apresentar maiores taxas de violência por parceiro íntimo na gestação (RP violência psicológica *muitas vezes* = 1,78; IC_{95%} 1,44 a 2,20; p = 0,000 e RP violência física *muitas vezes* = 2,03; IC_{95%} 1,59 a 2,59; p = 0,000) (Tabela 8).

No que se refere à associação entre a **violência familiar perpetrada no período da gestação** e a ocorrência de VPI no mesmo período do ciclo reprodutivo, observa-se que as mulheres que sofreram violência psicológica e física por familiares na gestação apresentam maior prevalência de violência por parceiro íntimo no mesmo período (RP violência psicológica por familiar na gestação = 2,27; IC_{95%} 1,80 a 2,86; p= 0,000 e RP violência física por familiar na gestação = 2,80; IC_{95%} 2,03 a 3,87; p=0,000) (Tabela 8).

Tabela 8: Razão de prevalência de VPI na gestação e violência perpetrada por familiar entre as usuárias que já engravidaram (n=1922)

Variáveis	Total	VPI na gestação	%	RP	IC _{95%}	P
<u>Violência psicológica por familiar na vida</u>						0,000**
Não sofreu	1.413	242	17,1	1		
Sofreu	509	142	27,9	1,63	1,36 a 1,95	
<u>Violência física por familiar na vida</u>						0,000**
Não sofreu	1.663	304	18,3	1		
Sofreu	259	80	30,9	1,69	1,37 a 2,08	
<u>Violência sexual por familiares na vida</u>						0,007**
Não sofreu	1.863	364	19,5	1		
Sofreu	59	20	33,9	1,73	1,20 a 2,51	
<u>Frequência da violência psicológica por familiar</u>						0,000*
Não sofreu	1.413	242	17,1	1		
Uma vez	129	31	24,0	1,40	1,01 a 1,95	
Poucas vezes	95	24	25,3	1,47	1,02 a 2,12	
Muitas vezes	285	87	30,5	1,78	1,44 a 2,20	
<u>Frequência da violência física por familiar</u>						0,000*
Não sofreu	1163	304	18,3	1		
Uma vez	78	22	28,2	1,54	1,06 a 2,23	
Poucas vezes	49	9	18,4	1,00	0,55 a 1,83	
Muitas vezes	132	49	37,1	2,03	1,59 a 2,59	

Variáveis	Total	VPI na gestação	%	RP	IC _{95%}	P
<u>Frequência da violência sexual por familiar</u>						0,336*
Não sofreu	1863	364	19,5	1		
Uma vez	26	13	50,0	2,56	1,72 a 3,80	
Poucas vezes	11	5	45,5	2,32	1,21 a 4,47	
Muitas vezes	22	2	9,1	0,46	0,12 a 1,75	
<u>Violência psicológica por familiares na gestação</u>						0,000*
Não sofreu violência psicológica	1413	242	17,1	1		
Não sofreu na gestação	360	84	23,3	1,36	1,09 a 1,69	
Sofreu na gestação	149	58	38,9	2,27	1,80 a 2,86	
<u>Violência física por familiares na gestação</u>						0,000
Não sofreu violência física	1663	304	18,3	1		
Não sofreu na gestação	220	60	27,3	1,49	1,17 a 1,90	
Sofreu na gestação	39	20	51,3	2,80	2,03 a 3,87	

* p corresponde ao teste de Qui-quadrado de tendência linear

** p corresponde ao teste de Qui-quadrado.

Fatores sócio-demográficos, de saúde reprodutiva e de saúde mental

Investigou-se a associação entre fatores sócio-demográficos, de vida reprodutiva e mental com a ocorrência de VPI na gestação. Constatou-se que as mulheres que **estudaram** entre zero e quatro anos apresentaram maior prevalência de violência por parceiro íntimo na gestação (RP= 1,64; IC_{95%} 1,26 a 2,13; p <0,001) bem como aquelas que estudaram entre 5 e 8 anos (RP =1,49; IC_{95%} 1,14 a 1,94; p<0,001). Aquelas que encontram-se no estrato social E também apresentaram maior prevalência de VPI na gestação (RP 1,76; IC_{95%} 1,08 a 2,87; p<0,001).

As mulheres com **prática religiosa** Evangélica Pentecostal apresentaram maior prevalência de VPI na gestação (RP = 1,54; IC_{95%} 1,25 a 1,89; p <0,001), assim como as mulheres de cor amarela mestiça (RP= 2,16; IC_{95%} 1,42 a 3,27; p = 0,000).

Em relação ao **estado civil**, constatou-se que as mulheres sem parceiro sexual (RP= 1,84; IC_{95%} 1,49 a 2,27; p = 0,000) e as que namoram com relação sexual (RP= 1,48; IC_{95%} 1,13 a 1,94; p =0,000) apresentam maior prevalência de VPI na gestação do que aquelas casadas ou amasiadas no momento da entrevista (Tabela 9).

Em relação à vida sexual e reprodutiva, observou-se que aquelas mulheres que **iniciaram a vida sexual** antes dos quinze anos, bem como aquelas que iniciaram entre quinze e dezoito anos apresentam maior prevalência de VPI na gestação do que aquelas que iniciaram a vida sexual depois dos 19 anos (RP *antes dos 15 anos* = 2,3; IC_{95%}:1,78 a 3,00; p=0,000 - RP *dos 15 aos 18 anos* = 1,60; IC_{95%} 1,27 a 2,00; p=0,000) (Tabela 10).

As entrevistadas com duas ou três **gestações** apresentam ocorrência aproximadamente duas vezes maior de violência na gravidez (RP= 1,95; IC_{95%} 1,47 a 2,60; p = 0,000) e aquelas com quatro ou mais apresentam prevalência quase três vezes maior (RP= 2,93; IC_{95%} 2,21 a 3,90; p=0,000). O **número de filhos nascidos vivos** também esteve associado à VPI na gestação, sendo que aquelas que tiveram três ou quatro filhos apresentaram prevalência duas vezes maior do que as que não tiveram filhos nascidos vivos (RP= 2,11; IC_{95%} 1,45 a 3,09; p= 0,000) e as que tiveram cinco ou mais filhos apresentaram prevalência quase três vezes maior (RP=2,85; IC_{95%} 1,89 a 4,29; p= 0,000).

Foi observado que as mulheres que tiveram três ou mais **abortos** tiveram ocorrência maior de violência na gestação (RP= 2,65; IC_{95%} 1,92 a 3,67; p= 0,000) assim como aquelas que tiveram filhos com **baixo peso ao nascer** (RP=1,45; IC_{95%} 1,71 a 1,80; p<0,001).

Em relação à negociação de uso de preservativo para prevenção de DSTs, observou-se que as mulheres que revelaram **recusa de preservativo** pelo companheiro apresentaram maior prevalência do desfecho aqui estudado (RP= 1,66; IC_{95%} 1,38 a 2,00; p=0,000). No que se refere à saúde mental, a análise mostrou que aquelas entrevistadas com **TMC** apresentaram duas vezes maior prevalência de VPI na gestação (RP =2,2; IC_{95%} 1,82 a 2,67; p = 0,000).

Nota-se que as outras características sócio-demográficas ou fatores de saúde reprodutiva não apresentaram associação estatística com a ocorrência de violência na gestação.

Tabela 9. Razão de prevalência da VPI na gestação e características sócio-demográficas das usuárias que já engravidaram (n=1922)

Variáveis	Total	VPI na gestação	%	RP	IC95%	P
<u>Estado civil</u>						0,000***
Casada/amigada	1.476	254	17,2	1		
Namora/com relação	184	47	25,5	1,48	1,13 a 1,95	
Está sem parceiro, ou namora sem relação	262	83	31,7	1,84	1,49 a 2,27	
<u>Estrato social*</u>						P<0,001***
B	111	16	14,4	1		
C	644	103	15,9	1,11	0,68 a 1,80	
D	816	175	21,4	1,48	0,93 a 2,38	
E	350	89	25,5	1,76	1,08 a 2,87	
<u>Escolaridade</u>						P<0,001***
Nove ou mais anos	470	66	14,0	1		
5 a 8 anos	760	159	20,9	1,49	1,14 a 1,94	
0 a 4 anos	692	159	23,0	1,64	1,26 a 2,13	
<u>Raça/ Cor da pele*</u>						
Branca	990	181	18,3	1		
Preta	178	35	19,7	1,07	0,77 a 1,48	
Amarela,mestiça	38	15	39,5	2,16	1,42 a 3,08	0,001**
Parda/Mulata/morena	715	153	21,4	1,17	0,96 a 1,42	
<u>Prática religiosa</u>						<0,001***
Católica	1.196	205	17,1	1		
Evangélica histórica	58	10	17,2	1,00	0,56 a 1,79	
Evangélica pentecostal	395	104	26,3	1,54	1,25 a 1,89	
Espírita Kardecista	34	8	23,5	1,37	0,73 a 2,54	
Sem prática religiosa	182	41	22,5	1,31	0,97 a 1,76	
Outras	57	16	28,1	1,64	1,06 a 2,53	
<u>Idade</u>						0,547***
40-49anos	455	88	19,3	1		
30-39 anos	582	119	20,4	1,06	0,83 a 1,35	
20-29anos	745	143	19,2	0,99	0,78 a 1,26	
15-19 anos	140	34	24,3	1,25	0,89 a 1,77	

* válido para 1921

** p corresponde ao teste de Qui-quadrado

*** p corresponde ao teste de Qui-quadrado de tendência linear

Tabela 10. Razão de prevalência de VPI na gestação e fatores de saúde sexual, reprodutiva e mental de usuárias que já engravidaram (n=1922)

Variáveis	Total	Violência na gestação	%	RP	IC95%	P
<u>Idade da primeira relação</u>						0,000
19 ou mais	667	89	13,3	1		
de 15 a 18	970	207	21,	1,60	1,27 a 2,01	
Menos de 15	285	88	30,9	2,31	1,78 a 3,00	
<u>Recusa condom</u>						0,000
Nunca recusou	1489	259	17,4	1		
Já recusou	433	125	28,9	1,66	1,38 a 2,00	
<u>Nº de gestações</u>						0,000
Uma	537	55	10,2	1		
Duas ou três	870	174	20,0	1,95	1,47 a 2,59	
Quatro ou mais	515	155	30,1	2,94	2,21 a 3,90	
<u>Nº de filhos nascidos vivos</u>						0,000
Nenhum	229	28	12,2	1		
Um ou dois	1058	178	16,8	1,37	0,94 a 2,00	
Três ou quatro	483	125	25,9	2,11	1,44 a 3,09	
Cinco ou mais	152	53	34,9	2,85	1,89 a 4,29	
<u>Baixo peso ao nascer</u>						<0,001
Nenhum filho	1.635	306	18,7	1		
Um ou mais	287	78	27,2	1,45	1,71 a 1,80	
<u>Nº de filhos nascidos mortos</u>						0,7574
Nenhum	1.852	369	19,9	1		
Um ou mais	70	15	21,4	1,07	0,68 a 1,69	
<u>Nº de abortos</u>						0,000
Nenhum	1324	230	17,4	1		
Um	429	100	23,3	1,34	1,08 a 1,65	
Dois	119	31	26,0	1,49	1,08 a 2,07	
Três ou mais	50	23	46,0	2,65	1,92 a 3,66	
<u>Escore no SRO*</u>						0,000
Sem TMC	1025	131	12,8	1		
Com TMC	896	253	28,2	2,20	1,82 a 2,67	

*Válido para 1921 mulheres.

Em **análise multivariada**, foram testadas, pela ordem, as variáveis: frequência da violência psicológica, física e sexual por familiares; número de gestações; número de filhos nascidos vivos; número de abortos; número de filhos com baixo peso ao nascer; idade da primeira relação sexual; recusa de uso de preservativo pelo parceiro; transtorno mental comum; estado civil; escolaridade; raça/cor da pele e prática religiosa.

Dentre as variáveis testadas, foram mantidas no modelo aquelas que estiveram independentemente associadas à VPI na gestação (**frequência da violência psicológica por familiares; frequência de violência física por familiares; número de gestações, idade da primeira relação sexual, recusa de uso de preservativo pelo parceiro, estado civil e transtorno mental comum**) e uma variável que não esteve associadas, mas que é tida como relevante pela literatura (**escolaridade**). Optou-se por manter esta última como variável de ajuste (tabela 11).

A variável **prática religiosa** não foi mantida no modelo, por agrupar na categoria *outras práticas* religiões bastante heterogêneas e pouco representativas na amostra (3,0%), tais como o judaísmo, o islamismo, o candomblé e a umbanda. Esta categoria *outras práticas* apresentou associação com VPI na gestação, tornando difícil sua interpretação. Assim, aponta-se a importância de estudo que garanta a representatividade das diferentes práticas religiosas. Além disto, este estudo indica a relevância da produção de investigações mais detalhadas sobre a associação entre VPI na gestação e a *prática evangélica pentecostal*, por ela ter apresentado associação com o desfecho aqui estudado.

A variável relativa à **raça/cor da pele** também foi retirada do modelo, pois, embora a categoria *cor amarela/mestiça* esteja estatisticamente associada à VPI na gestação, ela representa pequeno percentual dos casos (2,0%), provocando desajuste ao ser inserida no modelo (teste de Hosmer-Lemeshow). Assim, este estudo também indica a relevância de novas investigações sobre a VPI na gestação na população *amarela/mestiça*.

De acordo com este modelo, sofrer *violência psicológica e física por familiar muitas vezes* na vida é fator associado à ocorrência de VPI na gestação (OR ajustada= 1,54 e 1,98, respectivamente). Em relação às variáveis de saúde reprodutiva e sexual, ter mais de três gestações na vida, iniciar as relações sexuais antes dos 15 anos e ter recusa de preservativo pelo parceiro para prevenção de DSTs também foram características

associadas à VPI na gestação (OR ajustada = 3,44; 1,98; 1,62, respectivamente) . Ter transtorno mental comum e estar sem parceiro ou com namorado sem relação sexual também são variáveis associadas à VPI na gestação (OR ajustada = 2,22; 2,16, respectivamente).

Tabela 11: Odds ratio bruto e ajustado das características associadas à VPI na gestação (n = 1921)

	<i>RP</i>	<i>OR_{bruto}</i>	<i>OR_{ajustado}</i>	<i>IC_{95%}</i>	<i>P*</i>
Frequência de violência psicológica por familiar na vida					0,02
Não sofreu	1	1	1		
Uma vez	1,40	1,53	1,56	0,98 a 2,46	
Poucas vezes	1,47	1,64	1,54	0,92 a 2,60	
Muitas vezes	1,78	2,13	1,54	1,10 a 2,14	
Frequência de violência física por familiar na vida					0,02
Não sofreu	1	1	1		
Uma vez	1,54	1,76	1,28	0,73 a 2,25	
Poucas vezes	1,00	1,01	0,87	0,40 a 1,92	
Muitas vezes	2,03	2,64	1,98	1,30 a 3,03	
Número de gestações					< 0,001
Uma	1	1	1		
Duas ou três	1,95	2,19	2,43	1,73 a 3,43	
Quatro ou mais	2,94	3,77	3,44	2,39 a 4,96	
Idade da primeira relação sexual					< 0,001
19 anos ou mais	1	1	1		
15 a 18 anos	1,60	1,76	1,51	1,13 a 2,01	
Antes dos 15 anos	2,31	2,90	1,98	1,37 a 2,85	
Recusa de uso de condom pelo parceiro					< 0,001
Nunca	1	1	1		
Já recusou	1,66	1,93	1,62	1,24 a 2,11	
Estado civil					< 0,001
Casada/amigada	1	1	1		
Namora com relação sexual	1,48	1,65	1,99	1,35 a 2,93	
Sem parceiro/ namora sem relação	1,84	2,23	2,22	1,62 a 3,04	
Transtorno mental comum (SRQ)					< 0,001
Não	1	1	1		
Sim	2,20	2,68	2,16	1,68 a 2,77	
Escolaridade					0,20
Nove ou mais anos	1	1	1		
Cinco a oito anos	1,49	1,62	1,33	0,95 a 1,87	
Zero a quatro anos	1,64	1,83	1,32	0,93 a 1,88	

* p referente ao teste da razão de verossimilhança (likelihood ratio test)

Teste de ajuste do modelo (Hosmer-Lemeshow): p = 0,31

1.3 Breve análise da subamostra de mulheres que já sofreram VPI na vida e já engravidaram (subamostra B)

Caracterização sócio-demográfica

Entre as 1165 usuárias de serviços de saúde da Grande São Paulo que compõem o subgrupo amostral (B), a média de **idade** é de 32,6 anos com desvio padrão de 9,2 anos. Em relação à **escolaridade**, a média é de 5,9 anos de estudo com desvio padrão de 3,3 anos, correspondendo ao ginásial. Pela classificação da ABIPEME, a maior parte das usuárias pertencem ao estrato sócio-econômico D(44,1%), seguido de 32,0% que pertencem ao estrato C.

Quanto à **cor da pele**, 50,4% das mulheres se auto-referiram como brancas, 37,3% como pardas/mulatas/morenas e apenas 10,0% se auto-referiram como pretas, negras.

A análise das categorias de **relacionamento afetivo/conjugal** revela que 72,1% das usuárias da amostra se definiram como casadas ou vivendo com o companheiro e 17,1% das usuárias relataram estar sem parceiro ou com parceiro sem relação sexual, no momento da entrevista. No que se refere à **prática religiosa**, observou-se que para a grande maioria das usuárias (58,3%), a prática religiosa católica é a mais expressiva, seguida pelo protestantismo pentecostal (22,8%). As pessoas que relataram não ter prática religiosa representaram 10,8% da amostra. (Tabela 3).

Pode-se observar que, em contraste ao conjunto de mulheres estudadas (amostra A), esta subamostra caracteriza-se por estratos sociais discretamente menores, menor percentual de casadas/amigadas, maior percentual de prática religiosa pentecostal, não diferindo quanto à média de anos de estudo, à idade média e à cor da pele.

Tabela 12. Frequência das características sócio-demográficas das usuárias que já sofreram VPI na vida e já engravidaram (n= 1165)

<i>Variáveis sócio-demográficas</i>	<i>Categorias</i>	<i>N(%)</i>
Faixa etária	15-19 anos	82(7,0)
	20-29anos	429(36,8)
	30-39anos	347(29,8)
	40-49anos	307(26,4)
Escolaridade	0-4 anos	441(37,8)
	5-8anos	467(40,1)
	9 ou +	257(22,1)
Estrato social*	B	57(4,9)
	C	372(31,9)
	D	513(44,1)
	E	222(19,1)
Situação conjugal	Casada/amigada	840(72,1)
	Namorado/ com relação	125(10,7)
	Sem parceiro/Namorado sem relação	200(17,2)
Cor da pele*	Branca	587(50,4)
	Negra	116(10,0)
	Amarela/mestiça	27(2,3)
	Parda/mulata/morena	434(37,3)
Prática religiosa	Católica	679(58,3)
	Evangélica histórica	40(3,4)
	Evangélica pentecostal	266(22,8)
	Espírita Kardecista	18(1,6)
	Sem prática religiosa	126(10,8)
	Outras	36(3,1)

* válido para 1164 mulheres

Prevalência da violência por parceiro íntimo

Observou-se que, no total da amostra, 85,7% revela ter sofrido violência psicológica, 66,8% física e 33,6% sexual. Em relação à **frequência** da violência por parceiro íntimo observou-se que quase metade das usuárias (48,1%) reportam ter sofrido **violência psicológica** *muitas vezes* na vida, seguida de um quarto (25,7%) que refere *poucas vezes*. Quanto à **violência física** observa-se que um quarto das usuárias (25,6 %) referem ter sofrido violência *muitas vezes*. E em relação à frequência da violência **violência sexual**, constata-se que 15,6% das usuárias sofreram *muitas vezes* na vida. Nota-se que a frequência da violência sexual perpetrada por conjuge é bastante diversa daquela perpetrada por familiares que não conjuges, ocorrendo repetidas vezes ao longo da vida da usuária. (Tabela 13)

Análise da gravidade da violência mostrou que 26,1% das usuárias viveram situação de violência psicológica moderada e 59,7% de violência grave. No caso da violência física, 26,6% sofreram violência moderada e 40,2% sofreram violência grave.

O gráfico 1 mostra a distribuição das taxas de violência por parceiro íntimo por tipo de violência e nas áreas sobrepostas das figuras representa a conjugação dos diferentes tipos. Observa-se que quase um terço das usuárias (31,5%) reporta ter sofrido *violência psicológica e física* na vida, seguida de um quarto 25,0% que refere ter vivido apenas violência psicológica e aproximadamente outro quarto (23,7%) refere ter vivido as *três formas* de violência (psicológica, física e sexual) juntas.

Gráfico 3: Tipos de violência por parceiro íntimo

Tabela 13. Frequência e Gravidade da VPI entre as usuárias que sofreram VPI na vida e já engravidaram (n=1165)

Variáveis	Categorias	N(%)
Gravidade da violência psicológica	Não sofreu violência psicológica	166(14,2)
	Moderada	304(26,1)
	Grave	695(59,7)
Violência psicológica*	Não sofreu violência psicológica	166(14,3)
	Uma vez	139(11,9)
	Poucas vezes	299(25,7)
	Muitas vezes	560(48,1)
Gravidade da violência física	Não sofreu violência psicológica	386(33,2)
	Moderada	310(26,6)
	Grave	468(40,2)
Violência física	Não sofreu viol física	386(33,1)
	Uma vez	289(24,8)
	Poucas vezes	192(16,5)
	Muitas vezes	298(26,6)
Violência sexual	Não sofreu violência sexual	773(66,4)
	Uma vez	95(8,15)
	Poucas vezes	115(9,9)
	Muitas vezes	182(15,62)

* Válido para 1164 usuárias

Prevalência da VPI durante a gestação

Observou-se que das 1165 mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo na vida, aproximadamente um terço delas (33,0%) refere ter sofrido violência durante alguma gestação, (IC95% 30,3% a 35,7%).

1.4 Fatores associados à VPI na gestação

Violência por parceiro íntimo na vida

Em análise univariada, investigou-se a associação entre o tipo, a frequência e a gravidade da violência por parceiro íntimo sofrida na vida destas usuárias e a ocorrência de violência por parceiro íntimo na gestação. Constatou-se, então, que aquelas mulheres que relatam ter sofrido os três **tipos de violência na vida** - violência psicológica, física e sexual - apresentaram prevalência duas vezes maior de violência por parceiro íntimo na gestação que aquelas que sofreram um tipo de violência (RP =2,22; IC_{95%} 1,79 a 2,74; p= 0,000). Em relação à **frequência da violência sofrida**, constata-se que as mulheres que sofreram episódios repetitivos (*muitas vezes*) de qualquer forma de violência na vida também exibiram maior prevalência de violência na gestação. No caso daquelas mulheres que apresentaram episódios repetitivos de violência psicológica a prevalência de violência na gestação foi aproximadamente três vezes maior (RP = 2,94; IC_{95%} 2,02 a 4,27; p = 0,000), de violência física foi acima de duas vezes maior (RP= 2,20; IC_{95%} 1,80 a 2,70; p = 0,000) e de violência sexual foi 1,8 vezes maior (RP=1,80; IC_{95%} 1,51 a 2,15; p=0,000). As mulheres que sofrem VPI na gestação também apresentam maior prevalência de violência psicológica e física grave na vida (RP da violência psicológica=2,69; IC_{95%} 1,86 a 3,91 e RP da violência física = 1,96; IC_{95%} 1,61 a 2,40). (Tabela 14)

Tabela 14. Razão de prevalência de VPI na gestação e tipo, gravidade e frequência de VPI sofrida na vida entre as usuárias que já sofreram VPI na vida e já engravidaram (n =1165)

Variável	Total	Violência na gestação	%	RP	IC95%	P
<u>Tipos de violência ***</u>						0,000**
Psicológica moderada	169	45	26,6	1		
Psicológica grave	122	35	28,7	1,08	0,74 a 1,57	
Psicológica e física	366	129	35,2	1,32	0,99 a 1,76	
Psicológica, física e sexual	276	137	49,6	1,86	1,41 a 2,46	
Sexual e sexual conjugada com um tipo	115	22	19,1	0,72	0,46 a 1,13	
Só física	116	15	12,9	0,48	0,28 a 0,83	
<u>Número de tipos de violência***</u>						0,000*
Um tipo	438	98	22,4	1		
Dois tipos	450	148	32,9	1,46	1,18 a 1,83	
Três tipos	276	137	49,6	2,22	1,79 a 2,74	
<u>Gravidade da violência psicológica</u>						0,000*
Não sofreu	166	25	15,1	1		
Moderada	304	77	25,3	1,68	1,12 a 2,53	
Grave	695	282	40,6	2,69	1,86 a 3,91	
<u>Gravidade da violência física</u>						0,000*
Não sofreu	386	94	24,3	1		
Moderada	310	65	21,0	0,86	0,65 a 1,14	
Grave	468	224	47,9	1,96	1,61 a 2,40	
<u>Frequência da violência psicológica ***</u>						0,000*
Nunca sofreu	166	25	15,1	1		
Uma vez	139	31	22,3	1,48	0,92 a 2,38	
Poucas vezes	299	79	26,4	1,75	1,17 a 2,64	
Muitas	560	248	44,3	2,94	2,02 a 4,27	

<u>Frequência da violência física</u>					0,000*	
Nunca sofreu	3,86	94	24,3	1		
Uma vez	289	61	21,1	0,87	0,65 a 1,15	
Poucas vezes	192	69	35,9	1,47	1,14 a 1,91	
Muitas vezes	298	160	53,7	2,20	1,80 a 2,70	

<u>Frequência da violência sexual</u>					0,000*	
Não sofreu	773	224	29,0	1		
Uma vez	95	28	29,5	1,02	0,73 a 1,41	
Poucas vezes	115	37	32,2	1,11	0,83 a 1,48	
Muitas vezes	182	95	52,2	1,80	1,51 a 2,15	

* p corresponde ao teste de Qui-quadrado de tendência linear

** p corresponde ao teste de Qui-quadrado.

*** válido para 1.164 mulheres

1.5 Discussão dos achados nas análises quantitativas

Este estudo de prevalência confirma achados encontrados na literatura nacional e internacional sobre a alta magnitude do fenômeno da violência por parceiro íntimo no período da gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde, estimada em **20,0%** das mulheres entrevistadas que já engravidaram. Em outras palavras, os dados revelam que uma a cada cinco mulheres que procuram serviços públicos de atenção à saúde e que já engravidaram sofre algum tipo de violência durante gestação. Já dentre as mulheres que relatam terem sofrido violência na vida (subamostra B), a prevalência de VPI na gestação é de aproximadamente um terço (**33,0%**).

Embora bastante alta, a taxa aqui observada está muito abaixo daquelas encontradas por outros autores que estudaram o tema na América Latina e Central. Castro e Ruíz (2004), por exemplo, constataram taxa de 32,1% para qualquer forma de violência na gestação entre usuárias gestantes, no Estado do México. A grande diferença da magnitude encontrada naquele estudo em comparação aos dados encontrados no presente trabalho pode ser atribuída tanto às diferenças amostrais, quanto aos critérios de definição de casos. No estudo citado, além do uso de instrumentos diferentes para a identificação de casos (o Index of Spouse Abuse e o Severity of Violence Against Women), a amostra foi composta por mulheres no terceiro trimestre da gravidez. É possível que a experiência atual da gestação facilite a lembrança e a revelação das entrevistadas sobre a violência sofrida neste período.

Moraes e Reichenheim (2002) também obtiveram prevalência bastante alta de qualquer tipo de VPI na gestação entre usuárias de três maternidades públicas do Rio de Janeiro, estimada em 63,4%. Esta grande diferença em relação ao presente estudo também pode ser atribuída à diferença amostral. No estudo citado, a amostra foi composta por puérperas até 24hs após o parto, o que permitiu aos autores investigarem o período gestacional como um todo, aumentando a chance de identificação de situações de violência neste período. A experiência recente da gestação possivelmente facilitou a memória e a revelação da VPI neste período.

Conclui-se, portanto, ser provável que no presente estudo haja viés de memória, isto é, que a possível distância no tempo entre a gestação e a data da entrevista torne difícil a associação pelas entrevistadas entre a violência sofrida e a condição de gestante.

Vale ressaltar que a prevalência encontrada do presente estudo está acima daquela encontrados por Coker et al (2004) em estudo com 755 usuárias de serviços de atenção básica e que já engravidaram, nos Estados Unidos. Naquele estudo, a prevalência de qualquer forma de VPI na gestação foi estimada em 14,7%. Todavia vale marcar que embora tenha desenho semelhante ao do presente trabalho, aquele estudo contém uma diferença significativa na metodologia e na forma de análise dos dados. Os autores investigam a ocorrência de VPI em cada gestação das mulheres entrevistadas e consideram a prevalência do fenômeno em relação ao número total de gestações da amostra, isto é, calcularam a taxa de prevalência a partir da divisão entre o número de gestações em que houve VPI sobre o número total de gestações na amostra (274 de 1862 gravidezes). Assim, os autores obtêm a taxa de gravidezes nas quais houve VPI e não a taxa de mulheres que sofrem VPI na gestação. Portanto, a comparação com o presente estudo é precária.

Em relação aos **fatores associados** à VPI na gestação, este estudo revela que este fenômeno parece ser parte de um padrão de violência mais amplo, que inclui sofrer violência psicológica e física repetidas vezes por familiares ao longo da vida e na gestação, coincidindo plenamente com os achados reportados em diversas fontes (Castro e Ruíz, 2004, Menezes et al, 2003).

Este estudo mostra que as mulheres solteiras, aquelas com parceiros sem relacionamento sexual e aquelas com namorado com relação sexual mas sem coabitação apresentam maior prevalência de violência na gestação do que aquelas que convivem com os parceiros, confirmando achados de outros estudos (Bacchus et al, 2004; Coker, 2004; Johnson et al, 2003). Por se tratar do estado civil da mulher no momento da entrevista e não necessariamente daquele no momento dos atos violentos, pode-se supor que as mulheres que vivem situações de VPI na gestação tendem a não estar atualmente coabitando com seus parceiros violentos. Isto pode ocorrer porque deixaram de viver com eles ou porque já não viviam quando engravidaram.

Ter mais de três **gestações** também é um componente fortemente associado à violência na gestação. A literatura tem confirmado que a mulher em situação de violência tem maiores chances de ter quatro ou mais filhos do que as mulheres que não sofrem violência (Ellsberg, 1999; Coker et al, 2004). Embora alguns autores sugerissem que se

interpretasse esta associação no sentido de a violência ser decorrência do maior estresse vivido por famílias com muitos filhos, um estudo recente sugere interpretação inversa (Ellsberg et al, 1999). Ele constata que por volta de cinquenta por cento de toda violência física se inicia nos dois primeiros anos da relação conjugal e oitenta dentro dos quatro primeiros anos, isto é, antes do alto número de filhos. Desta forma, entende-se que a violência precede o alto número de filhos, podendo ser considerada em si um fator de risco para se ter mais filhos, por exemplo, por dificultar a adoção de medidas contraceptivas.

Embora se tenha constatado, em análise univariada, associação entre o número elevado de **abortos** (3 ou mais) e a violência por parceiro íntimo na gestação, no modelo multivariado, quando se inclui a variável **número de gestações**, a associação do desfecho com a categoria *3 ou mais abortos* perde sua significância estatística. Este resultado sugere que o número de abortos e o número de gestações são variáveis que medem eventos relacionados, gerando ‘superajuste’ quando colocadas no modelo. Além disto, apenas 50 mulheres referem *3 ou mais abortos*, tornando as estimativas ligadas à este estrato muito instáveis.

Ter tido relação sexual antes dos 19 anos de idade também está associado à VPI na gestação, sobretudo quando ela ocorre antes dos 15 anos. É possível analisar este achado no sentido de que as mulheres que experimentam situações de violência doméstica na família de origem procurem um vínculo amoroso como meio de saída ou fuga do contexto familiar, mais cedo na vida do que aquelas que não sofrem violência neste contexto. É também possível que este dado indique que a primeira relação sexual seja ela mesma um ato de violência sexual na infância ou na adolescência perpetrada por um membro da família. Outra forma de interpretar este dado refere-se à auto-estima da mulher que sofre violência no núcleo familiar. A literatura indica que a experiência de violência neste contexto tem importante impacto na vida emocional da mulher e na sua auto-estima, provocando comportamentos de risco para sua saúde e provavelmente envolvimento com múltiplos parceiros em idade jovem.

No que se refere à **negociação de uso de preservativo masculino para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis**, as mulheres cujos parceiros já recusaram uso de preservativo apresentam maior prevalência de VPI na gestação, em

comparação com aquelas cujos parceiros nunca recusaram. Este dado reforça a idéia de que aquelas que sofrem VPI na gestação têm menor poder de negociação e autonomia dentro da relação amorosa e estão mais suscetíveis às DSTs. Este dado será discutido de modo mais aprofundado, adiante, na análise das entrevistas em profundidade.

Foi constatada associação entre **Transtorno Mental Comum** (TMC) e a ocorrência de VPI na gestação. Isto sugere que as mulheres que relatam terem sofrido VPI na gestação também apresentam sintomatologia comum aos transtornos depressivos e de ansiedade. Esta associação não nos permite inferências causais, tanto pela própria natureza do estudo de corte transversal, como pelo fato de o SRQ-20 avaliar a sintomatologia das últimas quatro semanas e a ocorrência de VPI na gestação poder ter ocorrido muitos anos antes. Todavia, vale chamar a atenção para a interpretação de muitos autores de que o baixo peso fetal é decorrente do baixo ganho de peso materno, por sua vez, decorrente da perda de apetite, sintomatologia comum na depressão. Entretanto, a associação entre **baixo peso ao nascer** e VPI na gestação, encontrada na análise univariada, não se mantém estatisticamente significativa no modelo elaborado.

No modelo de regressão logística, a **escolaridade** da mulher não se mantém associada à VPI na gestação, diferindo de achados produzidos em outras pesquisas (Castro e Ruíz, 2004 ; Coker et al, 2004; Menezes et al, 2003; Steward e Cecutti, 1993;). Este dado sugere que as questões de saúde reprodutiva, sexual e mental têm maior força de associação sobre a VPI na gestação do que as questões sócio-econômicas. Não se trata de desconsiderar o papel das precárias condições de vida, do menor acesso ao sistema educacional e da baixa renda na ocorrência da violência. Mas significa observar que, em relação à VPI na gestação, as questões de gênero relacionadas à autonomia de negociação de preservativos, ao número de gestações, à idade de início das atividades sexuais e ao estado civil têm maior impacto.

Por fim, vale ressaltar que os achados encontrados no estudo com a subamostra B revelam que sofrer repetidas vezes, nas formas mais graves, os três tipos de violência ao longo da vida são fatores fortemente associados à violência na gestação. Isto significa que as mulheres envolvidas nos piores cenários de violência por parceiro íntimo estão mais sujeitas à sofrer algum tipo de violência também na gestação. Assim, este estudo reforça

a afirmação de Campbell et al (2004) de que os homens que agredem física ou verbalmente mulheres grávidas apresentam padrão bastante grave de violência na vida.

Em suma, demonstra-se aqui que as mulheres mais expostas à violência familiar e conjugal na vida e ao menor poder de negociação de preservativo para prevenção de DSTs, estão mais suscetíveis à VPI na gestação. É provável que estas mulheres também tenham menores condições de uso de métodos contraceptivos, seja por falta de informação, de recurso ou autonomia em relação ao parceiro para adoção de algum método, e por isto tenham alto número de filhos e de gestações. Todos estes achados serão retomados na discussão final deste trabalho.

É importante reforçar algumas limitações metodológicas deste estudo. Como já se salientou na introdução deste trabalho, um primeiro limite refere-se ao uso de dados secundários, produzidos na *pesquisa maior*, elaborada com o objetivo de se investigar a relação entre violência doméstica e sexual, presença de agravos à saúde e uso de serviços públicos de saúde. A abordagem da violência por parceiro íntimo durante a gestação não constituiu objeto central daquela pesquisa. Portanto, os dados produzidos sobre esta questão, embora importantes para um primeiro panorama da prevalência do fenômeno, não permitem análise mais detalhada sobre o tipo de violência (psicológica, física ou sexual), a gravidade e a frequência da violência vivida especificamente durante a gestação. Eles fornecem informações exclusivamente sobre a presença ou ausência de algum episódio de violência durante este período.

Outra restrição do estudo quantitativo refere-se também à ausência de informações sobre o parceiro. Este fato limita a análise sobre algumas características do relacionamento que podem entrar em jogo nas situações de violência, tais como, disparidades de raça, de status social, de trabalho, de religião, etc.... A ausência destas informações dificulta a compreensão do modo como as trajetórias de vida e a inserção social dos indivíduos intersectam-se, favorecendo a ocorrência de violência. Entretanto, este aspecto do fenômeno será abordado, em sua dimensão subjetiva, nas entrevistas em profundidade.

Por se tratar de estudo de corte transversal, a relação de causalidade não pode ser estabelecida. Embora o desenho deste estudo seja adequado para avaliar grandes populações e para determinar a frequência de determinados eventos, é limitado pelo fato

de medir, ao mesmo tempo, exposição e desfecho, de forma que a ambigüidade temporal dificulta a separação entre causa e efeito. Acrescenta-se a isso a possibilidade de importante viés de memória, por indagarmos a respeito da ocorrência de violência na gestação a mulheres de até 49 anos, cujas gestações podem ter sido vividas muitos anos atrás.

2. Interpretação das falas e diálogos em grupos focais com gestantes

Análise do perfil sócio-econômico

Foram feitos três grupos focais com mulheres gestantes nos quais participaram ao todo vinte mulheres, ente 19 e 41 anos, em diferentes momentos da gravidez. Do total de participantes, seis não responderam à ficha sobre o perfil sócio-econômico, pois chegaram ao grupo depois de seu início e saíram antes de seu término. Vale lembrar que são mulheres em diferentes momentos da gestação que foram ao serviço para atendimento médico e não exclusivamente para participar do grupo. Portanto, problemas como este na captação de dados não puderam ser evitados.

Seis participantes trabalhavam exclusivamente em âmbito doméstico e oito realizavam atividade profissional fora deste espaço. No que se refere ao estado civil, oito delas eram casadas ou amasiadas, duas solteiras e duas separadas. Quanto ao número de filhos, duas não possuíam nenhum, cinco possuíam apenas um, seis possuíam dois e uma possuía três filhos. O poder de compra foi classificado em classes segundo os critérios da ABIPEME, já descritos na metodologia, e constatou-se que quatro encontravam-se na classe C, quatro na classe E e seis na classe D. (Tabela12)

Tabela 15. Perfil sócio-demográfico das participantes dos grupos focais com mulheres grávidas (N = 14)*

Nº	Ocupação	Idade	Escolaridade	Situação conjugal	Nº de filhos
1	Dona de casa	21 8ª	1º grau	Mora junto	1
2	Vendedora em bazar	20 2º	grau	Casada	0
3	Dona de casa	18 7ª	série	Casada	1
4	Empregada em empresa de ônibus-serviços gerais	29 4ª	série	Mora junto	2
5	Dona de casa	21 5ª	série	Separada	2
6	Diarista (Passadeira)	32 4ª	série	Solteira	2
7	Ajudante geral- restaurante	29 4ª	série	Separada	1
8	Dona de casa	19 2º	grau		0
9	Costureira	28 2º	grau	Casada	1
10	Dona de casa	19 2º	grau	Casada	2
11	Costureira	41 8ª	série	Casada	2
12	auxiliar de expedição	20 3º	colegial	Solteira	1
13	Empregada em mercearia	27 2º	grau	Casada	2
14	Dona de casa	22 7ª	série		3

* Seis participantes não responderam à ficha sobre o perfil sócio-econômico.

Tabela 16. Perfil sócio econômico do companheiro das participantes dos grupos focais (n=14)*

Nº	Idade	Ocupação do companheiro	Escolaridade do Companheiro	Grau de instrução do chefe de família	Classe
1	27	Motoboy	2º grau	Primário completo/ Ginásial incompleto	C
2	20	Gerente de transporte	2º ano 2º grau	Primário completo/ Ginásial incompleto	C
3	29	Balconista	6ª série	Primário completo/ Ginásial incompleto	D
4	23	Lava carros	não sabe	Primário completo/ Ginásial incompleto	C
**5				Primário completo/ Ginásial incompleto	D
**6					D
**7				Primário completo/ Ginásial incompleto	E
**8	33		2º grau completo	superior completo	C
9	25	Costura	2º grau completo	Ginásial completo/ Colegial incompleto	E
10	29	Trabalha em obras	5ª série	Analfabeto/ Primário incompleto	E
11	34	Segurança	1ª colegial	Ginásial completo/ Colegial incompleto	D
12	21	Encarregado	3º colegial	Analfabeto/ Primário incompleto	E
13	24	Vigilante	2º grau incompleto	Ginásial completo/ Colegial incompleto	D
14	29	Conferente	2º colegial	Ginásial completo/ Colegial incompleto	D

* Seis mulheres não responderam à ficha sobre o perfil sócio-econômico

**quatro não souberam referir todas as informações do parceiro

Interpretação/ compreensão das falas e diálogos nos grupos

A violência doméstica e conjugal na vida

A análise dos relatos acerca das agressões verbais e físicas nos relacionamentos com parceiros íntimos sugere a existência de percepções variadas sobre o problema na população estudada. Tal variedade está associada à maior ou à menor condição de negociação e de empoderamento (empowerment) feminino no relacionamento conjugal. Apesar de partilharem condições sócio-econômicas bastante homogêneas, as participantes apresentam diferentes inserções no mercado de trabalho, têm como referência concepções de gênero heterogêneas dentro do espectro tradicional/moderno e estão mais ou menos expostas a situações de violência. Tais diferenças parecem estar na origem do modo como cada uma destas mulheres dão significado à vida conjugal e interpretam as brigas e a violência doméstica.

De modo geral, todas as participantes reconhecem a existência de valores que orientam diferentemente os comportamentos masculinos e femininos, dentro de um sistema de relações desigual e injusto. Todavia, foi possível identificar três principais percepções acerca das relações de poder e da violência na esfera conjugal.

A primeira e mais corrente percepção retrata as agressões verbais e físicas como ingredientes do relacionamento conjugal, associados aos **processos de negociação de interesses entre os cônjuges**. Tais atos são percebidos como instrumento utilizado por ambas as partes para expressão dos interesses e das emoções no relacionamento. Nestes casos, as mulheres se dizem ativas na eclosão dos episódios de violência e o fazem na tentativa de resgatar o cumprimento, por parte do companheiro, de seu papel social na família e de estabelecer relações de gênero menos desiguais. Trata-se de resposta feminina ao rompimento com o sistema de reciprocidade do casal e da busca por participações mais igualitárias no orçamento e cuidado da casa. De modo geral, apesar de perceberem-se no pólo mais fraco da relação de gênero, estas mulheres sentem-se com relativa condição de 'brigar' por seus interesses, como pode ser observado nas seguintes falas:

"Ele não valoriza o meu trabalho. Eu digo para ele: "Eu também trabalho junto com você, nas mesmas horas que você, todo tempo". Ele pergunta: "Quem mandou você trabalhar! Ninguém mandou você trabalhar!". Só ele trabalhando não dá sustento. Ele nunca diz obrigada porque eu também ajudo em casa. Daí a gente briga feio."

"Não vou negar que apanhei dele, porque ele é alto, apanhei mesmo, mas também bati".

"Eu brigo bastante, sou briguenta. Por exemplo, se eu tenho um monte de contas para pagar, para essas coisas ele nunca tem. A gente trabalha, por exemplo, eu sou doméstica, mas eu também trabalho. Então fica muito pesado, quando chega no final do mês e você não tem com quem contar, as dívidas sempre sobram para você. Então rola muito isso(...) Ou então, às vezes por motivo de traição, ciúmes. Hoje eu tenho um filho e a gente briga por causa do filho porque precisa comprar as coisas para ele e não tem a participação dele".

"Eu mesmo brigo porque se deixar ele leva a vida e está tudo bem. Porque homem é acomodado. Enquanto ele não desconfiar que está sendo traído ele não abre a boca. A única hora que ele deixa de ser acomodado é na hora em que ele acha que está sendo traído."

"Às vezes eu brigo com o meu (marido) porque ele bebe, chega em casa e não deixa ninguém dormir. Às vezes ele fica na casa de jogo até tarde e isso é motivo para briga. Ainda mais se ele chega com um cartãozinho na mão, aí já é mais motivo ainda!"

Esses trechos nos mostram como de fato algumas mulheres atuam e se reconhecem como agentes de atos de violência, quando sentem que o companheiro quebra o padrão de reciprocidade ali estabelecido, deixando de cumprir o papel social de provedor da casa ou rompendo o contrato de fidelidade conjugal.

Uma outra percepção, menos comum, refere-se às agressões e aos conflitos que envolvem o **abuso de força masculina**, dentro de um contexto de grande assimetria entre o casal, com uso da violência, sobremaneira masculina, como forma de imposição de regras e exigência de obediência. Esta concepção é predominante entre aquelas mulheres cujo relacionamento segue o padrão tradicional de gênero. Embora resistam à violência, utilizando-se inclusive de violência verbal, estas mulheres percebem a impossibilidade de diálogo e sentem-se inferiorizadas na tentativa de se defender.

É interessante marcar, contudo, que embora em alguns casos, os atos violentos femininos possam ser entendidos como forma de resistir à força masculina, eles não representam necessariamente busca pela sua ruptura. Em um dos relatos é evidente que a participante tolera o autoritarismo do marido que dita as regras de seus comportamentos e controla seu deslocamento e contato com as outras pessoas, contudo, ela não aceita o fato de ser traída repetidas vezes. Neste caso, a violência feminina funciona como recurso para enquadrar o homem em seu papel masculino, mesmo que este enquadramento represente a alienação da mulher e a identificação de sua vontade e ação com a vontade e a ação contrária que a dominam: a ‘violência perfeita’ descrita por Marilena Chauí(1985). Assim, a agressão feminina, neste caso apenas verbal, expressa a insatisfação da participante diante do não cumprimento do contrato de fidelidade, mas não significa busca da ruptura da dominação masculina. Um exemplo deste discurso está na fala que segue:

"A minha vida é complicada, realmente é complicada. No começo é tudo uma maravilha. Só que ele é muito ciumento e nunca me deixou trabalhar fora. Eu sempre dependi dele para tudo. Como uma criança depende do pai. Eu não trabalhava fora, não saía para lugar nenhum a não ser com ele. Quando a gente brigava era mais por ciúme da parte dele. Então, para não brigar eu tinha que ficar embaixo dos ponteiros. Ele falava, eu escutava e aceitava, qualquer explicação que ele dava eu falava que estava certo. Eu acreditava em tudo o que ele falava. Com dez anos de casada ele foi mudando, saía e não voltava, começou a trabalhar à noite. Foi mudando completamente e as brigas foram

aumentando mais e mais. E a desconfiança foi aumentando mais e mais, de minha parte principalmente. Então, eu conversava com ele, perguntava se ele estava saindo com alguém lá fora. E isso era motivo de briga maior. Não podia tocar no assunto que ele tinha outra mulher. Ele até ameaçava me bater. Aí, com uns 11 anos de casada eu comecei a receber carta anônima, de que ele estava com outra mulher, então eu chegava para ele e perguntava e ele dizia que não. Então eu disse: “Use ao menos a sua consciência, seja homem ao menos uma vez na vida, eu não vou arrancar as calças que você desce. Se você tiver mulher lá fora vai embora que eu não vou morrer. Vou chegar ao chão, mas eu não vou morrer. Você sai da minha casa e deixa meus dois filhos, mas vai embora. Se você não quiser embora, eu vou e levo meus dois filhos.(...) Começamos a brigar por ciúmes mesmo. Começamos a brigar mesmo. Eu começava a briga é porque eu queria uma explicação”.

Gregori (1992), analisando a queixa de mulheres sobre violência do cônjuge observa que:

“Por terem incorporado, mediante sua socialização, todo um conjunto de regras e padrões de comportamento para a boa esposa, a boa mãe, o bom casamento etc., elas não interpretam os conflitos como originários de uma relação de dependência e submissão. A ameaça de supressão dessa relação é que está, para elas, na origem de uma situação conflitiva e de violência”. (p.161)

A terceira percepção caracterizou-se pela **intolerância à violência**. Estas participantes percebem-se com algum poder no relacionamento e se dizem refratárias a qualquer situação de violência. Enquadram a violência física dentro dos comportamentos limites à permanência no vínculo. Muitas destas mulheres dizem ter vivido situação de violência na vida família de origem e por isso não aceitariam a reprodução desta situação. Outras já dizem nunca terem vivido antes ou em qualquer relacionamento conjugal.

"Eu apanhei tanto do meu pai e não admito que ninguém bata em mim. O único homem que me bateu foi meu pai. Eu digo para meu marido: "Tu não vai me bater não, porque se tu me bater você morre!."

"Deus me livre, se ele me der um murro".

"Eu aceito tudo, mas pancada não".

A definição destas três percepções é relevante para o entendimento dos diferentes sentidos da violência. Fica evidente como o mesmo ato de violência, por exemplo, os tapas e os insultos, pode ser interpretado diferentemente de acordo com a maior ou menor condição de negociação com o companheiro. Em ambos os casos há agressões, porém em um deles a desigualdade de poder é mais acentuada e configura sentido diferente daquele expresso pelas mulheres que se sentem em condições de exigir menor desigualdade nas relações.

Os motivos da violência

No discurso das mulheres participantes, os motivos que levam ao desencadeamento da violência entre os casais são basicamente dois: a) o ciúme e a traição e b) a existência de filhos de casamento prévio.

A convivência com filhos de outros casamentos é percebida como fato relevante para a ocorrência de violência por parte do companheiro. Sugerem que os homens sentem sua autoridade ameaçada diante da criação de filhos de casamentos prévios, recusando-se a assumir as responsabilidades sobre eles.

“Ter filho de um outro casamento, isso com certeza é motivo de briga.”

“Este meu casamento agora, ele não deu certo porque o meu ex-marido não gostava do meu filho do casamento anterior. Ele não queria pagar as contas”.

Estas falas corroboram o achado de Castro e Riquer (2004), de que ter tido parceiro anterior ao atual e ter filhos de outros relacionamentos constituem fator de risco quase duas vezes maior de violência na gestação. O inverso também é significativo: aquelas mulheres cujo parceiro tem filhos de outros relacionamentos apresentam risco 1,65 vezes maior de sofrer violência durante a gestação que aquelas cujo parceiro não tem filhos com outras mulheres.

Estes achados sugerem que os rearranjos familiares que envolvem a convivência com filhos de outros casamentos podem produzir conflitos e violência entre o casal. Eles geram embates em relação aos critérios de legitimidade dos padrões de família e aos papéis feminino e masculino.

Conforme se discutiu no capítulo I, na sociedade contemporânea, os valores modernos criam a noção de ‘igualdade sexual’, tornando freqüentes os rearranjos familiares e as experiências sexuais com múltiplos parceiros para os dois sexos. Todavia, a coexistência de valores tradicionais produz conflitos relativos à perda de controle masculino sobre a família e sobre a vida amorosa e sexual pregressa da mulher. Neste sentido, a existência de filhos de casamentos anteriores é um atestado de que a mulher já teve vida sexual e amorosa prévia e por isso não se enquadra dentro de um padrão tradicional de gênero. Além disto, a existência de um ex-parceiro, com contato e poder sobre a esposa e o filho, pode ser vivida pelo parceiro atual como situação de ameaça à sua supremacia, gerando situações de violência. Poderíamos dizer que o ‘fantasma’ dos relacionamentos prévios, atualizados pela presença das crianças, podem representar enorme fonte de conflitos entre os casais, pela impossibilidade do homem de conviver com o passado amoroso da mulher e com a existência de outras autoridades masculinas na família.

Esta questão nos remete à discussão proposta por Anthony Giddens no início de seu livro “A transformação da intimidade”, a respeito dos rearranjos familiares e dos conflitos engendrados nas relações íntimas na modernidade. O autor entende os conflitos conjugais e a violência masculina dentro de um cenário no qual o homem sente-se ameaçado pelos relacionamentos amorosos e sexuais vividos pela esposa anteriormente ao casamento, ou “antes de ela estar ‘sob o seu controle’”. Giddens sugere que a independência sexual das mulheres, mesmo que prévia ao relacionamento estável, pode ser inaceitável pelos parceiros, podendo chegar ao ponto de violenta destruição. Diz o autor “em um mundo de igualdade sexual crescente – ainda que tal igualdade esteja longe de ser completada – ambos os sexos são levados a realizar mudanças fundamentais em seus pontos de vista e em seu comportamento, em relação um ao outro”.

Outro importante motivo para o desencadeamento de violência que aparece nos grupos focais é o ciúme e a traição. Este ocorre no cenário de transformações na vida afetiva descrito acima, no qual a noção de ‘igualdade sexual’ está se constituindo, mas não está plenamente consolidada. As falas retratam os relacionamentos extraconjugais como experiências que assombram cotidianamente o casamento e geram verdadeira rivalidade entre os conjugues. Esta questão parece estar no cerne das transformações nas

relações afetivas atuais e na origem das relações violentas. Além disto, repetidas vezes foram mencionadas disputas e episódios de violência entre mulheres por motivo de ciúme de seus maridos.

“Eu estou solteira e não tenho o que falar. Ele era muito chato. Ele não me compreende, não tem carinho, não tem nada. Ele só quer saber de mulher, mulher, mulher.”

"A violência começa quando a mulher sai de casa ou reage à traição. O homem quer voltar, ele ameaça, ele corre atrás".

"Acho que a traição é motivo de agressividade. E nós empenhamos a vida para um homem e o homem se faz de santo. De repente dá uma dessas. A gente tem que ir em cima mesmo".

"Na minha gravidez, aos quatro meses eu briguei com uma vizinha mesmo. Por ciúmes mesmo, ela estava muito fogosa. Nós saímos nos tapas. Ela pegou até faca mesmo e ela me furou. E eu dei o troco".

A violenta reação feminina diante da traição masculina revela mudanças nas relações de gênero relativas à tradicional dupla moral sexual. A infidelidade masculina não tem sido tolerada, passando a ser entendida como desvalorização da mulher no seu papel de esposa. Na base destas transformações nas relações de gênero está o novo papel da mulher como personagem de satisfação sexual. Além disto, as mulheres constroem um estereótipo masculino caracterizado pela busca rotineira de relacionamentos extraconjugais e pela intolerância às cobranças de lealdade da mulher, o que geraria muita violência.

"O meu marido mora longe e ele fica me perguntando se eu estou com alguém aqui. Ele é muito desconfiado e isso prejudica a gente. Mas se eu perguntar para ele, se ele está com alguém lá, ele vem com ignorância. Ele bate".

"A mulher é mais conservada, do tipo dona de casa, para o marido. O marido não, ele vai contrair doença e trazer para dentro de casa".

"A mulher pode ser um avião que o homem vai traí-la".

Desta forma, percebe-se que a ameaça de traição é considerada como um dos motivos centrais da violência por ambos os parceiros, pois ela põe em questão tanto a capacidade masculina de controlar e dominar sua família, como também a feminina de satisfazer seu marido e garantir a estabilidade familiar.

Vale salientar que em nenhum dos três grupos houve referência à violência sexual por parte do companheiro, o que sugere que o seu desvelamento é difícil e desencadeia sentimentos de vergonha e humilhação por parte das mulheres que a vivenciam.

Violência no período da gestação

No que diz respeito diretamente à violência no período da gravidez, os depoimentos revelam inexistência de padrão único que descreva a relação violência/gestação. As opiniões acerca das implicações da gravidez nos relacionamentos conjugais foram bastante díspares, demonstrando os limites de se falar em ‘experiência da gravidez’ sem contextualizá-la na relação, no momento de vida do casal, nos recursos disponíveis e nos *projetos de vida*. Isso se expressa na fala do grupo: a violência na gravidez "depende do relacionamento". As participantes confirmam que na maior parte dos casos não se pode atribuir à gestação papel desencadeante da violência. A fala “depende da relação” reafirma a idéia de que a associação entre violência e gestação está vinculada a um contingente grande de fatores que podem favorecer ou não à ocorrência de violência entre o casal.

A indagação sobre a violência física na gestação foi recebida como **novidade** e gerou **estranhamento** entre aquelas participantes que partilham de concepção da gestação como momento de cuidado e proteção por parte do companheiro. Isso se expressa na fala “Eu nunca vi briga de tapa quando a mulher está grávida!” Nestes casos a gravidez é tida como situação em que o homem se envolve com a expectativa de ter um filho, esforçando-se para ser mais compreensivo e menos agressivo ou violento. Afirmam que a preocupação com a saúde da criança inibiria as brigas ou, então, faria com que cedessem mais rápido no momento das discussões. Estas falas sugerem que a expectativa da paternidade e da maternidade compõe os *projetos de vida* do casal como um todo,

favorecendo a diminuição dos conflitos entre eles, como pode ser observado na seguinte fala:

“ No meu caso é diferente, meu marido ficou mais atencioso, mais carinhoso depois que eu engravidei. Ele me compreende muito, me dá mais atenção.”

“Ele me ajuda em tudo, não tenho o que falar”

"As grávidas têm mais respeito dos homens do que as mulheres não grávidas".

“Eles morrem de vontade de pegar a gente no pescoço (quando estamos grávidas) e eles não faz nada (sic). Ele sai da casa vai para a rua, anda, vai andar. Quando ele volta já está tudo bem”.

Embora a maior parte do grupo compartilhe a concepção da gestação como momento de superação ou diminuição de conflitos, há relatos de violência neste período. Muitas vezes atribuem à gravidez o motivo de aumento de violência na vida do casal. O motivo mais freqüente nesses casos foi o aumento da irritabilidade e impaciência da mulher, que a deixaria mais propensa a brigas.

"Eu que estava nervosa quando estava com uns três meses de gravidez. Eu é que estava quebrando tudo em casa. Ele chagava tarde e, no começo, eu tive uma gravidez difícil(...), eu ficava nervosa e ele não entendia. Acho que para ele, também é uma experiência, né? A primeira mulher grávida que ele convive. Daí eu brigava, eu brigava. Daí ele pegava, saía e chegava mais tarde ainda. Daí eu ficava com mais raiva".

“A vida com o parceiro é mais para ruim, ainda mais quando a gente está grávida, eles não têm paciência com nada. Eles não ajudam em nada”

“Eu acho que pode acontecer do mesmo jeito, grávida ou não.”

“Continua do mesmo jeito (grávida ou não). Ele é machista. Ele só pensa nele, só olha o lado dele. Só ele está certo, só ele sabe.”

Emerge no grupo concepção da gravidez como momento de crise, no qual a mulher experimenta alterações do humor, torna-se mais impaciente, irritável e de difícil convivência, o que poderia desencadear momentos de conflito com o parceiro.

"Porque grávida não tem paciência para nada".

Ressaltam também: as mudanças no corpo da mulher, que as tornariam 'gordas', 'feias' e 'menos atrativas sexualmente'; a intensificação do ciúme e da insegurança quanto à fidelidade do companheiro; a maior dificuldade das mulheres em acompanhar os maridos nos eventos sociais, o que as deixariam mais solitárias e sem sua atenção e cuidado; as mudanças na libido da mulher (aumento ou diminuição), que modificariam o andamento da vida sexual do casal e, por fim, as dificuldades financeiras, pelo fato das mulheres não poderem trabalhar neste período.

"O meu problema é mais por causa de ciúmes. Eu acho que eu estou gorda, horrorosa, cheia de espinha, ele está todo igual ao de sempre, porque ele não está inchado, não está ignorante, está uma pessoa normal. Isso assim, é isso que atrapalha porque a gente fica com ciúmes, porque ele está na rua e você está em casa deitada, sentada, comendo não sei o que, não pode fazer nada, não consegue e ele está aí, na vida normal. A gente sente uma raiva, um ódio tão grande"

"Eles não têm paciência com a gente, e quando a gente está grávida a gente exige mais paciência. Eu fico insuportável. Eu mudei completamente depois que eu engravidei e foi por isso que a gente se separou. A gente se separou no início da gravidez, voltamos e separamos de novo. É que eu sou muito nervosa, ignorante, mas tudo isso é da gravidez eu acho."

"A situação também influi muito nas brigas do casal, ainda mais quando a mulher está grávida, que a mulher não trabalha, ela não faz nada ela só depende do homem. Eu sempre trabalhei, mas agora no oitavo mês, eu não consigo mais trabalhar."

"Eu não tenho vontade, né (de fazer sexo)? E ele sempre quer, toda hora. Daí a gente briga. Ele fica me perguntando porque. Eu não tenho vontade mesmo, eu sinto muita dor com esta barriga. Eu fico meio agressiva nesta hora. Eu fico pensando, eu fico meio triste. Ai eu me fecho, eu me isolo"

Além destes aspectos, as participantes sugerem conflito diante da condição de ser ao mesmo tempo companheira e mãe. Em geral, a imagem masculina esteve mais vinculada à vida sexual do que à reprodutiva e se enfatizou mais o marido como amante e companheiro sexual do que como pai. Desta forma, a gravidez e a maternidade foram

descritas como fenômenos limitantes do exercício da vida sexual trazendo dificuldades no relacionamento com o parceiro.

“A minha relação antes de ficar grávida era excelente, pois eu adorava farra e ele também gosta. A gente saía com a turma e era muito melhor”.

Quando perguntado sobre como são as brigas no período da gestação, predominou a opinião de que aumentam as agressões verbais e diminuem as físicas. Todavia, vale ressaltar que em dois grupos houve menção ao aumento de violência física na gravidez.

Em um dos casos citados, o marido além de agredir verbal e fisicamente a participante, chegou a abandoná-la. Em outro caso o marido tentou furar a barriga da esposa com uma faca.

"Minha mãe sempre sofreu do meu pai. Ele bebia e batia muito nela. Além de bater nela, a gente chorava e ele batia na gente também.(...) Ela estava grávida e ele morria de ciúmes dela. Ele chegava em casa bêbado, pegava aquelas mangueiras, cordas e batia nela por qualquer motivo. Se ele chegasse em casa e ela dissesse assim: "Oi, meu amor", ele já enfiava um tapa na cara dela. Se os filhos viam isso e comessem a chorar, ele batia em todo mundo. Teve um dia em que ele pegou uma faca, ela estava de bata grávida, ele enfiou essa faca na barriga dela e caiu todos os botões. Eu achava que ele iria furar o nené por ali. Ele já atirou na minha mãe. Um dia eles foram para o forró, eu ficava em casa com as crianças, e os dois chegavam brigando. Ele bêbado e brigando com minha mãe. (...) Fomos nós dar um conselho para eles não brigarem, ele tirou a espingarda e atirou de lá. (...). Eu queria chamar a polícia e minha mãe não deixou porque ele dizia que se chamasse a polícia ele matava todo mundo. Ela vive hoje com ele porque ela tem medo, ela não gosta dele".

O relato acima revela um relacionamento fundado no medo e no controle. Medo tanto por parte do marido como da mulher. A ela amedrontava a possibilidade de ser assassinada junto aos seus filhos e a ele a possibilidade de perder o domínio sobre sua família. O ciúme referido pela filha expressa a ameaça vivida pelo pai de perder o controle sobre a esposa. A gravidez, neste contexto, apareceu como elemento potencializador de tal ameaça.

Em suma, os dados fornecidos pelos grupos focais não nos permitem avançar na discussão sobre esta temática específica. Eles apenas nos sugerem que em alguns relacionamentos a gravidez pode funcionar como elemento ameaçador ao poder do

homem sobre a mulher, levando-o a utilizar-se da violência física para assegurá-lo. Assim, os grupos corroboram os achados encontrados na literatura referentes à inexistência de um padrão entre violência e gestação, revelando que a gravidez pode representar tanto o aumento como a diminuição dos conflitos entre o casal. Todavia, os grupos explicitam que no imaginário coletivo, as representações prevalecentes estão relacionadas à gestação como momento de cuidado e o apoio do parceiro, diferindo-se da realidade revelada nas entrevistas individuais (questionários e histórias de vida).

Diante disto é possível afirmar que a experiência de grupo não favorece a expressão de vivências conflitivas e de violência no período da gestação. O grupo produz um discurso mais convencional da maternidade ‘sagrada’ e inibe aqueles em que a gestação é rejeitada e motivo de violência.

Consequências da violência para a saúde

As mulheres nos grupos focais relacionam a violência doméstica com seus problemas de saúde. Incluem desde problemas psicológicos de alterações de humor como irritabilidade (*‘nervoso’*), ansiedade, tristeza e depressão, até problemas físicos frequentes como *dor de cabeça* e pressão alta. Foram mencionados também problemas de mal estar, tremeadeira, falta de ar, febre, anemia, falta de apetite, indigestão, úlcera, fraqueza, diabetes, pressão baixa ou alta, além de abortos desencadeados pela violência. É relevante ressaltar que efeitos na saúde mental, chamados de *“loucura”* ou de processo de *“endoidecer”* foram referidos repetidas vezes.

Há ainda consequências em acidentes decorrentes das brigas. Em um relato, a participante expõe que em uma briga, o marido ameaçava matá-la e ao tentar escapar, caiu da janela do 1º andar de seu apartamento. Esse episódio segundo ela teve consequências graves, pois além do impacto emocional, ficou de cadeiras de rodas, com fraturas em inúmeros ossos de seu corpo.

Espontaneamente, as participantes mencionam efeitos da violência na saúde dos filhos por presenciarem episódios de violência entre os pais ou por serem alvo da própria violência. As consequências mais citadas são psicológicas, pelo sofrimento gerado ao presenciarem as agressões. Também foram citados episódios nos quais o pai agrediu fisicamente os filhos por se intrometerem ou procurem interromper as brigas do casal.

A referência às consequências à saúde do homem não foi muito comum. Entre os relatos apareceu a intensificação de problemas de saúde preexistentes em decorrência do nervosismo, associados à violência e ao alcoolismo.

Uso dos serviços

Os dados levantados nos grupos focais indicam ainda que a procura de ajuda nos casos de violência é variada. Em geral a principal fonte de ajuda é por pessoas próximas, tais como a mãe, a sogra, tia, vizinhas ou amigas. Com estas pessoas 'desabafam' sobre os episódios de violência e ouvem seus conselhos e opiniões. Outras participantes relataram não terem confiança ou abertura para conversar sobre estas questões com ninguém, tendo que guardá-las para si. Neste último caso, afirmam procurar alguma atividade para distraí-las e compensar a raiva.

Algumas participantes mencionam a busca de ajuda em instituições, embora isto seja mais raro. Uma participante relata que procurou a Delegacia de Defesa da Mulher para fazer queixa de violência perpetrada pelo marido, porém afirma ter retirado a queixa por motivo de mudanças no comportamento deste.

"Eu já procurei uma delegacia de mulheres no caso do meu primeiro marido. Depois que ele ficou sabendo que eu fui na Delegacia de Mulheres, ele começou a ficar mansinho. Eu retirei a queixa e voltou tudo de novo."

É interessante ressaltar que em nenhum dos grupos houve relato espontâneo de procura de profissionais de saúde em casos de violência. Quando indagadas sobre a possibilidade de acolhimento dos serviços de saúde, foi comum o relato de uso do serviço para cuidado médico das consequências físicas da violência sem, contudo, mencionarem ou tratarem a própria questão.

"Lá na consulta não vai resolver. (O médico) ele vai resolver o que está machucado."

Quando indagadas sobre a possibilidade de relatarem aos médicos os episódios de violência, algumas mulheres apontaram a impossibilidade ou indisposição destes para

escutar e tomar qualquer providência. Além disto, marcaram o caráter 'pessoal' do assunto e entendem que não é tema pertinente ao contexto médico.

"Porque é um assunto particular que ninguém vai ouvir (...). Não falo no consultório porque é coisa pessoal."

Com frequência foram relatados episódios nos quais omitiram ao médico as causas das dores por preferirem não desvelá-las. Como se pode ver a seguir:

"Você está com dor de cabeça, por exemplo, e o médico pergunta o que houve. Você diz que esteve nervosa no dia anterior. Ele diz: 'Então foi por isso que você está nervosa'. E acabou."

Quando perguntadas acerca da possibilidade de serem feitas rotineiramente perguntas sobre situações de violência, na maioria dos casos a resposta foi afirmativa, isto é, grande número das participantes gostaria de ser indagado sobre estas questões. Contudo, algumas participantes achariam perguntas a este respeito intrusivas. Como se pode observar na seguinte fala:

"Isso aí é uma intimidade. Se todo serviço fizer perguntas sobre isso, vão estar tirando a privacidade das pessoas".

Mais especificamente sobre que profissional do serviço prefeririam para conversar e acolher estas questões, o psicólogo foi o mais citado, seguido pelo assistente social e pela enfermagem.

3. Interpretação das narrativas produzidas nas entrevistas em profundidade

A análise que se segue é relativa às quatro entrevistas feitas com mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo no período da gestação. Inicialmente, apresentam-se as quatro mulheres entrevistadas nesta análise, identificando seus dados pessoais, bem como algumas características individuais que tenham sido realçadas no depoimento. Em seguida, desenvolve-se interpretação/compreensão do material produzido de acordo com os três temas e seus subtemas, definidos por questões formuladas nas análises realizadas no estudo da prevalência e nos grupos focais.

O primeiro tema destacado refere-se a aspectos *familiares, culturais, comunitários e das relações conjugais* que conformam **contexto de grande vulnerabilidade na vida familiar e na comunidade**. Através deste enfoque pretende-se mapear explicações e descrições das histórias de vida marcadas pelas suscetibilidades destas mulheres à vivência de situações de violência doméstica e aos obstáculos à sua capacidade de tomar decisões autonomamente. Entre os elementos que compõem esta suscetibilidade estão a organização familiar, os padrões culturais que informam e servem de referência às ações e visões destas mulheres e a rede social mais ampla.

Em seguida descreve-se **a vida conjugal e o processo de gestação**, dando ênfase à relação entre o casal e às circunstâncias em que cada gestação ocorreu, o relacionamento com o parceiro diante deste evento e as repercussões na vida da entrevistada. Discute-se a relação entre violência e gestação, isto é, se existe na percepção delas alguma relação entre estes dois eventos, além de questões ligadas à expectativa da paternidade e da maternidade.

No terceiro tema são analisados a **violência e as complicações na saúde da mulher**, levando-se em conta a percepção feminina sobre o impacto da violência na saúde dela.

Apresentação das protagonistas

Flávia

Flávia é uma jovem de 20 anos, de etnia negra (cor da pele preta) e dona de casa, que vive em barraco dentro de uma favela de Osasco, junto com seu companheiro, dois filhos, sua irmã e os filhos desta. Seu filho mais velho, de cinco anos de idade, é de outro parceiro. Ela estudou até a 4ª série e trabalhou como auxiliar de restauração de quadros, até o início da vida em comum, quando parou de trabalhar para atender à exigência de seu marido. Seu companheiro atual, com quem está casada há três anos, tem 27 anos, completou o primeiro grau e trabalha atualmente como colocador de gesso.

Sua mãe teve oito filhos, sendo Flávia a caçula. Dos oito filhos, seis são de seu pai e dois de casamento anterior. Ela nasceu na mesma periferia urbana onde vive até hoje e ao longo de sua infância, presenciou agressões do pai à mãe, bem como a derrocada financeira e moral dele.

Flávia foi encaminhada ao serviço de atendimento a mulheres que sofrem violência por dificuldades no relacionamento com seu companheiro. Sentia-se decepcionada no casamento, pois apesar de todo seu envolvimento e cuidado com a relação, o parceiro se mostrava agressivo e sem respeito por ela. Atualmente sente-se melhor, mas ainda tem muitos conflitos com o companheiro, por não aceitar suas agressões.

Mônica

Mônica é uma mulher de 37 anos, de etnia negra (cor da pele parda), vive em bairro de periferia de São Paulo, onde nasceu. Formou-se em administração de empresas, especializou-se em administração hospitalar e trabalhou durante três anos, como gerente de um hospital, no setor de psiquiatria. Viveu com seus pais até os dezoito anos, sendo a única filha entre oito filhos. Seu pai era marceneiro e sua mãe dona-de-casa. Aos dezoito anos saiu de casa, por não tolerar as agressões físicas e psicológicas que sofria do pai e dos irmãos, não contando com nenhum apoio da mãe que era passiva diante da violência sofrida pela filha. Foi viver com um casal da comunidade da Igreja (católica), com quem construiu novo vínculo familiar.

Mônica teve sua história de vida marcada por violência tanto em sua família de origem como no seu casamento. Seu relacionamento com o parceiro durou nove anos, seis de namoro, e três no casamento. Ele era negro, foi preso por roubo durante cinco anos, usava drogas e trabalhava como massagista e técnico de futebol de crianças em um clube. Tiveram um filho que nasceu poucos meses antes da morte do marido e que, no momento da entrevista, estava com 6 anos de idade. Atualmente, Mônica é membro ativo do movimento feminista, envolvendo-se em lutas pelos direitos das mulheres e participando de passeadas e outras manifestações públicas.

Neide

Neide tem 44 anos, de etnia negra (cor da pele parda), estudou até a sexta série do primeiro grau e trabalha como empregada doméstica. Ela é católica praticante e tem inserção ainda inicial entre os espíritas kardecistas. É natural de Maceió e única mulher em prole de cinco filhos. Em sua infância presenciou a violência do pai contra a mãe, o que exigiu muita habilidade para se proteger das agressões. Segundo seu próprio relato, Neide teve papel importante na proteção da mãe contra a agressão do pai, incentivando-a a se separar. Hoje ambos estão em segundo casamento.

Neide veio morar em São Paulo com oito anos. Aos 17 anos casou-se, teve dois filhos e depois de 11 anos separou-se do marido por achar que ele não lhe dava atenção. Ela experimentou novo relacionamento com um parceiro, 19 anos mais jovem, de quem também se separou por não suportar seus atos de violência. Todavia, mesmo separada continua mantendo relacionamento amoroso com ele, pois o considera atencioso.

Julieta

Julieta é uma mulher de 28 anos, católica praticante e de etnia branca (cor da pele branca). É natural da cidade de Vitória da Conquista (Bahia) e desde os 15 anos veio morar na cidade de São Paulo junto com seus pais. Viveu com eles até recentemente quando engravidou e foi morar com o pai de sua criança. Embora tenha iniciado um curso de administração, teve que interrompê-lo, quando seus pais adoeceram e passaram por dificuldades financeiras. Trabalhou por alguns anos na área de publicidade de um jornal,

mas foi demitida ao engravidar e desde então está desempregada. Seu filho único está com seis meses de idade.

O relacionamento deste o início apresentou dificuldades e, assim que engravidou, Julieta começou a sofrer violência física por parte do companheiro. Por esta razão foi morar na casa dos sogros que lhe deram grande apoio. Neste processo, o companheiro ainda a agrediu algumas vezes e hoje eles têm relacionamento instável.

Tema 1. Contextos de vulnerabilidade na vida familiar e na comunidade

Ao longo dos depoimentos é possível identificar alguns traços comuns na trajetória de vida dessas mulheres, na intersecção de sua trajetória com a de seu companheiro e no contexto social que caracterizam situação de grande vulnerabilidade à violência por parceiro íntimo na gestação.

A organização familiar: violência na família de origem e o desamparo

Conflito e violência no âmbito das relações familiares estão presentes nos quatro depoimentos, perpassando a vida destas mulheres, desde a infância até a idade adulta. Estas experiências estão referidas a dois modelos de organização da família, orientados por padrões hierárquicos tradicionais. O modelo mais comum apóia-se na figura paterna que centraliza as decisões sobre as regras e as condutas da família e que se utiliza da violência como meio de assegurar seu controle, sobretudo em relação às figuras femininas. Neste modelo, a mãe é caracterizada como figura frágil, passiva, submetida às regras e, muitas vezes, vítima de violência conjugal.

De modo geral, nestas famílias as relações são baseadas na obediência feminina e na força das figuras masculinas que controlam a circulação das mulheres fora da esfera doméstica, sua sexualidade e vida amorosa. Chama atenção como o vínculo entre as mulheres da família é, com raras exceções, tenso e competitivo, envolvendo frequentes brigas entre as irmãs. Em apenas um relato há referência à solidariedade feminina no enfretamento ou resistência à violência masculina.

"Eu nasci aqui em São Paulo, morei 17 anos aqui em Osasco mesmo. Sete irmãos, eu de mulher. Meu pai super machista. Sabe aquele homem para quem homem podia tudo e mulher não. Tanto que quando eu tinha dezessete para dezoito anos eu saí de casa. Ele me batia, me batia muito. Tudo para ele era motivo para bater. Eu ia para o colégio e ele falava que eu chegava tarde. O relógio dele era sempre duas horas adiantado. Então, ele sempre arrumou esse motivo." (...) "Com meu pai não tinha condições de estudar, para ele mulher não precisaria estudar, sempre foi isso.... Porque por conta de tanta agressividade eu não conseguia passar de ano. Quem iria conseguir?" (...) Eu era muito revoltada. Meu pai dizia que eu deveria ter nascido homem. Ele batia na minha mãe. (...) "Mulher pro meu pai....Ele queria escolher o marido. Então eu ficava dentro

de casa e não podia sair. Eu nunca respeitava, não era tudo o que ele falava que eu fazia. Eu ficava...., eu namorava. (...) “ Quer dizer, eu passei essa experiência dos doze anos para cá. Por que eu estava ficando mocinha, transformando, virando mulher. Meus irmãos, três mais novos do que eu, quatro mais velhos. (...) “Nem todos os meus irmãos ficavam contra mim. O Rivaldo sempre me defendia, mas os outros dizem que não lembram, mas quem bate não lembra. (...) (Mônica)

“Então, eu presenciava muita violência também do meu pai, da minha mãe. Eles viviam brigando muito. Ele agredia. Só que quando eu me dei conta eu já estava assim, mais mocinha, né? Então, eu separava eles. Eu que arrumei de separar eles dois. Quando ele bebia, ele maltratava ela demais! (...)Porque se eu fosse como minha mãe, eu acho que já estava morta, já. Podia matar ela e ninguém ver, porque ela morria bem quietinha. Sem abrir a boca para dizer nada!” (Neide)

“Agora com as minhas irmãs....nossa...aquela coisa assim: “Se você me desobedecer, vai embora de casa! Você não é mais minha filha!”. Lógico que depois ele (o pai) se arrependeu e acabava deixando voltar. Mas ficava nervoso na hora. Ele mandava embora de casa, ele batia”(Julieta).

Interessante questão de gênero aflora no caso de duas entrevistadas, Mônica e Neide, que foram filhas únicas em famílias repletas de homens. Esta condição parece ter agravado a violência sofrida, uma vez que alguns irmãos reproduzem o comportamento paterno e reforçam o controle sobre as mulheres. Estas entrevistadas revelam terem presenciado e sofrido inúmeras situações de violência, na forma de agressões físicas e ameaças de morte, além de serem alvo de insultos que insinuavam inclinação à vida devassa e a prostituição.

O outro modelo familiar delineado nos depoimentos distingue-se do primeiro, com relação à imagem do pai. Esta está associada à decadência moral, decorrente de excessivos atos de violência, do desemprego e do uso de álcool ou drogas. Quando conjugados, estes atributos masculinos são percebidos como “fraqueza” ou falha nas responsabilidades de chefe e implicam, muitas vezes, perda da autoridade do homem perante a família.

Para Flávia, seu pai “destruiu com o lar, destruiu com as coisas”, referindo-se à perda de seu emprego, às agressões à mãe e à venda de duas propriedades para o

consumo do *crack*. Quando ela tinha oito anos, sua mãe fugiu para a casa da avó, onde criou seus filhos ‘sozinha’, trabalhando como diarista. Embora o pai tenha sido aceito de volta pela mãe, isso ocorreu por tolerância, pois já não gozava de autoridade e respeito na família. A desmoralização do pai, por não ter conseguido assumir a responsabilidade econômica da casa, parece ter representado a perda da figura masculina para a família como um todo, que tendeu a substituir a autoridade paterna por outros homens da rede familiar. Constitui-se um ciclo de saídas sem sucesso, pois os filhos, nesta tarefa de substituir ao pai, entraram para o mundo do crime, sendo que um deles ficou preso por 10 anos.

“A minha mãe, quando casou com meu pai, ele tinha problema. Ele começou a usar drogas. Ele tinha um bom serviço que era na Regional do Campo Belo. Nós tínhamos duas casas no Município de Cotia, que meu pai vendeu com o consentimento da minha mãe. Só que ele, tipo que passou uma perna, sabe? E, praticamente, metade do dinheiro da casa foi em uso de drogas. Ele usava *crack*, vamos dizer, ele destruiu com o lar, destruiu com as coisas, porque a minha mãe e nós fomos morar de aluguel, com os móveis e tudo em uma casa no Parque Pirenópolis. (...)O dinheiro do aluguel da casa..... minha mãe trabalha de diarista em três serviços.... o dinheiro do aluguel ele começou a roubar para comprar droga. Aí, minha mãe pegou a roupa da gente...A minha mãe sempre disse que ela esperou a gente ficar maior, eu e o meu irmão. Quando eu completei oito anos, minha mãe resolveu sair de casa! Minha mãe largou tudo móveis, só pegou a roupa do corpo. E a gente foi morar na casa da minha avó. E uma semana depois a gente ficou sabendo que meu pai tinha vendido tudo na casa, entendeu, para comprar droga. E nisso ele continuou atrás da minha mãe. E era aquele conflito de família todo dia no portão da casa da minha avó. (...) O meu irmão já estava preso. Eu tinha seis anos, quando a gente morava no Vale da Pesca ainda, porque ele vendeu uma casa, e depois vendeu a outra, ele agrediu minha mãe com a tampa da panela de pressão! Ele enfiou aquele pininho na cabeça da minha mãe. Tem um pino na cabeça da minha mãe, tanto é que eu fui dormir na casa da vizinha. Eu e meu irmão. Ele agredia minha mãe, sim. A gente foi morar na minha avó. Meu pai sumiu. Foi para Campinas, na casa da mãe dele, ficou um tempo lá. A gente foi seguindo a vida. Eu continuei indo para a Escola.....(..)

“Meu irmão foi preso por roubo. Só que ele foi preso por roubo pela situação em que nós vivíamos, porque o meu pai deixava de pôr as coisas dentro de casa para estar usando com droga. Muitas vezes a gente chegava da escola e não tinha o que comer, e o meu irmão, por ser mais velho, não tinha o que dar para a gente, então, aquilo foi revoltando, entendeu. E tendo amigos que mexem com estas coisas, perde-se a cabeça e acaba entrando, e foi por roubo que ele foi preso.” (Flávia)

Em contraste com o pai e seus irmãos, a mãe é retratada como mulher batalhadora, que consegue se afastar, mesmo que momentaneamente, do marido violento e sustentar sozinha a família. A mãe de Flávia, dedicada aos filhos e à integração da família, é admirada por sua capacidade de enfrentar a vida com ‘tão pouco’. Há, na fala da entrevistada, claro respeito à mãe e reconhecimento de que sua vida deve ser espelhada.

“ Eu aprendi com a minha mãe que a gente tem que fazer milagre para fazer a compra do mês com cem reais”. (...)“Nisto tudo a minha trajetória foi junto com a minha mãe, entendeu? Eu estava sempre junto com a minha mãe.”(Flávia)

Em meio ao grande número de filhos, a ausência de proteção dos pais e parentes diante dos conflitos familiares ou na comunidade em que viviam foi uma experiência que, segundo essas quatro mulheres, as pressionou desde a idade jovem ‘ao cuidado com sua própria sobrevivência’, isto é, as impulsionou ao desenvolvimento de estratégias individuais de sobrevivência. Em geral, as quatro entrevistadas indicam que poucos ou fracos foram os laços familiares que lhes forneceram amparo diante dos confrontos domésticos. A mãe, em alguns casos, é citada como a única fonte de afeto e proteção, embora ainda muito frágil na estrutura familiar. A esta condição de escassez de vínculos estáveis e sólidos, chamamos de experiências familiares de desamparo e desproteção afetiva.

“Eu me sentia muito rejeitada. Até porque tinham muitos filhos, eu nunca busquei meu pai e minha mãe para me ajudar nas dificuldades ... Muitas vezes eu quebrava a cabeça sozinha. Se eu tivesse que desistir de algo para não ter que pedir ajuda, eu desistia.”(Julieta)

“Me defender! Já que ninguém me defende, eu tenho de me defender! Que nem no caso dos meus pais, quem ia defender minha mãe? Quer dizer que eu ia ficar chorando e vendo aquela cena, sem poder fazer nada?” (...) “porque eu quase já não tinha carinho e atenção dos meus pais, né? O pouco carinho que eu tinha era mais da minha mãe!” (Neide)

Em dois casos, a entrada na adolescência é caracterizada como marco do início dos episódios de violência por seus pais. O início da puberdade parece representar condição perturbadora à ordem familiar, a tal ponto que o controle sobre o

comportamento feminino passa a ser cada vez mais severo por parte do pai e dos irmãos. A vida adolescente, os namoros, seduções e divertimentos fora de casa, parecem ter sido, na vida das entrevistadas, fortemente reprimidos e condenados. Muitas vezes essas mulheres foram agredidas pela rebeldia diante das regras sobre a vida amorosa.

É interessante atentar para trechos de um depoimento, no qual, a partir da fala de outros, a entrevistada atribui caráter sexual aos atos de violência. Isto é, expressa que além do interesse do pai em controlar sua sexualidade, houve também suspeita de que ele a desejasse sexualmente.

Isto pode ser observado nas seguintes falas:

“Eu não sei porque que ele (pai) batia em mim. Até hoje eu lembro que minha vizinha perguntava: “Ele não te agarra?” Porque eu tinha 13, 14 anos de idade e o pessoal pensava que ele fazia alguma coisa comigo, mas ele nunca fez. Porque meu pai batia em mim por nada. Meu irmão disse um dia: “Você está querendo que ela dá pro senhor? Fica espancando ela toda hora”. Ele (o pai) bateu no meu irmão. Meu pai tinha muito ciúmes, demais da conta. Não queria que eu fizesse nada, roupa curta, nada. Namorado, era tudo ele que definia. Teve uma vez que eu cortei o cabelo curtinho e ele disse: “Se em um mês seu cabelo não crescer você vai apanhar”. Aí eu disse: “Você pode começar a bater desde já porque não vai crescer mesmo” (Mônica).

Meu pai já não gostava que eu usasse certo tipo de roupa, mas, eu nunca obedeci.” (Neide)

Neste ponto vale ressaltar análise da família brasileira realizada por Carneiro (1987) com base na obra de Nelson Rodrigues.

“A submissão dos indivíduos a outras autoridades e instituições normatizadoras provoca, dentro da família, uma fragilização do poder do homem enquanto pai e marido, acarretando um esvaziamento no seu papel controlador sobre a sexualidade feminina; abre-se espaço para o seu afloramento. A mulher surge como ser desejante e, enquanto tal, passa a representar uma fonte de ameaça à hierarquia familiar. Resulta um esforço no sentido de se fechar a família sobre si mesma na tentativa de se defender do perigo das novas determinações, o que vai aumentar a tensão interna.

A estrutura, na maneira como está constituída, não oferece uma saída: ou bem a mulher vira puta e trai o marido (ou o pai), ou bem a sexualidade contamina as relações dentro de casa. Se a família, numa reação defensiva aos perigos do mundo exterior, fecha-se sobre si mesma, como propõe o Estatuto da Família em 1939, ela corre o risco de implosão.

O fechamento da família numa tentativa de manter o monopólio da afetividade e de recuperar as funções de sociabilidade leva a um desgaste das

relações entre seus membros, simbolizado pelas taras e transgressões das regras. Na medida em que a família se mantém junta, a violência explode de maneira desesperada numa exacerbação do trágico. Não há reforço à norma e não há alternativa: é a transgressão (o incesto, o adultério) e a morte.”(Carneiro, 1987:80-1)

Os relatos nos levam a supor que as mudanças vividas na puberdade e na adolescência e o interesse da mulher por relacionamentos amorosos fora do ambiente doméstico podem ser percebidos como diminuição do poder paterno sobre as filhas. Ameaçado pela possibilidade de perder o controle, o pai e irmãos agredem e impõem o enquadramento às regras masculinas. Exigiam inclusive o poder de determinação sobre a vida sexual e amorosa das mulheres. Se a mulher decide romper com esse vínculo é alvo de profundas agressões físicas e verbais. Ser mulher e resistir a levar a vida imposta pelo pai parece representar obstáculo à ordem familiar, gerando profundos conflitos entre seus membros.

Neste ponto, podemos nos perguntar sobre o significado da gestação no contexto de vida da família de origem. Se a sexualidade feminina é percebida como afronta à autoridade paterna, a gestação, publicização da consumação do ato sexual, é tida como transgressão maior da ordem familiar e, portanto, é objeto de agressões. Neste ponto, a fala de Julieta é ilustrativa.

“Eu nunca apanhei do meu pai, agora minhas duas irmãs mais velhas sim. As minhas duas irmãs apanharam porque elas arrumaram namorado e meu pai não queria que elas namorassem com aquela determinada pessoa, porque não foi com a cara ou porque achava que não era o esposo ideal. E em seguida elas apanharam porque engravidaram”.(Julieta)

Este relato dá sentido ao achado em nosso estudo quantitativo de que 7,8% das usuárias sofrem violência psicológica e 2,0% sofrem violência física por familiar durante a gestação. É possível que a gestação de uma filha, quando ocorre em famílias com padrão hierárquico e tradicional, seja motivo de eclosão da violência.

Outra questão importante que emerge dos relatos refere-se às recorrentes insinuações à prostituição por parte dos familiares. Os jogos que acusam as mulheres de

prostituição são muito comuns na sociedade brasileira, como forma de agredí-las e fazerem com que se enquadrem na identidade feminina tradicional da mãe-esposa-dona-de-casa. Em estudo acerca da prostituição e dos códigos da sexualidade feminina no processo de urbanização e industrialização da cidade de São Paulo de 1890 a 1930, Rago(1991) comenta:

“Neste complexo campo de redefinições de papéis e de valores, a prostituta foi construída como um contra-ideal necessário para atuar como limite à liberdade feminina.(....) A construção da prostituição como um fantasma atingia alguns alvos estratégicos precisos: instituía as fronteiras simbólicas que não deveriam ser ultrapassadas pelas moças respeitáveis, ao mesmo tempo que organizava as relações sexuais num espaço geográfico da cidade especialmente destinado à evasão, aos encontros amorosos, à vida boêmia(1991: 40-1)”.

A percepção e enfrentamento da violência familiar

O conflito e a violência são componentes das relações familiares que entram em jogo mediante a necessidade de enquadramento dos membros aos papéis de gênero. Ao mesmo tempo, são percebidos como comportamentos masculinos desmedidos e irracionais, associados ao abuso de força e desejo de controle do homem sobre as condutas femininas. Apesar de a violência ser cotidiana, ela é entendida por essas mulheres como *problema familiar*. Elas questionam e contrapõem-se tanto ao uso desmedido de força masculina quanto à excessiva submissão feminina. No discurso de algumas entrevistadas há clara resistência e oposição ao enquadramento nos papéis femininos relacionados ao cuidado da casa e da família.

Desafiando o estereótipo de passivas, muitas delas assumiram atitude ativa de intolerância e resistência à violência do pai e dos irmãos, dentro dos limites dos recursos que dispunham para isso. Apresentam-se como figuras destoantes na dinâmica familiar por decidirem arcar com os riscos que este enfrentamento poderia lhes causar. Uma delas fugiu da casa dos pais, rompendo definitivamente com este vínculo, por não aceitar as regras que lhe eram impostas. Todavia, este rompimento não foi sem custo, pois demandou o esforço da reconstrução de toda sua rede de sociabilidade.

“Tanto que quando eu tinha dezessete para dezoito anos eu saí de casa. Ele me batia, me batia muito. Tudo para ele era motivo para bater. (...) Eu lembro que eu conversei com a minha mãe, eu falei: “Olha mãe, tudo bem que o pai me bateu até hoje, mas a próxima vez que o pai me bater eu saio de casa. Eu vou fazer sim”. Porque eu fiquei com crise de estômago, sabe esses problemas assim, nervoso tudo. Então, eu não tinha feito dezoito anos ainda, eu estava para fazer dezoito anos, eu achei que eu já tinha o direito. Então, eu achei que eu já estava bem crescadinha. Então, nesta época eu saí de casa e vim morar aqui com a Isabel.” (...)

“Eu botava minha mãe contra ele também, ele quebrava as coisas de casa e eu dizia: ‘Mãe, na hora que ele quebrar, quebra também, é ele que vai ter que pagar’. Dizia pra ela ir contra também pra ver se ele não ia parar. E ele ouvia, mas depois batia nela e eu não deixava.” (Mônica)

“Então, eu presenciava muita violência também do meu pai, da minha mãe. Vivia brigando muito. Ele agredia. Só que quando eu me dei conta eu já estava assim, mais mocinha, né? Então, eu separava eles. Eu que arrumei de separar eles dois. Quando ele bebia, ele maltratava ela demais! A mim ele não batia, mas nos meninos ele batia! Mas, em mim não! Porque eu era muito topetuda. Eu batia de frente, praticamente, com ele! E aí ele não tinha força de me bater. Eu era danada! Quando ele vinha me bater de cinta eu corria! Só voltava para casa quando ele estava dormindo! Mas, eu fugia muito também de casa, assim. Minha mãe me deixava na casa da minha tia, me levava para algum lugar, porque quando ele invocava que queria me matar, eu tinha de sair de casa. Porque eu era danada, topetuda, né? Peitava ele. Eu tinha medo dele e não tinha, né? Eu tinha, mas, ninguém fazia nada, só eu que tinha de fazer! Aquilo ali, a minha mãe não se defendia pra nada! Ela nunca levantou um dedo, quando mais um copo para jogar nele, tudo. Então, se eu não fosse assim separar a briga deles, ele acabava matando ela! Eu descarregava a arma! Ela não sabia mexer. Eu mexia nestas coisas! Eu tinha de aprender com a vida mesmo, entendeu? Porque senão ele matava minha mãe aí na minha frente, eu não via nada! Então, às vezes, quando eu estava na casa de uma vizinha, ajudando ela, fazendo alguma coisa por ela, meus irmãos chegava lá gritando: “Neide, Neide, corre em casa, meu pai tá batendo na mamãe”. Eu tinha de sair correndo! Só era eu e meu irmão mais velho que intervínhamos. Então, eu era assim, e às vezes, ele falava que ia me matar e eu tinha de sair de casa. Principalmente, quando ele bebia demais! Ele me ameaçava. Ele já pegou o revólver, já pôs sobre a minha cabeça dormindo, mas, aí meu primo tomou da mão dele! (Neide)

De modo geral, as respostas das entrevistadas ao intenso conflito em âmbito doméstico variaram entre a ruptura ou distanciamento do núcleo familiar (e a reconstrução de toda rede de sociabilidade) e certa adaptação à precária situação familiar já bastante deteriorada e desintegrada, através de algumas estratégias individuais de

sobrevivência; dentre as quais a busca por uma vida amorosa ou por uma família substituta.

O desenraizamento, a pobre rede social na favela e a proximidade com o crime

Apesar de procederem de famílias com valores e crenças comuns no que se refere às relações de gênero, o contexto comunitário em que vivem é bastante diverso entre as entrevistadas. As dificuldades enfrentadas no contexto comunitário tiveram significado proeminente no discurso de duas entrevistadas particularmente, sendo que no relato de uma delas, consistiu a problemática eleita para iniciá-lo. Trata-se de Flávia, cuja história de vida é marcada por dificuldades ligadas a precárias condições sócio-econômicas. Assim como Neide, Flávia vive em uma favela em que a criminalidade, a violência nas relações interpessoais, bem como a violência do Estado em relação aos moradores são realidades cotidianas. Seus familiares, incluindo o pai, os irmãos e os cunhados estão diretamente envolvidos no crime e no tráfico de drogas, o que deixa sua família em eminente risco de morte.

Neste ponto vale atenção específica ao relato de Flávia, no qual evidencia-se o conflito de vida que será determinante de suas ações na esfera da vida familiar e conjugal: de um lado, a pressão ambiental pela ‘vida errada’ no crime, nas drogas e sem vínculo amoroso estável e, de outro, o desejo de construir uma vida ‘digna’ e ‘responsável’. Desde o princípio de seu relato, Flávia demonstra o desejo de sair do ambiente conflituoso e ameaçador em que está inserida, porém sente enorme dificuldade de fazê-lo, devido às escassas alternativas diante de suas condições sociais. A realidade lhe impõe limites que tornam cada vez mais restrito seu campo de possibilidades. A proximidade de sua família com o tráfico coloca sua vida em grande risco.

“É assim, a gente morava dentro de uma favela, entendeu? Para você encontrar tudo que não presta em qualquer esquina tem. Para você fazer as coisas assim errado é tudo mais fácil. Difícil é você ser digna e procurar a dignidade é sempre mais difícil. Tinha os conflitos porque o meu cunhado, esposo da minha irmã, ele era traficante, entendeu? Teve uma vez lá que teve uma briga de traficante contra traficante e mataram ele, entendeu? A gente sabia que era o traficante. Ai teve a polícia, teve o depoimento da minha mãe. Nós

assim, a gente ficou ameaçado porque outro traficante acabou sendo solto e expulsaram a gente da favela..... E foi isso que foi sendo difícil. (...)A gente mudamos com escolta de polícia e tudo. A gente fomos pagar aluguel, minha mãe e minhas irmãs.”

“Como assim atinge até hoje. Eu tenho um irmão de 22 anos que é muito descabeçado. Está sempre no meio de gente errada, entra em confusão. E nisso, olhando os olhos de hoje, para a gente que tem filhos, moram quatro crianças na casa onde eu estou agora, a gente tem certa preocupação porque hoje em dia é passada tanta maldade na vida da pessoa. Se a pessoa é da sua família, muita gente que mexe com a vida do crime, muita gente que mata por prazer, não quer saber se você está de inocente ali ou não. Eles quer saber que seu irmão mora ali e que arrumou confusão e que pode acabar com todo mundo, entendeu? (...) (Flávia)”

Aspecto que perpassa algumas trajetórias de vida das entrevistadas é a pequena rede social, quer pela saída precoce e ruptura com a família de origem, quer pela mudança de estado e distanciamento da comunidade em que foram criadas, quer pelas mudanças repetidas de local e bairro de moradia.

No caso de Flávia, as constantes mudanças de local de moradia, restringiu suas oportunidades de desenvolver laços e vínculos sociais fora de sua própria família de origem. Sua saída prematura da escola também foi um fator que propiciou a redução das possibilidades de construção de uma rede social mais extensa, bem como a ampliação do campo de oportunidades na construção de seus *projetos*.

“ Aí, do J.Prudência fomos para o terminal João Dias, de aluguel. Aí a minha irmã Lilia arrumou um namorado que era um traficante. Aí, a gente morou em seis, oito meses aí no Terminal João Dias, no J. Santo Antônio. Aí, a gente ficou sabendo desta invasão, que era onde o namorado dela estava invadindo uma área...Quando passa a Ponte João Dias, não tem o Cingapura? Atrás tem uns prédios da Agapita(?), que sai ali no Morumbi, perto da Giovanni Gronchi, entendeu. Tinha uma párea invadida ali, e minha mãe falou, quer saber, chega de pagar aluguel. Fomos para esta invasão. O meu cunhado deu um barraco para a gente. A gente fez um barraco bem grande. Esta outra minha irmã arrumou um barraco lá também. Meu pai arrumou um barraco. O meu irmão veio de Goiás. (...) O meu irmão que estava em Goiás, também veio embora para São Paulo, e todo mundo ficou lá nesta favela na João Dias. Fomos morando, morando, arrumei um serviço, e conheci meu esposo, o atual de agora.” (Flávia)

Neide saiu da casa em que foi criada em Alagoas desde os oito anos e mudou-se para São Paulo. Divorciou-se do primeiro marido e ficou com suas filhas. Afirma ter mudado diversas vezes de casa e hoje, depois da separação do mais recente companheiro, sente-se solitária com as filhas.

Julieta sente a distância dos pais que voltaram a morar na Bahia e deixaram-na só, ‘sem família’. Teve atritos com suas irmãs e sua principal fonte de apoio foi a família de seu companheiro, o que a deixou mais fragilizada na relação conjugal. Além disto, depois que engravidou foi demitida do emprego, estando até o atual momento desempregada, sem atividade e fonte de renda.

“Ele (o companheiro) percebeu, então, da convivência que a gente teve depois de três, quatro meses depois, que eu desencanei da minha mãe. Quer dizer, puxa vida! Mãe, para mim não é isto. E na minha gravidez eu falei, puxa, a mãe dele era mais minha mãe do que a minha! Ela era muito mais a minha mãe do que a minha própria mãe. A minha mãe não estava nem aí para mim. Então, ele começou a ver, além de estar sensível, ela está sozinha no Mundo! Está em cima de mim o tempo inteiro.” (...) (Julieta)

Neste ponto, cabe pensarmos na ação do processo de desenraizamento descrito por Simone Weil.

Segundo a autora, “o enraizamento é talvez a necessidade humana mais importante e mais desconhecida da alma humana. É uma das mais difíceis de definir. O ser humano tem uma raiz por sua participação real, ativa e natural na existência de uma coletividade que conserva vivos certos tesouros do passado e certos pressentimentos do futuro. Participação natural, isto é, que vem automaticamente do lugar, do nascimento, da profissão, do ambiente. Cada ser humano precisa ter múltiplas raízes. Precisa receber quase a totalidade de sua vida moral, intelectual, espiritual, por intermédio dos meios de que faz parte naturalmente.”(Simone Weil,1943 in Bosi, 1996: p.411)

“O desenraizamento é, evidentemente, a mais perigosa doença das sociedades humanas, porque se multiplica a si própria. Seres realmente desenraizados só tem dois comportamentos possíveis: ou caem numa inércia de alma quase equivalente à morte, como a maioria dos escravos no tempo do Império Romano, ou se lançam, numa atividade que tende sempre a desenraizar, muitas vezes por métodos violentíssimos, os que ainda não estejam desenraizados ou que o estejam só em parte.”(Idem,p.414)

Ainda que estas mulheres mantenham alguns núcleos de *enraizamento* com famílias substitutas, com a família de origem, com grupos de amigos ou com serviços de apoio à mulher em situação de violência, identificamos nos quatro relatos situações, ao menos parciais, de *desenraizamento*. A violência e o desamparo no contexto da família de origem, a ruptura com a família, a saída precoce do ambiente escolar, a vida próxima ao crime e a eminente ameaça de morte ou de expulsão da comunidade foram experiências que dificultaram o desenvolvimento de raízes na existência da coletividade. A fragilidade nos núcleos de *enraizamento* anteriores à vida em comum com o companheiro parece ter sido determinante na escolha pelo parceiro e na resposta à violência vivida, como se analisará a seguir.

Tema 2: A intersecção de duas trajetórias: A relação com o parceiro e o processo de gestação

Neste tema abordam-se questões relativas ao contexto em que foi feita a escolha pelo parceiro, à história de vida deste, às condições de vida em comum e ao processo de gestação.

A passagem para a vida em comum e as assimetrias entre o casal

Embora não sejam identificadas muitas semelhanças no contexto de vida em que estes casais se conheceram e decidiram viver juntos, algumas características em comum são observadas. Nos quatro relatos, a escolha pela vida em comum ocorreu de modo ocasional, sem planejamento e, com exceção de um caso, ocorreu depois de curto tempo de relacionamento. Em geral, na perspectiva das mulheres, a rápida decisão pela vida em comum relacionou-se tanto ao desejo de sair de uma vida familiar conflitiva, como também do estigma da vida solteira ou divorciada com filhos. Em duas trajetórias, representou também resposta à situação de gravidez não planejada.

No caso de Flávia e de Neide, o temor de não encontrar um parceiro que as aceitasse com filhos de relacionamentos anteriores, parece tê-las levado a escolher entre escassas alternativas matrimoniais. Somando-se a isso, a restrita rede social destas

mulheres - por terem mudado repetidas vezes de local de moradia e terem saído precocemente do ambiente escolar - tornaram menores ainda suas alternativas. Assim, ambas desenvolveram um relacionamento que passou rapidamente e sem planejamento do namoro para a vida em comum.

“A gente se conheceu na área que a gente morava. Uma vez eu estava vindo da feira com a minha irmã e eu vi ele assim e eu perguntei para um rapaz que estava vendendo um barraco, porque minha mãe estava interessada num barraco para comprar. Porque ali eu não conhecia ninguém. Aí eu aceitei, porque ali eu não conhecia ninguém praticamente, e aí a gente começou.”(...)

“Eu gostava bastante dele. Eu, assim, praticamente mudei para a casa dele. Eu logo senti que ele morava sozinho e eu senti que precisava de uma ajuda também. E como ele me aceitou, aceitou meu filho também. Então eu lavava a roupa dele, cuidava da casa como se eu já fosse mulher. Entendeu? Fazia janta, limpava a casa dele. Dormia lá. Só que de vez em quando eu ia para casa. De vez em quando eu subia para a casa da minha irmã.” (Flávia)

“Aí, eu tinha uma amiga, que hoje é madrinha do meu, que é a Maria das Graças, ela fazia muita reunião de Buda, e eu ia nas reuniões. Foi nesta reunião que eu conheci o Rafael! Aí, a gente ficou se conhecendo, namorando. Ele morava em São Caetano! Às vezes eu ia lá, porque minha amiga, esta Maria das Graças, morava lá! Eu ia pra lá, a gente se encontrava lá. Depois eu ia pra minha casa, e foi aí que a gente começou a se conhecer! Namoramos pouco tempo também, que ele já foi se aconchegando, já foi se ajuntando, quando pensou que não, ele já tava dentro de casa! Ele dormia, depois ia embora, depois ficava, e assim foi se chegando aos pouquinhos.” (Neide)

É comum nos depoimentos, com exceção do relato de Mônica, a atribuição de grande importância ao relacionamento desenvolvido com o parceiro. Investiram muitos planos na vida em comum, depositando nela a expectativa de construção de uma família e de superação de uma vida na solidão. Em alguns casos, o parceiro representou única fonte de apoio diante de brigas com familiares, diante da solidão do trabalho, diante do esforço de interromper o consumo das drogas. Esta situação criou bastante conflito e ambigüidade no momento do enfrentamento da violência sofrida, percebida como surpresa inesperada e de difícil manejo.

“No início foi muito bom. Gostoso. As pessoas falavam que ele era muito ciumento. Depois eu ia percebendo. Eu levava a minha vida normal sem por a cabeça para pensar isto daí! Porque ele me dava amor, me dava carinho. E eu

estava sozinha também! Só trabalho, trabalho, tem de trabalhar bastante para pagar aluguel, água, luz, estas coisas tudinho! E aí ele chegou, e eu não pensei que ele fosse tão agressivo assim! Em relação a tudo, né? Agressivo no sexo! (...)ele era carinhoso, amoroso, atencioso, ele nunca me deixou na mão! Em compensação ele era muito violento. E era para mim fazer do jeito dele! E eu não queria que era para fazer do jeito dele. “(Neide)

“Ele (o parceiro) realmente não presta. Ele já fez muita coisa ruim, só que na hora que eu mais precisei mesmo, era ele que estava lá me ajudando! Do jeito dele. Posso ter sofrido. Isto doeu em mim! Não doeu em ninguém. Ninguém sabe o que eu senti, ninguém sabe o que eu passei! Só que era ele que estava lá me ajudando!”(Julieta)

No caso de Flávia, foi a intenção de construir uma família que a levou a se juntar ao seu atual marido. No início do relacionamento, quando ela tinha dezesseis anos, o apoio e o companheirismo do parceiro no enfrentamento do uso de drogas parecem ter sido elementos bastante significativos para Flávia. Por terem se apoiado mutuamente, o casal conseguiu adotar condutas mais responsáveis na criação dos filhos de cada um. Este acordo foi um marco importante na passagem da vida na rua, no mundo das drogas e da criminalidade, para a vida no casamento, na responsabilidade¹¹.

“Assim, a minha vida com meu esposo começou aos meus dezesseis anos. E ele perguntou para mim se eu toparia viver uma vida e continuar com ele. Seguir uma vida em frente com ele. Eu era uma jovem (...) eu usava drogas e ele também. E nós dois assim vivendo a relação do dia-a-dia, porque assim, eu morava perto das minhas irmãs e os problemas familiares atingia a mim

¹¹ Ao relatar sua vida, um dos elementos que se destacam é a dicotomia entre o “*mundo da vida errada*” - referente ao uso e tráfico de drogas, do crime e da gravidez adolescente- e o “*mundo da vida digna*” - do trabalho doméstico e do cuidado da família. São dois *mundos* nos quais Flávia circulou ao longo de sua trajetória de vida, mas cuja fronteira deseja demarcar na construção de sua identidade de mulher adulta e responsável. A circulação por estes mundos parece ter sido definidora do *campo de possibilidades* para a formulação e realização de seus *projetos pessoais*, bem como, para suas *ações* diante da violência conjugal.

O conceito de *mundo* aqui referido vincula-se à obra de Gilberto Velho e diz respeito à possibilidade de classificar e identificar domínios da realidade que se distinguiriam através de fronteiras sociológicas e descontinuidades culturais. Este conceito fundamenta-se na idéia de que na sociedade moderno-contemporânea de que estamos tratando, o processo de complexificação e diferenciação tende a multiplicar espaços e domínios sociais e simbólicos que se denomina genericamente de mundo. No caso de Flávia, o *mundo da vida errada* é o domínio do crime, da rua, do tráfico e uso de drogas. É o mundo que no olhar dela pode levar à morte. A única possibilidade que vislumbra para a permanência e construção de um projeto-para-a-vida é identificada, neste momento, no *mundo da dignidade*, no qual a família e a maternidade são valores compartilhados. Ao longo de seu depoimento, sua história de vida é retratada com referência a estes dois domínios da vida social e simbólica.

também, entendeu, devido à dificuldade do dia-a-dia. Aí, a gente resolvemos um dia parar de usar droga. Porque ele também tem dois filhos do primeiro casamento. Ai a gente resolvemos parar, até que eu consegui parar e ele também. Com bastante facilidade porque devido as coisas estar muito difícil eu olhava para o meu filho e, de vez em quando nos finais de semana, a gente olhava para os filhos dele ai a gente resolvemos parar e nós seguimos em frente.”(…)

“A vida de você estar na badalação, você não é bem vista pela sociedade, as pessoas de bem, assim, não olha com bons olhos. Eles pensam assim: ‘aquela menina só pensa em curtidão, só pensa nisso’. E como sabem ainda que você usa droga ai que eles ficam mais horrorizados ainda. Casar, ter mais juízo, constituir a minha família, entendeu? Porque eu pensava, o que eu passei eu não quero que o meu filho passe.” (Flávia)

O enfretamento conjunto do uso das drogas parece ter constituído situação determinante na escolha de Flávia pela vida em comum e tornou bastante difícil a ruptura com esta relação. Ficar sem o parceiro representaria cair novamente na vida da rua sem responsabilidade e no olhar crítico da sociedade.

“Eu gostava muito dele e pensava que ele é a pessoa certa para mim porque eu larguei das drogas, aprendi muita coisa com ele, certas coisas assim a cuidar da casa mais, a dar educação para o meu filho, isso eu aprendi com ele. Através do comportamento dele de ser rígido, eu aprendi a ser rígida com meu filho que não é filho dele. Só que eu também pensava que eu teria a oportunidade de conhecer outra pessoa que pode não me deixar tão sufocada assim, entendeu? Então passava tudo isso ao mesmo tempo na minha cabeça. O que fez eu decidir ficar com ele foi o lado de eu criar uma certa responsabilidade, mais do que eu já tinha e ser ajuizado. Porque em vista de antes, não que eu não tinha responsabilidade com meu filho, eu tinha, mas em vista de você viver na vida errada, usando droga, bebendo, só pensando em curtidão eu preferi escolher por ser uma mulher de família, responsável.” (Flávia)

De modo geral, nos quatro depoimentos, a passagem do namoro para a vida conjunta representou mudanças significativas no relacionamento do casal. O status de casamento, mesmo que informal, está na origem do desejo de controle do companheiro sobre a circulação da esposa. Na maior parte dos casos, os episódios de violência se iniciam no momento em que se estabelece a coabitação.

Segundo uma entrevistada, depois que casou “estourou a bomba”, pois, neste momento, o parceiro mudou seu comportamento, revelando aspectos que até então ocultava. Ele revelou uma nova face, passando a beber na frente dela, a se drogar, a não

deixá-la dormir, a xingá-la e a insultá-la. Depois que casou, ele tornou-se agressivo e violento.

Em alguns casos, a passagem para a vida em comum com o companheiro restringiu a circulação da mulher ao mundo da casa, tornando os passeios e momentos de divertimento cada vez mais raros.

“No namoro ele gostava de sair. Ele me levava para a festa junina, carnaval. Ele me levava. A gente saía bastante. Depois que a gente se tornou marido e mulher a gente foi se reservando mais, entendeu?” (...)

“Então, ele não deixava eu conversar com meu vizinho. Para ir no mercado, eu não podia ir no mercado sozinha, se eu ficasse em casa. (...) Agora se eu ficasse em casa, eu tinha que ficar somente dentro de casa. Ai, eu conheci uma vizinha que a gente conversava muito. Ela era até religiosa. E teve um dia que ele chegou e ela estava lá em casa e ele não gostou. Ele falou que eu já estava arrumando amizade.”(Flávia)

Um dos pontos centrais nas transformações da relação do casal na passagem para a vida em comum, ou como diz uma entrevistada, depois que ‘a coisa ficou séria’, é a emergência do temor e da ameaça dos relacionamentos extraconjugais. Cria-se na casa um ambiente de inquietação, repleto de fantasias sobre traição e bastante propenso à ocorrência de violência. É comum o esposo acusar a mulher de provocar e seduzir outros homens, mesmo sem qualquer indício para tal. Em um dos casos, esta dinâmica chegou a tal ponto que os gestos de cuidado e sedução da mulher direcionados ao marido eram distorcidos e interpretados por ele como desejo de traição. Instalou-se ali um conflito, no qual de um lado a entrevistada se esforçava para concretizar seu projeto de casamento e de outro seu companheiro acusava-a de destruir o casamento.

“Só que eu acho que para ele depois que a coisa se tornou séria, quando eu fui morar com ele, quando as coisas realmente se tornou séria, de ser esposo e esposa, aí eu acho que entrou aquela fixação na cabeça dele: “Não, mas ela já está comigo há tanto tempo, a gente já está junto a muito tempo, firme, eu acho que ela vai fazer a mesma coisa que ela fez com o outro, entendeu?”

“Tinha aquele comportamento por achar que a mesma coisa que eu fiz com o meu relacionamento anterior, eu poderia fazer com ele. Ai ele ficou com aquela aflição na cabeça. Tinha um rapaz também que morava, que era sobrinho da dona do quintal. Ele morava lá também no quintal. E teve uma vez que ele foi pedir uma caixa de fósforos emprestada, foi num fim de semana e meu marido já estava em casa. Ai ele já começou com aqueles pensamentos falando

que eu já estava com amizade com o rapaz. Que eu estava interessada no rapaz. E ele tinha fixação naquele pensamento que eu poderia trair ele, entendeu?”

“Até hoje em dia quando eu pergunto se ele já quer jantar ele pergunta: ‘Vai dar janta para o seu amante, entendeu?’ Estas coisas assim que me agride moralmente, entendeu? Eu fico triste e já cheguei a ficar bastante decepcionada com muitas coisas que ele falava.”

“Ele tem um carinho assim meio bruto, entendeu? Ele é meio ignorantão, arrogante. (...) Ele nunca fala: ‘ah, meu amor’, ele não elogia. Para ele, ele sempre tem que me ofender, moralmente. Se eu ponho uma roupa e ele acha bonita, ou então assim atraente alguma coisa, ele fala: ‘Ah, você está se vestindo já para dar um rolezinho’. Ele nunca acha que é para ele, ele acha que é para outra pessoa. Para ele me dizer que eu sou bonita, ele está sempre falando você não me ama mais. Ele fala: ‘Vai atrás do seu amante, não sei o que’. Eu tenho por mim que é uma forma de ele falar que ele me ama, mas ele me agride. Para ele, ele tem que me agredir primeiro, entendeu? Aí aquilo fica na minha cabeça.” (Flávia)

Neide revela situação semelhante

“Às vezes até, eu falo nossa, isto tá errado, agora vai ser sempre assim? Né? Mas, até na hora de transar ele me agredia, era horrível. Às vezes, ele falava que eu tinha dado para outra pessoa, porque a minha vagina ficava diferente.” (Neide)

É interessante pensar sobre a mudança que o contrato de casamento desencadeia na relação, representando ponto a partir do qual intensificam-se comportamentos de violência. O casamento formal ou informal parece funcionar como recurso de poder do parceiro na relação com a esposa, de modo a garantir seus atributos masculinos e diminuir possíveis sentimentos de impotência. Neste sentido, foi comum a referência à exigência do companheiro, depois do casamento, de que a parceira o satisfizesse sexualmente, mesmo contra a sua vontade.

“(...) eu estava indisposta para ter relação sexual e uma vez numa noite eu estava dormindo e à noite ele me pegou, praticamente a força. Eu falei para ele que eu não estava muito boa. Os pontos da cesárea estavam doendo e foi que ele fez relação comigo à força, praticamente.” (Flávia)

“O negócio era no quarto, em cima da cama! Então, tinha de ser um apoio tipo ali onde tá a quina, porque ali não tem onde escapar! É ele e eu! Era ali, era sempre num canto assim! Nunca deixava sair dali, até acontecer tudo. Nunca deixou eu sair dali, porque se eu saísse dali para ir para a cozinha, pra um lugar onde eu já sabia onde que

tava a faca, era pior. Depois que ele acabava de me maltratar e tudo, era para fazer um sexo muito gostoso! Era pra mim ter tesão depois de tudo isto! (...) Às vezes eu não fazia nada. Ele fazia tudo! E era horrível! Era uma coisa muito nojenta!” (Neide)

A assimetria social entre o casal

Aspecto bastante significativo e que atua de forma marcante na ocorrência de violência por parceiro íntimo é a presença de assimetria social entre o casal, na qual o homem posiciona-se inferiormente. As relações nas quais a mulher usufrui maior status social que o parceiro, por gozar de maiores capacidades profissionais, maior escolaridade, renda ou idade, parecem conformar situação de vulnerabilidade à violência, uma vez que o homem, sentindo seus atributos masculinos ameaçados, irá utilizar-se da violência como meio de assegurar sua força.

O trabalho remunerado da mulher, ainda mais quando representa a maior parte do orçamento da casa, tem sido apontado como elemento importante no desencadeamento da violência, por abalar os convencionais papéis de gênero. Isto pode ser observado no depoimento de Mônica e de Flávia:

Logo que nós compramos um terreno, quando nós ficamos noivos, quer dizer, eu, porque a maioria do dinheiro foi meu... (...)

Como eu trabalhei no banco eu tinha mais dinheiro que ele, mas a maioria das coisas quem comprou fui eu. Mas depois eu depositava na conta dele pra comprar material. Mas ele sempre pagou nunca deveu, questão financeira nunca teve problema. Porque ele tinha mais tempo do que eu, eu corria muito, e ele trabalhava à tarde, então de manhã ele tinha o tempo todo pra administrar isso.(...)

“Quando ele viu que eu estava trabalhando, ele disse: “ Porque você não sai de lá?” Porque eu estava ganhando mais do que ele, sempre ganhei muito bem?” (Mônica)

“Então, qualquer coisinha que eu fizer, que vai estar dando um rendimento para mim, que eu possa criar uma independência, para ele é como se eu tivesse apontando uma arma para ele. É desta maneira que eu vivo, entendeu? Se eu trabalhar eu não vou precisar dele para nada, entendeu? E se eu não trabalhar vou precisar dele para tudo!” (Flávia)

Em um dos casos, a gravidez ocorreu em período no qual a mulher alcançara o cargo de gerente de um hospital, o que lhe deu um grande diferencial de status social e renda em relação a ele. Esta situação foi percebida por ela como potencialmente perigosa para a ocorrência dos episódios de violência.

" Na época (da gravidez), eu peguei cargo de gerente e ganhava quatro, cinco vezes mais do que ele. E eu não podia contar pra ele de jeito nenhum".

Saffioti e Almeida (1995) ao analisarem dados obtidos em Delegacias Policiais - especializadas e distritais, no Rio de Janeiro, nos anos de 1991 e 1992, observam que:

" (...) a maior incidência de rotinização de violência recai sobre mulheres que exercem atividade remunerada (41,3%). (...) Considera-se que o trabalho remunerado da mulher e suas implicações - as possibilidades de maior autonomia, a constituição de novas relações, a ausência prolongada do lar, as expectativas familiares frustradas relativas às tarefas domésticas não realizadas - constituem fatores de recrudescimento das tensões na relação conjugal". (p. 156)

Vale destacar um dos casos no qual os conflitos entre o casal estão vinculados a uma complexa trama de assimetrias que envolve a desigualdade de raça (o parceiro era negro e ela branca), de classe (ele possuía menor escolaridade e renda) e o estigma do parceiro de 'drogado' e de ex-presidiário. Além destes aspectos, neste relato a diferença no envolvimento de cada um para com o outro parece ter reforçado os conflitos do casal. Mônica descreve seu relacionamento com grande desinteresse e até mesmo com menosprezo pelo vínculo, como algo pelo qual não batalhou, ou não se esforçou para se livrar. Não demonstra nenhum sentimento de admiração ou amor pelo companheiro. Não havia segundo ela, paixão que a fizesse lutar por ele. Descreve sua relação com o companheiro não a partir de sentimentos amorosos, mas como ação caridosa, materna ou fraterna. Em contrapartida, demonstra grande investimento na relação por parte dele. Descreve-o como menor abandonado, órfão, doente, isto é como pessoa que precisa de seu amparo e assistência:

“Eu era a estrutura dele, que segurava ele”.

“Eu fui bem mãezona mesmo. E eu paro pra pensar nisso hoje, e eu acredito que eu quis ser uma mãezona. Pó, ele estava precisando, era um menor abandonado, bem isso”. (...)“Eu que fiquei em cima dele pra ele estudar. Ele só tinha o primário e fiz ele terminar o segundo grau. Ele terminou o técnico. Fui bem mãezona dele. Fazia os trabalhos da escola para ele e tudo”. (...)E hoje eu chego a esta conclusão. Tem que estudar, se não, não dá certo o contato entre os dois né!(Mônica).

Ao longo de todo depoimento, a entrevistada retrata seu companheiro como pessoa com menos recursos ou situado em posição de menor status social do que ela. Essa forma de caracterizá-lo sobressalta sua necessidade de ajuda e dependência de outros. Ela, por sua vez, é caracterizada como quem provê os cuidados e recursos faltantes. Neste jogo de forças, a escolha do parceiro acabou conjugando outras formas de desigualdade, além da assimetria entre os sexos, que resultou, de certa forma, em uma reversão na hierárquica de gênero, desencadeando inúmeros episódios de violência.

Vale salientar como a desigualdade entre os parceiros pode ser constatada, inclusive, na dinâmica da vida sexual do casal. Em alguns relacionamentos o uso de substâncias no momento de relação sexual parece ter a função de amedrontar a parceira pela ameaça de possíveis comportamentos violentos, levando-a à submissão à vontade masculina.

Neide também descreve desigual posicionamento social, centrado na diferença de idade e de escolaridade. Ser mais ‘vivida’ e ter mais desenvoltura no espaço público representou certa superioridade diante do companheiro que se sentia inseguro e envergonhado por não saber ler e escrever.

“Eu acho que ele era ciumento porque eu acho que ele nunca teve uma pessoa assim vivida, que nem eu. Porque ele já pegou uma pessoa assim vivida, né? Que já conhece as coisas e tudo. E ele é tímido, muito tímido em relação pra falar! Sabe? Quer dizer, se eu não sei ler nem escrever e estou num lugar eu falo! Ele não! Eu falo pra ele: Mas você não tem de ter vergonha! Eu sempre falava as coisas pra ele. Às vezes, eu dava uma de burra e mandava ele fazer as coisas, às vezes, ele não sabia! Até hoje, ele me pede alguma coisa pra fazer pra ele. Só que às vezes ele não admite. Porque ele não sabe ler, nem escrever. A infância dele, acho que foi pior do que a minha! Bem pior!”

“Acho que ele teve que se criar, criando. O pai também é alcoólatra. A mãe trabalhava. A metade dos filhos prum canto, a metade pra outro! Ele tem 10

irmãos. Mas, é assim, metade para um canto, metade pra outro. Ele tem muita raiva de um irmão.” (...)

“Tem aquele negócio assim, eu tenho coragem de chegar lá e pergunta como que é, ou deixa de fazer. Eu sei como é que é, como é que fala, e já ele não! Já pra ele fica difícil abrir a boca, falar. Já é assim, ele pode fazer isto comigo agora, vamos supor que se tem alguma coisa errada, ele já se fecha! Como é que falam por aí, como é que falam aquela palavra! Já pra mim ele pergunta! Se for para ele perguntar pra pessoa certa ele já fica encabulado! Já fica meio assim. Então, é meio difícil! Agora, eu acho que ele já está se soltando, né? Eu acho que pra ele a diferença de idade teve muita importância! Pra mim não, mas pra ele sim.”(...)

O trecho que segue reforça idéia desenvolvida na análise dos grupos focais de que os **rearranjos familiares** e a convivência com filhos de outros companheiros pode ser fonte importante de conflito e de violência. O fato de Neide ter tido um parceiro anterior, com quem havia tido duas filhas, foi vivido como ameaça à masculinidade do companheiro, que experimentava com Neide sua primeira relação conjugal. Nesta permanente tensão entre valores tradicionais e modernos, Neide sugere que o padrão ‘ideal’ ainda são os primeiros, isto é, a monogamia.

É, eu acho que ele queria uma mulher sem ter outra família. Uma mulher só para ele e o filho dele. Só nós três, mesmo. Para ele era importante isto, né? Ele quis casar porque ele me amava loucamente! Ele queria outra família e tudo para poder não ter contato com aquela pessoa, poder não ter contato com as filhas! Poder lidar com os filhos de outra pessoa, que aí era muita coisa. Isto pra ele seria o ideal, né?”(Neide)

Em três depoimentos, o **ávido interesse masculino** na construção de uma vida conjugal e familiar nos remete à temática descrita nos estudos de Villa (1996) relativa aos significados do imaginário social que envolvem a relação entre a condição masculina e os comportamentos reprodutivos entre homens de setores populares. Villa constata que nesta população, marcada por histórias de desproteção afetiva na família de origem e de socialização em grupos de pares¹², o casamento e a paternidade representam oportunidade única para a saída do estado de segregação social e a aquisição de uma identidade socialmente valorizada. Isto é, o autor chama atenção para a importância que o casamento

¹² Os grupos de pares ao qual o autor se refere significa grupos de homens, nos quais os integrantes se tornam errantes, vagueando, “zoando”, em espaços sociais de segregação de gênero (onde pode jogar futebol, ir dançar, drogar-se ou tomar bebidas alcóolicas, ir a prostíbulos e até delinquir) para adquirir identidade pessoal e serem “machos”.

adquire entre aqueles que desde cedo na vida, vivem situações de violência familiar, maus tratos e/ou abandono paterno e/ou materno e são socializados precocemente longe do ambiente doméstico de origem, segregados em grupos de pares, “vagando por aí”. Segundo o autor, a moral familiar e, sobretudo a paternidade, dão a esta população a possibilidade de superação desta identidade subjetiva de gênero socialmente desvalorizada.

Neste sentido, Villa percebe que os homens de setores populares referem-se às mulheres como “sujeitos de ação moralizadora, como se possuíssem uma espécie de pedagogia familiar, para ensinar aos homens como desempenhar os papéis de marido e pai. (...) Para além das qualidades morais das pessoas-mulheres escolhidas pelos homens, elas parecem ser alvo de uma atribuição social de saber, fortemente marcada por gênero: “fazer ver”, “fazer pensar”, ensinam, falam transmitindo valores sociais. Assim, muito próxima da amoralidade socialmente legitimada que constitui qualquer homem em um ser mau, sem qualquer qualidade pessoal que o diferencie dos homens, erigir-se-ia uma moral autônoma das mulheres que podem transformar os homens, valorando positivamente o exercício da sexualidade” (p.124)

Segundo o autor, a valorização das mulheres como fonte emissora de discursos sociais moralizantes dos comportamentos masculinos têm o caráter de fazer os homens submeterem-se a uma lei que os permita serem valorizados como homens.

“Daí resultaria uma identidade pessoal de gênero radicalmente alienada na moral social das *“mulheres de família”* (...) Isso explica que a esposa ou a companheira se apresente nos discursos sob forte ambivalência subjetiva: como outro do qual se fala mal e se recusa porque condena a autonomia sexual masculina (podendo inclusive converter-se em objeto de violência física e emocional masculina), mas também como um outro que deve ser respeitado como única lei possível à qual se submeter, se se quiser adquirir um valor reconhecido socialmente.”(p.124)

Em alguns dos depoimentos analisados esta dinâmica é bastante evidente. As entrevistadas caracterizam a importância da vida em comum não apenas para elas

próprias, como também para os parceiros, que procuram através da identidade de marido e pai, uma nova inserção social. No caso de Mônica e Flávia, por exemplo, o casamento parece ter representado para os parceiros tentativa de transcendência de um passado na vida na criminalidade, na prisão, na desproteção afetiva e na “orfandade”. Nestas circunstâncias o casamento é vivido como única possibilidade de superação de um passado na exclusão. Além disto, a vida na criminalidade, que poderia ter sido uma oportunidade de aquisição de uma identidade social mais valorizada dentro daquele meio, também não resgatou o reconhecimento social que necessitavam. A vida de solteiro não lhes apresentava mais opções de inserção social. Nela, permaneceriam segregados e marginalizados em uma sociedade que exclui aqueles que não se adaptam às suas regras. Desta forma, a alternativa de inserção na moral familiar parecia-lhes sua única saída, ou melhor, o único meio de inclusão.

Neste ponto, vale ressaltar os trechos do depoimento de Flávia, em que descreve a importância do casamento para seu parceiro:

“A expectativa dele do casamento..era mais assim....de ter alguém para cuidar dele. Cuidar das coisas dele. Mais pelo cuidado mesmo. Ele mesmo cobrava isso. Ele também não queria que a ex-esposa dele ficasse assim... ela mesmo não dava muito valor para ele por saber que ele usava drogas, assim. Ela não deixava ele pegar os meninos, entendeu? Depois que casou isso mudou. Eles foram ao juiz para acertar a pensão das crianças tudo certinho, para ele poder ficar com eles também. Pela irmã dele assim ele dava muita dor de cabeça quando era solteiro, ele usava drogas, ele já se envolveu muito assim na vida do crime, de sair correndo de vários lugares. Então, ele dava muita dor de cabeça para a irmã dele. Então, isso também foi um escape, assim, que ajudou bastante o casamento, entendeu? Mesmo ele achando que era melhor para ter uma dignidade, ser bem visto. Não para as pessoas ficar apedrejando ele.” (Flávia)

Mônica também revela o enorme envolvimento do parceiro em assinar um compromisso de casamento e ter filhos. Com poucos meses de namoro, ele já insistia para que ficassem noivos e construíssem uma casa juntos.

“Então foi assim. Ele sempre foi persistente em algumas coisas, aí vai passando tempo e eu me lembro de uma época, acho que tinha 6 meses de namoro e a gente ficou noivo, foi muito rápida a coisa. Aí ele me dava anel, brinco, tudo”.
(...)

“Casamos em 97. Com um ano de namoro, ele começou a ter vontade de casar”. (...)“Ele queria um filho, eu dizia que não podia com essa situação. Ele disse: ”se a gente tiver um filho eu paro de beber” (...)“O sonho dele era ter um filho”(Mônica)

Apesar desta dinâmica parecer em um primeiro momento contraditória à ocorrência de violência, não o é, pois diante do valor que os homens atribuem às mulheres, como pessoa capaz de inseri-los em uma posição social mais valorizada, a partir da identidade de marido e pai, os homens vivem grande temor e ameaça de impotência diante delas, recorrendo à violência como tentativa de controlá-las.

Vale ressaltar a referência à história pregressa de violência na família de origem dos parceiros. Mônica, Flávia e Neide referem história de conflitos e desamparo na família de origem dos seus parceiros, incluindo situações de agressões do pai em relação à mãe, situações de negligência e de ameaça de morte, como podemos ver nos trechos a seguir:

“Oh, eu tiro pelo pai dele. Porque a irmã dele é muito minha amiga e ela conhece bem ele. A irmã dele me falou assim que seria caso assim, meio que genético porque o pai dele era muito ciumento. Teve uma vez que de ciúmes da mãe dele o pai dele cortou a orelha dela e tomou com pinga. É verdade. A mãe dele não tem um pedaço da orelha. Por causa de ciúmes ele cortou a orelha dela. Os irmãos dele, a parte homem assim, eles são bem desse jeito.” (Flávia)

“A infância dele, acho que foi pior do que a minha! Bem pior! Acho que ele teve que se criar, criando. O pai também é alcoólatra. A mãe trabalhava. A metade dos filhos prum canto, a metade pra outro! Tem muitos irmãos. Mas, é assim, metade para um canto, metade pra outro. Ele tem muita raiva de um irmão. No meio de 10 acho que tira dois ou três. Ele é uma pessoa muito difícil, muito difícil mesmo! Até hoje! Até hoje é muito difícil. Ele também tinha história de agressão. E muitos tios, irmãos dele, pelo que eu já vivi com ele, já andei pesquisando, falou que ele não era assim! Que Ismael não era assim. Ele era assim ‘tinhoso’, inventava as coisas, de fazer as travessuras de moleque, mas, em relação à violência e agressão, ele não era assim. Muita gente desconheceu ele depois que a gente ficou junto.” (Neide)

“A mãe dele eu vi só uma vez. Numa segunda vez que eu a vi, foi em um ônibus, que nós íamos saindo e ele falou, vamos descer porque minha mãe está aí. Eu falei: “Ué, por que?” Ele disse: “Porque eu não gosto dela” ! Ele nunca gostou da mãe. Teve sempre essa coisa, a única pessoa que sabia que ele tinha mãe era eu, ninguém mais sabia que ele tinha mãe e eu também não fazia

questão. Meus irmãos também não sabiam que ele tinha mãe. Ele dizia: Minha mãe morreu. Ele falava pra todo mundo que a mãe dele morreu.” (...)

Antes da gente casar, ele morava com a mãe dele, eu fiquei sabendo que a mãe dele mexia com droga, porque ele contou pra mim: “Minha mãe ta mexendo com droga”. Antes de casar isso. Aí eu falei: “Sai de casa”. Porque ele já tinha sido preso e a mãe dele ainda mexia com droga, a polícia ia levar ele novamente. A mãe dele mexia com tráfico de drogas. A família já era muito danada. Olha o rolo que eu entrei. E a mãe dele foi presa, ficou três anos presa. Então, ele não tem mãe. Ela falou pra matarem ele, na época antes da gente casar, porque ele falou pra ela que ia denunciá-la, porque ela estava mexendo com droga.” (Mônica)

Neste último caso, especificamente, os conflitos do companheiro com sua mãe parecem estar relacionados aos episódios de violência durante a gestação de seu filho. Em contexto de conflitos com a parceira e de acentuada assimetria, a gravidez representou um elemento potencializador da rivalidade entre o casal. A disputa para determinar quem tem mais força de determinação sobre o outro, já bastante presente no relacionamento do casal, é acentuada neste período. O aumento do consumo de álcool e drogas pelo parceiro sugere que a gestação de seu filho agravou seu sentimento de impotência dentro da relação. Face à baixa auto-estima potencializada diante da gravidez de sua mulher, ele recorreu à agressão verbal como meio de diminuir o papel e a capacidade de Mônica no cuidado e na criação do bebê.

A violência na gestação

Em geral, nos quatro discursos o período da gestação envolveu situações de conflito, violência, bem como problemas de saúde mental e reprodutiva. Os conflitos estiveram associados a uma gama complexa de fatores relativos às circunstâncias em que a gravidez ocorreu, bem como a aspectos da relação entre o casal. Entre estes aspectos identificamos cinco componentes que atuam na ocorrência da violência no período da gestação: a) A gravidez não planejada e indesejada, envolvendo a quebra de projetos de vida e a ruptura com a autonomia sexual masculina; b) A dúvida da paternidade e o temor da traição c) a percepção da gestação como situação de dependência feminina, d) a diminuição da libido da mulher, e) a maior irritabilidade também da mulher e f) A crise gravídico-puerperal e a reativação dos conflitos do parceiro com as figuras parentais.

a) A gravidez não planejada e indesejada: a quebra de projetos de vida e a ruptura com a autonomia sexual masculina.

Julieta e Mônica engravidaram de seus companheiros sem planejamento e em momento instável do relacionamento. Embora o desejo de ter filhos estivesse presente, as circunstâncias do relacionamento não favoreceram o seu planejamento. Em ambos os casos, a gravidez ocorreu durante um período de crise do casal, no qual as mulheres haviam interrompido o uso do método anticoncepcional.

Em um dos casos, a gravidez parece ter representado obstáculo ao *projeto* de ascensão social do parceiro. Dedicado à poupança para ‘subir na vida’, o companheiro de Julieta planejava o casamento e a paternidade para um futuro mais distante. Além disto, o parceiro mostrava-se ambíguo na decisão em largar a vida da sexualidade sem limites, na ‘zoeira’ com seus grupos de pares e passar para a vida na ‘responsabilidade’ (Arlha, 1998; Villa, 1997). Ele demonstrava não estar seguro da escolha de Julieta como namorada, revelando vergonha de apresentá-la e assumi-la perante seus colegas. Esta situação tornou bastante conturbada sua aceitação da gravidez, levando ao desencadeamento de dois episódios bastante graves de violência física, além de inúmeros conflitos que envolveram violência emocional.

“Ele não queria que eu engravidasse. Seria um atraso. Ele falou assim, mas a minha vontade de viver se baseava em ser rico, porque eu nasci na periferia! Eu queria ser rico. Eu estou vendo que vai ser difícil! Se eu quiser roubar, vão me prender. Vão me ferrar. Eu não quero ser preso! Eu não vou roubar de ninguém para ser preso.”

“Ele falava sempre que queria juntar muito dinheiro. Ele chegava no extremo. Se ele tivesse de ficar sem comer, ele guardava o dinheiro e não comia. E isto eu achava meio...Eu falava: Meu, pára com isto! Você fica ajuntando tanto dinheiro e você morre e o dinheiro fica! A gente pensava muito diferente. Então, quando ele viu que eu estava pensando diferente dele, ele falava puxa, você está me atrasando. Então, eu falei, vamos fazer o seguinte, a gente pára por aqui, porque eu não sou obrigada, não sou sua mãe, não sou sua mulher, não sou obrigada a ficar ouvindo ou guardando estas coisinhas todas. Aí, foi quando a gente terminou. E eu parei de tomar o anticoncepcional. A gente saía, uma boa mesmo. Saíamos com nossos amigos. Aí eu parei de tomar. Um dia, fazia mais de um mês que a gente estava separado. Ele pegou, do nada, ah! Vamos lá em casa. Eu fui, mas, eu fui assim, tá eu sabia que ia acontecer. Ele perguntou se eu estava usando anticoncepcional. Eu falei não! E ele falou assim: ‘É mentira’. Eu falei não, não estou. Só que aí foi uma única vez, eu te juro. A gente teve relação e eu engravidei do Léo. Ele não colocou preservativo.

Eu não estava tomando nenhum anticoncepcional! Ele falou é mentira. Eu falei, Cássio, é verdade! Não é brincadeirinha. Depois, no dia seguinte ele disse, e agora? Agora você vai ser pai. Aí, ele acreditou que eu tinha planejado isto, que eu tinha feito de propósito.(...) Ai..... Eu ainda não sabia que estava grávida de fato. A gente discutiu uma briga muito feia, uma situação muito feia. Teve a primeira agressão física. Eu não imaginava jamais que ele fosse capaz de fazer isso. Muitas vezes eu questioneei, perguntei. Até hoje eu não posso te dizer que eu tenho uma resposta para isso. Eu não sei.... acho que ele fez isso para dar um fim no relacionamento...para dar um fim....sei lá o que. Só que aí neste período eu já estava grávida e não sabia. Deveria ter poucos dias de gestação. Eu engravidei em fevereiro. Foi no final de fevereiro. E no início eu tinha engravidado. Eu não tinha feito o teste. Uma semana, duas semanas depois que a gente brigou e descobri que eu estava grávida. Ai a mãe dele, eu sempre tive um bom relacionamento com os pais dele, ai ela contou para ele. Ai ele veio atrás de mim me pediu perdão, chorou, falou que isso não deveria ter acontecido que isso não iria acontecer mais. Mas ai, quatro meses depois, aconteceu de novo.....”

Neste ponto emerge outra questão, também observada por outros autores, relativa à oposição de sentido vivida pelos homens jovens entre a autonomia sexual, na vida do ‘descompromisso’ e da ‘zoeira’ entre pares, e a submissão à moral dos discursos sociais da maternidade e da família (Arilha, 1998; Villa, 1997). Muitos autores têm observado que a identidade de gênero masculino, entre os homens jovens de classe média e baixa, está associada à experiência da sexualidade ‘desenfreada’, ‘incontrolável’ e sem compromisso com o relacionamento. A noção de responsabilidade com a família é um referencial que buscam atingir no futuro, mas que implica abandono da autonomia sexual e da vida entre os pares, isto é, entre o grupo de amigos. Se a gravidez surge de modo inesperado, antes do desejo de ser pai e em um momento no qual o homem está identificado com o grupo de pares, o sentimento de perda de atributos da identidade masculina pode dar origem a situações de intenso conflito, incluindo situações de abandono da mulher ou violência contra ela.

A resposta do companheiro de Julieta à gravidez não planejada remete ao comentário de Arilha, no qual afirma que “assumir um filho pode determinar a passagem da vida de “zoeira e irresponsabilidade, aprendizagem, molecagem” para uma vida de compromissos, perda de amizades, perda ou limitação da vivência da sexualidade impessoal, sem limites. O casamento apareceria então como “ instância reguladora” do comportamento sexual e reprodutivo do homem, mais marcada com a presença do filho.

No entanto, a idéia/intenção de ser pai, diferentemente do que julgam acontecer com as mulheres, viria com a maturidade, com o casamento. Se o filho aparece antes do casamento, parece ser claro que geralmente ele vem antes da vontade de ser pai.” (Arihla, 1998)

No caso do relacionamento entre Julieta e seu parceiro, a gravidez significou um acidente que se impôs ao parceiro. Ao longo de toda a gestação, ele permaneceu ambíguo entre aceitar a paternidade e o compromisso com a parceira e manter-se na vida da “zoeira”. Neste processo, manteve diversos relacionamentos amorosos e sexuais com outras mulheres, o que provocou inúmeros conflitos com Julieta durante a gestação.

“Olha se eu falasse para você, assim até descobrir, que eu já estava no sétimo mês, até descobrir que o Cássio tinha me traído já com outra pessoa, eu me botava minha mão no fogo por ele. (...)“Depois de quatro meses, ele chegou, chegou super estranho, a gente começou a discutir. Estranho assim, nervoso, irritado. Querendo brigar. Sabe aquela pessoa que já chega nervoso, brigando. Eu disse assim: ‘Olha queria saber onde você estava’.Ele disse: ‘Eu não vou dar satisfação da minha vida para você, o que é isso’. Foi aí que a gente começou a discutir, e sempre que a gente começa a discutir ele ri, ele ri bastante. Na hora isso foi o fim para mim, quando ele começou a rir eu pedi para ele parar de rir. Porque quanto mais ele ria mais eu fica nervosa e ele não parava. E eu comecei a jogar coisas nele. Tudo o que eu via na minha frente tinha um móvel cheio de coisas em cima, tinha perfumes, abajur. Um monte de coisas eu comecei a jogar, daí ele partiu para cima de mim. Na verdade fui eu quem comecei a agressão com ele, tacando coisas nele. Só que aí ele partiu para cima de mim, ele jogou de volta em mim, eu falei: ‘O que que é? Você vai me bater?’ Ele falou assim: ‘você duvida?’. Aí eu falei: ‘Você vai me bater’, ele falou: ‘fala que duvida’. Eu falei: ‘Duvido’. Foi quando ele começou a me bater. Inclusive até quebrou a cama. Ele me bateu tanto...que ele batia minha cabeça na parede e começou a dor e meu olho ficou super roxo, muito machucado. (Julieta)

Neste caso evidencia-se a concepção vigente na sociedade brasileira, bastante salientada pelos estudiosos do tema, de que o cuidado com a vida reprodutiva é responsabilidade da mulher e, portanto, a falha neste cuidado recai sobre ela. Esta concepção parece ser muito relevante na ocorrência da violência na gestação, por ela atribuir ao homem o sentimento de ‘direito’ em culpabilizar e punir a mulher quando há falha na contracepção.

A literatura tem mostrado que são muitas as respostas masculinas às situações de gravidez indesejada, entre as quais se sobressaem o aborto, a fuga, a paternidade solteira

e o casamento. Na relação de Julieta, o parceiro foi pressionado pela família a assumir o filho e se juntar à companheira, tendo que abandonar, ao menos temporariamente, um projeto de vida de enriquecimento, de superação da condição social de sua família de origem e a identidade entre os pares. Esta situação parece ter representado experiência conflitante para o parceiro gerando comportamentos de rejeição à gravidez, associados a sentimentos ambíguos de culpa e desejo de ter o filho. A suspeita da gravidez indesejada já constitui, assim, motivo de conflito do casal, desencadeando episódios de violência física por parte do parceiro. Todavia, a possibilidade de resignificação da paternidade permitiu que a violência ficasse circunscrita à gestação.

“Depois da gravidez ele nunca mais me bateu...quando ele está nervoso ele sai. E muitas vezes assim, eu fico quieta. Também não sei por que agora a gente está mais maduro. Já depois de duas experiências chatas, horríveis não teve nenhum tipo de agressão. Quando ele está nervoso ele sai. Como agora ele fica com muita conta.... E agora eu sei que se eu entrasse na justiça e fizesse um pedido de pensão alimentícia para ele, ele ia ser obrigado a pagar. Mas ia cada um viver sua vida, mas assim, eu ia privar um pouco ele. Porque quando o nenê nasceu dava dó, ele queria ficar muito perto. Tanto é que a primeira semana que meu filho nasceu, eu não conseguia dar banho nele. Ele queria dar banho, ele queria estar toda hora pegando. À noite, as vezes que ele dormia, não era todo dia que ele dormia na minha casa, ele passava a noite acordado...a gente trocava o horário para eu poder descansar.”(Julieta)

Em outro caso, embora a gravidez não tenha sido planejada, inseriu-se em um projeto de construção de uma identidade de marido e pai, como meio de inserção social, como já comentamos acima. Foi, portanto, uma gravidez desejada pelo parceiro, mas envolveu sentimentos ambíguos de desejo e rejeição, além de constituir objeto de disputa entre ele e a esposa.

“A gravidez do meu filho, o Pedro, foi numa separação. Eu me separei dele, ele não me dava divórcio, mas eu larguei ele e fiquei por aqui (na casa da Isabel e do Fábio), ele veio atrás de mim: “Volta porque eu parei”....A gente conversou, mas não voltei. Meu sonho era ter um filho. Ele queria um filho, eu dizia que não podia com essa situação. Ele disse: “Se a gente tiver um filho eu paro de beber”. Ele sempre tinha essas trocas. Mas as chantagens dele não adiantavam, eu sabia que ele era assim. Ter um filho é o sonho de qualquer mulher. Na época , eu peguei cargo de Gerente e ganhava 4, 5 vezes mais do que ele. E eu não podia contar pra ele de jeito nenhum. Mas a gente já estava

em crise. Mas quando eu voltei a tomar anticoncepcional eu já estava grávida, não sabia. Menstruava normal e não sabia. Sabe quando você pressente que está grávida. Fiz um teste no hospital. (...) Na realidade não era pra eu ter ficado grávida, porque eu voltei pra ver se a coisa realmente ia mudar, mas aí eu fiquei grávida.(...)Nunca vi a burrice que eu fiz.....(...) Foi um deslize. Quando eu fiquei grávida, eu entrei em crise. Aí depois eu comecei a trabalhar com isso. Não ia resolver. Eu tinha dado diversas chances pra ele. Mas eu nunca pensei em engravidar. Tanto é que depois que eu tive o Pedro, joguei anticoncepcional fora, tudo. Tinha certeza que não queria mais nada. Tinha certeza que não ia engravidar.

“Minha gestação foi um inferno, inferno, inferno. Porque ele não me deixava dormir à noite. Eu ia grávida trabalhar, com sono, mas não era da gravidez, era de ficar acordada, e eu não contava isso pra ninguém. Ele nunca me bateu, ele me acordava pra conversar. Me chamava de quenga, todo mundo era mulher menos eu. Jogava comida fora, porque ele falava que minha comida não era boa, tudo dos outros era melhor. Ele arrumava coisas que não existia. Me falava que eu não prestava, que eu saia por aí pra arrumar outro homem. (...) Só uma vez que ele apertou meu braço, se drogou e apertou meu braço. Disse que eu não prestava. No 4º mês de gravidez parecia que eu estava no 7º, estava grande, parecia que eu ia ter trigêmeos, ele era negão, 1,80m, então minha barriga ficou muito grande, e ele muito agressivo, sempre, bebia, depois da minha gravidez ele começou a beber mais, pensei que ia diminuir, mas aumentou. Ele aumentou a droga, aumentou a bebida, e eu senti isso. Ele falava: “Sabe essa barriga aí, é barriga de aluguel, você alugou essa barriga pra alguém. É um filho de aluguel, depois que nascer você pode ir embora e deixar a criança aqui pra mim”. Imagina minha cabeça como ficava. É mais meu do que seu, eu falava. A sua única participação foi o espermatozóide, só isso, se quiser eu te devolvo. E sempre ele falava isso pra mim, dizia que quem ia criar a criança era a irmã dele, porque ele dizia que eu não era mulher o suficiente pra criar do filho. (...) Ele disse: “Quando essa criança nascer eu quero que minha mãe crie porque assim ela cria o filho do jeito que eu queria ser criado” Eu tinha muito medo que ele tirasse o menino e mim. Achei que ia perder meu filho. (...) Eu era alguém que tava esperando o filho dele. O importante pra ele era o filho. Ele ficava jogando na minha cara que eu era barriga de aluguel, vc ta gerando o filho pra mim. (...) Na realidade não era pra eu ter ficado grávida, porque eu voltei pra ver se a coisa realmente ia mudar, mas aí eu fiquei grávida. E a coisa não mudou, e esse homem bebia, esse homem agredia, na verdade eu queria que ele me batesse ao invés de falar o que ele me falava, porque não era uma coisa que eu fazia que ele falava que eu não prestava, o que marcou foi o “quenga”: - você é uma quenga, você não presta.” (...) Nossa, meu Deus, eu pedia pra ele parar com isso. Eu falava: “Ricardo, pára, não fica legal, a criança vai nascer, a gente precisa ficar bem, mas ele não tinha essa. Não sei o que ele percebia, eu dizia que podia perder a criança, ele falava: “Meu filho é forte, você não vai perder ele”. Eu dizia: “Ah, é”? (Mônica)

Apesar de Mônica querer ter o filho, a gestação ocorreu num contexto de conflito entre o casal, no qual ela estava ambígua entre permanecer e se separar do marido (aliás, esta ambigüidade esteve sempre presente em seu relacionamento, segundo seu depoimento). Como já dito, somando-se ao já tenso relacionamento, a gravidez ocorreu no período em que Mônica cursava especialização em administração hospitalar e alcançara o cargo de gerente de um hospital, o que lhe deu um grande diferencial de status e renda em relação a ele.

b) A dúvida da paternidade

Aspecto comum em três depoimentos é a dúvida da paternidade. A experiência da gestação parece despertar no homem o temor da traição por sentir não ter meios de saber se o filho é seu, ao menos enquanto ele está sendo gestado pela mãe. Este temor remete a insinuações e acusações de que a mulher o traiu e desencadeia um grande ciclo de agressões emocionais.

“ Até na gravidez mesmo ele falava, que ele foi no HC e fez exame de DNA!”
(...)

“Durante a gravidez ele falava que aquele filho não era dele. Era de outra pessoa. Ele falava: “Esse filho não é meu. Quando nascer, eu quero exame de DNA. Porque você fica dando pra um, dando pra outro, eu vou lá fazer”.Ele falava que eu dava até pro irmão dele! Eu falava: “quando não tem a gente vê! Se você quiser a gente faz, não tem nenhum problema. Se eu fosse você eu limpava a boca pra falar isto! Porque a única pessoa que eu transo tudo é você, ou você não percebeu? Ele dizia: “Ah! Mas, eu não posso ser pai”. Eu disse, e por acaso você sabe se pode ou não? Você vai saber quando nascer! Ele fez exame de espermograma. Eu e ele fizemos. Eu fiz exame de sangue, e falei pro médico e o médico pediu espermograma. Aí, na hora do resultado, o médico disse, você pode ser pai cem vezes. Aí, ele ficou meio assim. Ta vendo? Por que você fica falando? Você não é bobo? Ele falava assim. Mas, aí depois ele falava, desculpa. Eu dizia: “Olha, você tem de conversar, mesmo dentro da barriga você tem de conversar, e tudo”. Aí, fui ensinado pra ele, pra ele conversar e tudo. Eu também lia revista, escutava notícia também. Então, eu explicava, falava tudo pra ele, e ele foi aprendendo! Eu sei que ele cuidava bastante na criança!”(Neide)

“Pela fixação dele assim, ele achou que ela (a filha) que poderia ser até de outra pessoa. Ele me acusava sobre o sobrinho da dona do quintal. Ele chegou a me acusar por uns três meses. Ai ele foi vendo que não era aquilo. Que ele era pai dela. Ele até curtiu a gravidez bastante.” (Flávia)

Este comportamento masculino sugere que os atributos culturais da masculinidade dominante, construídos em torno da idéia de que os homens devem controlar o seu território e defendê-lo da cobiça de outros homens, são aguçados na ocasião da gestação, pela ausência de meios de certificar seu domínio. A experiência da gestação, portanto, envolve o mistério da origem da paternidade, gerando, em muitos casos, fantasias de traição e conseqüentemente situações de violência. A este fato soma-se a desconfiança da palavra feminina, tomada de antemão como dissimulada.

c) A percepção da gestação como situação de dependência feminina

A condição de gestante parece ser entendida por alguns homens e mulheres como situação de dependência feminina em relação ao parceiro, que as tornariam mais tolerantes à violência. No relato de Flávia, fica evidente a surpresa do companheiro ao saber que ela fugiu de casa grávida depois de um episódio de agressão física.

“Só que quando eu fui embora eu estava grávida já de dois meses, da minha filha de dois anos. Até os primeiros dias ele me perguntava: ‘Nossa, você ia vir embora mesmo grávida’. Ai eu falei assim: ‘Eu iria mesmo, não é só porque eu estou grávida que eu vou agüentar as suas agressões. Eu vou ficar aturando a sua ignorância com isso.’(...)

“Porque quando eu namorava com ele, eu tive muitos problemas trabalhando, porque ele não aceitava eu trabalhar. Eu era ajudante de restauração de quadro. Ele já não aceitava. Ele achava que como eu era completamente dependente dele, completamente dependente dele entre aspas, porque minha mãe me ajudava também, então, ele achava que eu nunca iria deixar ele. Então, tendo um filho e estando grávida dele, eu nunca deixaria ele. Porque era ele que me sustentava, colocava comida na casa.”(...)

Ele me perguntou estas coisas durante umas duas semanas”.(Flávia)

d) A diminuição do desejo sexual da mulher

A compreensão de que o contrato de casamento dá ‘direito’ ao homem de buscar sua satisfação sexual com sua companheira independente da vontade desta está na origem de conflitos e violência durante a gestação, dado que o parceiro não aceita a diminuição do desejo sexual da companheira durante o período gestacional.

“Ah, teve. Teve uma vez queeu na minha gravidez, da minha filha, eu num tava sentindo vontade para ta..... tanto que eu estava meio crente, assim, entendeu? A minha irmã é evangélica. Só que como eu tenho varizes, eu tenho esta perna aqui tudinho cheia de varizes. Então eu me sentia cansada. Foi uma gravidez bastante pesada, eu fiquei bastante anêmica. Tanto é que eu tinha bastante tarefas em casa e eu estava sempre exausta. Provavelmente pressão alta. Eu fiquei assim meio desgostosa. Eu não sentia vontade de ter relação. E ele foi me cobrando, tanto é que teve uma vez que já era de noite, eu estava terminando no fim de semana a faxina para ficar livre durante a semana e ele começou a discutir comigo porque eu não estava mais procurando ele, porque eu não estava sentindo vontade de ficar com ele. E meu irmão estava em casa, este meu irmão de vinte e dois anos. E ele me jogou no sofá eu estava de seis meses. Ele tentou me dar um murro, mas ele acertou assim na cabeça, sabe. Aí meu irmão chegou na hora e ele chegou a me pedir desculpas. Durante a minha gravidez teve umas duas agressões física, mesmo.” (...)

Ele batia no rosto mesmo. A única vez que atingiu a barriga foi a vez que ele me empurrou mesmo. Ele me empurrou no sofá e eu caí na quina assim do sofá e depois eu cai de costas assim.” (Flávia)

e) A irritabilidade das gestantes

A violência que ocorre no período da gestação é muito associada ao estado de humor das mulheres, sobretudo, à sua irritabilidade. De modo geral, as entrevistadas atribuem algumas características às mulheres gestantes que poderiam favorecer a ocorrência de episódios de violência. Dizem que as gestantes são ‘chatas’ e ‘difíceis’ no relacionamento, por estarem privadas de vida social e profissional.

“No dia que a gente brigou pela segunda vez foi exatamente porque ele estava com o amigo dele. Eu já estava grávida. Estava chata. Grávida é chata, é insuportável, enfim. Eu sempre falava isso para ele, você tem que ter um pouco de paciência comigo porque se eu estivesse trabalhando a minha cabeça ia estar ocupada, ia chegar em casa cansada ia chegar em casa e ia dormir, mas eu estava desempregada e a mãe dele não deixa nem se quer eu lavar a louça. Então eu ficava o dia inteiro em casa sem fazer nada e já estava ficando estressada, nervosa. Quem sabe fazer alguma coisa sempre fica o dia inteiro correndo atrás de alguma coisa. Só que eu não conhecia ninguém lá no bairro em que eu fui morar, não me sentia à vontade na casa da mãe dele. Poxa, ele passou o dia inteiro fora, trabalhando, do serviço nem se quer ligou para dizer que já estava indo embora. Eu me preparei, arrumei, estava sozinha em casa

falei ai vou fazer janta, vou esperar e não apareceu, não deu satisfação. E quando chegou, chegou super estranho, a gente começou a discutir”.(Julieta)

f) A crise gravídico-puerperal e a reativação dos conflitos do parceiro com as figuras parentais

Alguns autores que estudam a psicodinâmica da gestação têm levado em conta o conceito de *crises evolutivas*. Conforme já mencionado, segundo este conceito, existem períodos da vida de uma pessoa, nos quais a emergência de eventos naturais ou acidentais gera transtornos na área afetiva e intelectual e exige respostas adaptativas (Cury, 1997). Tais períodos, denominados como períodos transicionais, implicam em utilização de novos recursos e soluções, que contribuirão, na medida de sua realização, para o desenvolvimento da personalidade do indivíduo e para o surgimento de novo período de equilíbrio.

O ciclo gravídico-puerperal, especificamente, constitui período transicional da identidade de mulher e de homem para o de mãe e pai e demanda do casal parental respostas adaptativas e utilização de novos recursos e soluções para lidar com a mudança. A crise que caracteriza este ciclo envolve a reativação dos conflitos do casal com suas figuras parentais, sendo o conjunto de sentimentos amorosos e hostis do homem e da mulher para com seus pais os ingredientes que orientam o curso psicológico da gestação na vida adulta.

Os relatos analisados sugerem que experiências de abandono familiar, sobretudo de desproteção afetiva materna, podem estar na origem de situações de violência pelo parceiro na gestação. A desagradável e dolorida experiência como filho parece ser reativada diante da experiência da paternidade podendo desencadear inúmeras situações de violência. Este processo pode ser observado no relato de uma das entrevistadas a respeito dos conflitos que seu parceiro viveu durante sua gestação.

No início da gestação, o parceiro agredia verbalmente, insultando-a como mulher, chamando-a de “quenga”, menosprezando suas aptidões domésticas e, sobretudo, questionando sua capacidade de gestar, de maternar e de criar um filho. Segundo ela, o parceiro dizia:

"Ele disse: 'Quando essa criança nascer eu quero que minha mãe crie, porque assim ela cria o filho do jeito que eu queria ter sido criado' Eu tinha muito medo que ele tirasse o menino de mim. Achei que ia perder meu filho".

“ ‘Sabe essa barriga aí, é barriga de aluguel. Você alugou essa barriga pra alguém. É um filho de aluguel, depois que nascer você pode ir embora e deixar a criança aqui pra mim’. Imagina minha cabeça como ficava. (...)E sempre ele falava isso pra mim, dizia que quem ia criar a criança era a irmã dele, porque ele dizia que eu não era mulher o suficiente pra criar o filho".

“Eu era alguém que tava esperando o filho dele. O importante pra ele era o filho. Ele ficava jogando na minha cara que eu era barriga de aluguel, 'Você tá gerando o filho pra mim' ”.

“Minha gestação foi um inferno, inferno, inferno. Porque ele não me deixava dormir à noite. Eu ia grávida trabalhar, com sono, mas não era da gravidez, era de ficar acordada, e eu não contava isso pra ninguém. Ele nunca me bateu, ele me acordava pra conversar, me chamava de quenga. Todo mundo era mulher menos eu. Jogava comida fora, porque ele falava que minha comida não era boa, tudo dos outros era melhor. Ele arrumava coisas que não existia. Me falava que eu não prestava, que eu saía por aí pra arrumar outro homem”.

Vale destacar aqui a fala de Ricardo *“Quando essa criança nascer eu quero que minha mãe crie porque assim ela cria o filho do jeito que eu queria ter sido criado”*. Esta fala revela que a gravidez da esposa e a expectativa da paternidade remetem-no à sua própria vivência como filho. Experiência esta aparentemente insatisfeita. É interessante chamar a atenção para a comparação que o parceiro estabelece entre o seu lugar, como filho, na relação com sua mãe e o lugar do filho que está na barriga da esposa. Se ele não foi bem criado, então seu filho também não poderia sê-lo. Terá que ser criado longe da própria mãe, para que as carências fossem equiparadas.

Este fenômeno remete à reflexão de Weil de que ‘seres realmente desenraizados só têm dois comportamentos possíveis: ou caem numa inércia de alma quase equivalente à morte, ou se lançam, numa atividade que tende sempre a desenraizar, muitas vezes por métodos violentíssimos, os que ainda não estejam desenraizados ou que o estejam só em parte.’(Idem,p.414)

As experiências precoces de abandono e de desproteção afetiva materna, associadas à marginalidade e exclusão social ao longo da vida, são eventos que podem levar muitos homens a desenraizar, por métodos violentos, os que ainda estão enraizados, no caso, suas esposas e seus filhos. O *desenraizamento* paterno, portanto, parece expor os filhos e a esposa ao risco de serem alvo de violência.

Neste caso, particularmente, o desfecho da crise gravídico-puerperal foi trágico. Os episódios de violência contra Mônica e seu filho foram progressivamente aumentando de intensidade e gravidade depois do nascimento da criança, chegando a tentativas de homicídio com uso de faca. Diante desta situação, Mônica busca ajuda de uma advogada e foge de casa, carregando consigo o bebê de quatro meses. Separado judicialmente da mulher e do filho, o parceiro se vê novamente desamparado, apela para que ela volte com a criança e, em face de sua recusa, comete suicídio, deixando a mensagem de que havia sido privado daquilo que lhe era mais sagrado: seu filho, isto é, a ‘paternidade’.

Estes conflitos engendrados no relacionamento de Mônica com seu parceiro demonstram como a gestação, a paternidade e a maternidade são fenômenos que envolvem experiências emocionais bastante intensas e ambíguas, relacionadas à história de vida do casal. Ser pai parece ter sido um grande desejo do parceiro, todavia esta experiência o remeteu a vivências de muito sofrimento, levando-o a violência contra a esposa, o filho e, finalmente, contra si.

É fundamental ressaltar novamente que se está levantando algumas questões para a compreensão da relação do companheiro com a gravidez e a expectativa da paternidade. Se, por um lado, estas questões explicitam algumas possibilidades de interpretação da relação entre Mônica e seu companheiro, por outro elas contêm limitações por estarem fundamentadas no modo como a entrevistada percebe esta relação.

Tema 3. A violência, saúde e vulnerabilidade programática

Os relatos das entrevistadas sobre complicações à saúde e procura de atendimento pré-natal reiteram os achados encontrados na literatura de que as complicações na saúde reprodutiva e mental são experiências freqüentes entre as mulheres que sofrem VPI na gestação e a procura de assistência pré-natal é mais tardia ou não ocorre.

No que se refere à saúde mental, foram freqüentes referências a estados psíquicos de desânimo, tristeza, choro fácil, com pensamentos de menos valia e ideação de suicídio ao longo da gestação, caracterizando sintomatologia comum nos quadros de depressão. Associadas a este quadro, complicações como sangramento, abortos e pré-eclâmpsia seguida de morte fetal tardia também foram eventos na história destas mulheres.

Uma entrevistada relaciona seu estado de desânimo, cansaço e irritabilidade (“nervosismo”) durante a gestação com o quadro de pré-eclâmpsia seguido de morte fetal tardia. Apesar de ter feito pré-natal em um centro de atenção primária, de ter sido atendida por profissionais de um serviço especializado em violência e de ter sido encaminhada a um hospital para tratamento da hipertensão gestacional, a entrevistada não conseguiu realizar os cuidados necessários. Tais dificuldades estiveram relacionadas às condições objetivas de falta de recurso financeiro para transporte, de falta de apoio do parceiro e de limitações associadas ao **humor hipotímico**, como pode ser observado na fala a seguir:

“Também, porque, por mais que ele agride assim (?), e moralmente eu sinto um certo nervosismo, uma certa raiva, entendeu? Tanto de mim quanto dele, entendeu? Às vezes parece que... por mim eu sumia, entendeu? Tanto é que quando aconteceu este fato de ele ter me traído, a gente passou dois meses de longe, que foi no Natal e no começo do Ano Novo, que a gente passou separado, eu tentei me matar. Eu tive com a doutora do posto e ela me receitou remédio para eu ir tomando, entendeu? Antidepressivo.

Só que antes disto, antes desta traição, eu tive a minha terceira gravidez, que foi a Marina, que por muito nervosismo, com questões de saúde, e pressão alta, ela acabou morrendo. Ela nasceu morta! Esta gravidez aconteceu assim, depois de quatro meses que eu tive minha filha, eu estava indisposta para ter relação. Uma vez numa noite, eu dormindo, ele me pegou praticamente a força. Eu falei para ele que eu não estava muito boa. Os pontos da cesárea estavam doendo e foi que ele fez relação comigo à força, praticamente. E nisto eu engravidei de novo! Nesta gravidez por ele assumir que teve culpa, aí me deixou, entendeu? Ele deixou eu estar procurando um médico, eu estar fazendo pré-natal,

entendeu? Por ele se sentir culpado. Eu disse para ele: “Você tentou fazer uma coisa comigo que eu não queria, eu não estava afim, não estava disposta para isto”. O meu medo já era este de ficar grávida de novo! A gente usava camisinha, mas naquela noite mesmo ele fez sem. Eu não sei qual foi a intenção dele. A intenção dele, para mim, foi propositalmente. É foi proposital, por ele estar com raiva, por ele não saber esperar, entendeu? Tanto é que ele me deixou procurar ...como as varizes já estavam ficando bem fortes, entendeu? Uma perna já estava mais inchada do que a outra, ele aceitou que eu fosse procurar um médico, que eu fizesse pré-natal direitinho. Mas, justo quando eu fiz o pré-natal direitinho, tudo, quando deu 7 meses, eu ia entrar no oitavo ainda, ele tinha ido para a casa da irmã dele e eu passei o dia inteirinho lavando roupa, arrumei a casa e fui deitar. Tomei um banho e fui deitar. No que eu fui deitar fui sentindo umas contrações. A barriga foi entortando. Ele tinha ido para a casa da irmã dele na sexta-feira, foi no sábado de noite. Eu liguei para ele e falei, vem para casa. Isto já eram 10 horas da noite. Vem para casa que eu estou ruim. Já era para mim ter ligado para ele antes, mas, a única hora que a dor parou e que deu para mim ir até o telefone aí eu liguei para ele. Ele falou, eu já estou indo. Eu até achei estranho porque das outras vezes ele nunca falou isto. Das outras vezes ele falou: “Não, eu não vou, vou só amanhã. É só uma dorzinha”. Aí ele veio para cá. Passei a noite inteirinha. Chamei minha irmã, tendo contração. Ele me ajudou, me apoiou bastante nesta hora. Tanto é que quando a minha filha nasceu, às cinco horas da manhã, já estava clareando, ele e minha irmã foram atrás de um veículo para me trazer até o hospital da USP. Ele conseguiu a perua. Minha irmã não tinha chegado ainda com a outra carona. Quando a gente ia chegar na Avenida para pegar avenida Gerencio Maria a minha filha nasceu dentro do veículo mesmo. Foi ele quem aparou, e tudo, só que ela nasceu morta, entendeu? Minha filha morreu por causa da pressão alta. Ela já estava um dia morta. E eu, como passei o dia inteiro passando roupa, eu não senti. Eu passei um dia bem agitado. Eu não senti se a barriga mexia ou não. A médica falou que ela já tinha um dia de morta, e que foi por pressão alta. Nesta parte assim, ele me deu bastante apoio, porque ele foi ficou comigo no Hospital. No segundo dia, eu estava com muita depressão no Hospital. Eu estava muito ruim, não parava de chorar. Aí, eu pedi para a médica ligar, de noite, para a enfermeira ligar. Ela ligou e ele chegou para ficar comigo. No outro dia de manhã, ele foi embora porque ele tinha de liberar o corpo da menina, fazer o enterro. Mas, ele foi bastante atencioso.

(...) Eu perdi (a criança) porque eu entrei em depressão, entendeu? Assim, têm duas irmãs minhas que têm filhos. Tem uma menina. Ela é mãe da Alice, minha sobrinha que mora com a gente desde que nasceu. E tem a outra, Letícia, que foi despejada, que tem duas meninas. Então, elas não tinham um certo respeito, entendeu. Elas chegavam em casa e largavam as crianças lá comigo durante a minha gravidez, entendeu? Saíam. E criança demais, às vezes, dá muito nervosismo. Ainda mais quando é criança mal educada, que não atende, não aceita o que você fala, que não te ouve, que não tem respeito. Então, aquilo foi me deixando atordoada. Eu passei meses daquele jeito, entendeu? Cheia de criança, cuidando de um monte de criança, porque as mães chegavam e largavam lá. Vamos levar para a Flávia que ela olha. Então, muito nervosismo,

atarefada. Eu fui entrando praticamente em choque comigo mesmo. Muito nervosismo, dores nas pernas. A pressão também aumentou, parecia que minha cabeça ia explodir. (Flávia)

É importante observar, neste caso, como os fatores que levam às complicações na gestação, e conseqüentemente à morte fetal tardia, constituem uma trama bastante complexa. Os elementos que compõem esta trama são paradoxais e sugerem necessidade de análise mais detalhada da situação. Um primeiro aspecto a ser analisado são as condições que dificultaram o êxito das intervenções em saúde no pré-natal que implicaram na morte fetal. A única gestação, na qual Flávia conseguiu apoio e autorização do parceiro para fazer pré-natal, teve um desfecho bastante grave. Que elementos entraram em jogo nesta situação?

Na última gravidez, além das dificuldades de recursos de transporte e o excesso de trabalho doméstico, o fator que parece determinante nas complicações vividas durante a gestação foi o intenso sofrimento psíquico de Flávia. Ter engravidado em um episódio de violência sexual perpetrada pelo companheiro e a suspeita de que o parceiro a estava traindo foram situações que abalaram a saúde de Flávia. Estas situações parecem ter tido peso importante no desencadeamento de um quadro depressivo e na ocorrência de complicações na gestação, relacionadas com o sentimento de ‘perda’ de elementos simbólicos, ligados à feminilidade, ao respeito e à fidelidade conjugal. Como diz a entrevistada: ‘estava ‘em choque’ consigo mesma’. Por mais que ela investisse no relacionamento com o parceiro e se mantivesse fiel a ele, enfrentava crescente conflito: o parceiro desconfiava de sua fidelidade; a acusava de flertar com outros homens; não respeitava seu desejo de não ter relações sexuais e não aceitava fazer teste de HIV. Além disto, ele a proibia de sair de casa, de se relacionar com outras pessoas e de trabalhar. Assim, embora tenha recebido assistência pré-natal, acolhimento ao seu sofrimento emocional e encaminhamento para tratamento da hipertensão gestacional em um hospital, as condições emocionais de Flávia não favoreceram o cuidado com a saúde.

Em outro caso, ressalta-se o sofrimento psíquico da mulher diante da ausência do parceiro, que a levou recorrer a ameaças de suicídio durante a gestação.

“Ele (o companheiro) chegava a hora que ele queria, ia embora a hora que queria. Então, isto me deixava muito sozinha. Por mais que estivesse acompanhada de mil pessoas, não podia contar com ninguém, no momento que mais precisei. Eu cheguei a ligar para ele três horas da manhã e falar para ele: ‘olha, eu não agüento mais, porque eu estou com a minha barriga muito grande. Eu tenho um filho mexendo dentro de mim. Eu não estou dando para ele a paz que ele precisa para nascer! Eu não agüento mais! Se eu não arrumar um jeito de ficar comigo, se você não se decidir, se você não fizer nada eu vou fazer. Eu vou fazer uma loucura’. Aí ele ficou com muito medo. E quando foi de manhã ele ligou e disse: Você está melhor? Eu passei noites e noites acordada porque eu não me sentia bem sozinha.(...) Eu falava para ele que eu não sabia o que ia fazer. Um dia eu cheguei a falar, três dias antes do meu filho nascer, porque mesmo três dias antes do meu filho nascer eu estava sozinha, eu falei: ‘Olha, se você não vier, eu vou pegar uma faca e vou furar minha barriga. Eu vou... Eu me mato e mato o meu filho, porque eu não agüento mais ficar sozinha. Não agüento mais tanta solidão! Eu não podia sair porque eu sabia que já estava muito perto de eu ganhar o meu filho. Eu tinha medo de sair. E para qualquer lugar que eu fosse eu tinha de tomar um ônibus, onde encontrasse um amigo para conversar, qualquer pessoa eu tinha de pegar um ônibus. Eu não podia pegar um ônibus porque eu sentia medo, a barriga estava muito baixa. Eu cheguei a telefonar para a psicóloga e perguntar a ela se tinha algum abrigo para gestantes, que eu gostaria de estar indo, porque eu não agüentava mais ficar em casa sozinha. Ela perguntou se eu não tinha algum amigo que pudesse ficar comigo, e o tempo era muito pouco. Eu já estava na semana de ganhar o meu filho. Eu não conseguia mais pensar em ninguém, porque eu achava que todos os meus amigos tinham se afastado porque ele (o meu companheiro) não ficava nem ia embora. Todo mundo que eu podia contar, não podia ficar comigo. Um estava trabalhando, outro tinha outro problema, tinha mulher. Eu tinha esta vida, não podia incomodar ninguém!’”(Julieta)

Neste caso, evidencia-se o sofrimento da mulher associado à restrita rede social e à falta de apoio do parceiro ao longo da gravidez. Julieta recorre à psicóloga de uma instituição que a auxilia a recuperar outras fontes de apoio, além do parceiro, durante a gestação. Oferecendo o acolhimento necessário para Julieta expressar seu sofrimento e auxiliando-a a ‘pensar’ em lugar de ‘atuar’, a psicóloga pôde, junto a Julieta, garantir a saúde dela e da criança.

Abaixo, apresenta-se a fala da entrevistada que ilustra o sentido dado à assistência psicológica que recebeu ao longo da gestação.

“E aí depois de quatro meses ele me bateu de novo. E aí foi pior porque ele me deixou com marcas. Aí eu fui na delegacia das mulheres. Denunciei ele, abri processo. Aí foi quando eu estava muito deprimida, estava com quatro meses de gestação e eu conheci a psicóloga e comecei a participar dos atendimentos na

casa Eliane de Grammond...Até para me distrair mais, né? Eu já estava entrando em depressão né? Por que minha mãe já tinha ido embora. Eu já estava me sentindo desamparada. Eu estava saindo da casa dele e não tinha para onde ir. Ir com quem? Adoro minha irmã mas ela tinha três quatro crianças, estava grávida. A casa da minha irmã não é grande, é pequena. Não tinha condições demorar co ela. Ai eu fui morar na casa de uma amiga minha. Fiquei até o oitavo mês morando com a minha amiga.” (Julieta)

Em outro caso, as atitudes agressivas do parceiro, as ameaças de morte a pessoas próximas à mulher e a negligência com os cuidados médicos aumentaram progressivamente ao longo da gravidez. No quarto mês, pela primeira vez, ele a agrediu fisicamente, apertando seus punhos com muita força. Ela entende que as complicações na gestação estiveram relacionadas com o "nervoso" que passou diante dos comportamentos agressivos do companheiro na vigência do uso de álcool e das drogas.

““Eu estava no 4º mês e tive sangramento. Eu fui para o casamento (de uma amiga) e ele não quis ir comigo. Disse que estava cansado e que ia ficar em casa. Uma amiga me levou, cheguei e fui deitar. Ele estava bêbado deitado atravessado na cama, deitei no chão. Acordei com sangramento. Eu falei para ele: ‘Acorda que eu estou com sangramento’. Ele: “Que isso, sangramento?” Aí eu fui no banheiro, puxei o papel e mostrei: “Aqui , olha”. Aí ele pulou da cama, ao invés de chamar um táxi, foi chamar o vizinho pra pedir socorro. Me levou, fiquei tomando soro o dia inteiro. Aí a mulher falou: “Ela não pode passar nervoso senão ela perde essa criança”. Aí ele me trouxe pra casa e foi beber...A minha amiga ficava comigo, mas ele ameaçava matar eles e eu morria de medo”

“Aí no 7º mês, o Ricardo bebeu, bebeu, bebeu, bebeu todas as bebidas do mundo, ele chegou tão bêbado, tão bêbado que eu nunca tinha visto ele desse jeito. Eu estava com uma barriga enorme. Aí eu tive sangramento de novo naquele dia, aí a médica falou assim pra ele: “Se a sua mulher tiver outro sangramento, a gente vai ter que tirar essa criança, no sétimo mês. E sétimo mês é risco, vai ter que fazer cesárea”. Aí a gente foi pra casa, ele estava bêbado, mas ele ficou quieto, aquele silêncio. Eu lembro que eu dormi bem. No outro dia, eu cheguei em casa e não podia passar nervoso. Eu falei pra ele dormir, descansar. Ele segurou meu braço forte e disse: “Você está mandando eu dormir, você quer que eu faça o quê? Ele apertava tanto o meu braço. Eu dizia: “Ricardo, você não pode apertar o meu braço, vai diminuir minha circulação” Ia baixar pressão, diante da situação. Eu mordi o braço dele pra ele soltar meu braço, porque ele não soltava. Desci as escadas correndo às 2 da manhã, com medo dele. Eu nunca tive tanto medo dele igual aquele dia, com medo que ele batesse”.

“Eu ia perder o bebê porque eu tinha dor, tontura. Ele falava que era frescura. Eu não podia ter pressão baixa, ficar com dor, não podia sentir dor, sentir vontade, não podia sentir nada que ele falava que era frescura.” (Mônica)

Vale salientar o pequeno apoio masculino no cuidado com a saúde da mulher.

“Ele não fazia nada. Eu queria essa atenção dele e não tinha, eu tinha mais atenção dos perueiros, meus amigos que eu pegava lotação do que ele. Eu cruzava com eles e eles falavam: “Vou comprar pastel pra esse bebe que ele deve estar com vontade”. Pra mim era uma maravilha. Meus vizinhos, o marido da Dulce falava: “Qualquer coisa pode me chamar”. E todo mundo via ele chegando bêbado em casa, era uma da manhã, eu sozinha morrendo de medo de sentir dor sozinha. Inclusive ele ameaçou matar o marido da Dulce, porque ele ficava lá, a vizinhança toda deu graças a Deus que ele morreu pra falar a verdade, porque ele ficava ameaçando as pessoas.” (Mônica)

A não procura de assistência pré-natal esteve associada ao controle masculino sobre a esposa, que limitava sua circulação para fora do âmbito doméstico, e à escassez de recursos de transporte.

A gravidez foi passando e eu não fiz pré-natal na minha filha. (...) Porque eu sempre estava ocupada com as tarefas de casa e ele não me apoiava, entendeu? Eu falava: ‘Olha José, eu preciso ir no médico hoje, eu preciso ver a saúde da menina e tudo’. Eu cheguei a fazer o cartãozinho. Só que ali onde eu moro, para tudo tem que pegar ônibus, então eu pedia o dinheiro de condução para ele e ele não me dava. O meu pai e minha irmã também não tinham condições de estar me emprestando. Então, ele não me apoiava. Ele era da mesma forma que quando eu morava sozinha com ele. Ele queria me manter ali. Ele só não se mantém perto de mim 24 horas por dia porque ele tem que trabalhar. Agora, se ele pudesse me deixar presa com corrente na cama dentro de casa ele me deixaria.” (Flávia)

A experiência do aborto esteve relacionada ao descuido da mulher com sua saúde em momento de nervosismo para com o parceiro.

“Porque os abortos que tive.... três abortos do primeiro marido e um aborto do segundo! Ao todo foram sete gravidez. Do primeiro, descobri que os abortos foram por causa do meu tipo de sangue. Eu já sabia. Então, deu problema nas duas gravidezes, né? Do segundo foi uma gravidez legal! Eu não tive problema nenhum não! O primeiro aborto dele acho que foi peso que eu peguei. Eu fiquei com raiva dele, puxei e peguei o botijão de gás! Aí, eu comecei a sentir cólica.

Foi mais assim, eu tava com raiva, chateada com ele tudo. E ele disse você é teimosa, porque tem de pegar isto, pegar aquilo? Aí, foi quando aconteceu o aborto. Não fui nem com maldade. Fui porque tava vendo aquela bagunça ali, eu sozinha para fazer, ninguém pra me ajudar, e eu fui puxava e arrastava o botijão de gás. E eu sentia muita dor também. Minha gravidez era tudo assim, cheia de dor!” (Neide)

As entrevistas apontam algumas situações nas quais a violência vivida na gestação se relaciona com complicações na gravidez. Todavia, a gravidade do assunto indica a importância de mais estudos que aprofundem a compreensão sobre o tema.

V. Considerações finais: Pontos de integração da análise quantitativa e qualitativa

Neste tópico abordam-se os pontos de integração da análise estatística dos dados quantitativos com a interpretação/compreensão dos dados qualitativos, além de se destacar algumas implicações deste trabalho para a pesquisa e para a intervenção em saúde.

Esta articulação dos achados constitui importante desafio desta dissertação e exige cuidado em não se confundir as possibilidades e os limites de cada abordagem no processo de produção do dado empírico e na apreensão do real. Exige, também, cuidado em não se ansiar extrair de cada técnica a resolução das hipóteses não esgotadas nas outras. O que se propõe aqui é identificar as contribuições dos diferentes materiais e destacar as questões alimentadas mutuamente por eles.

Elabora-se, então, um quadro compreensivo acerca das suscetibilidades à VPI na gestação a partir da integração dos achados nas três diferentes técnicas, segundo os três níveis propostos por Delor e Hubert (2000): o nível da trajetória social, o da intersecção de trajetórias e o do contexto social, como pode ser observado no Quadro 3.(p.186)

A seguir, destacam-se os principais aspectos que compõem as condições de vulnerabilidade das mulheres entrevistadas:

Aspectos da trajetória social:

a) Importante questão que orientou as entrevistas em profundidade foi a forte associação encontrada no estudo quantitativo entre a ocorrência de VPI na gestação e um padrão bastante grave de violência por familiar na vida, que envolve episódios repetitivos de violência física e psicológica, também na gestação.

Este fenômeno foi explorado nas entrevistas, a fim de se identificar *as práticas de sentido* e *as situações sociais compartilhadas* relacionadas a ele (Rey,2004). Observou-se, então, nos quatro depoimentos acerca das histórias de vida familiar, contexto de grande **desproteção afetiva** no âmbito da família de origem, com escasso apoio e frequentes agressões e ameaças à vida da mulher. A ausência de proteção dos pais e

parentes diante dos conflitos familiares ou da comunidade em que viveram foram experiências que pressionaram as entrevistadas desde a idade jovem ‘ao cuidado com sua própria sobrevivência’.

Além da violência e do desamparo no contexto da família de origem, a saída precoce do ambiente escolar, a vida próxima ao crime e a eminente ameaça de morte ou de expulsão da comunidade foram experiências que dificultaram o desenvolvimento de raízes, por parte destas mulheres, em uma rede social mais sólida, que pudesse protegê-las, no futuro, da violência por parceiro íntimo. **A fragilidade dos núcleos de enraizamento** (Weil, 1943) anteriores à vida em comum com o companheiro parece ter sido determinante na escolha pelo parceiro, na ocorrência de VPI na gestação e na resposta à violência vivida.

Desta forma, as entrevistas em profundidade reiteram os resultados do estudo quantitativo e sugerem que a exposição à violência na família de origem parece ter impacto bastante elevado na vida psicológica da mulher e na ocorrência futura da violência por parceiro. É provável que esta experiência crie intenso sentimento de baixa auto-estima e leve a mulher ao envolvimento em novos relacionamentos violentos.

No estudo quantitativo, observou-se também que as mulheres com **início da vida sexual antes dos 19 anos** têm maior prevalência de VPI na gestação, indicando que a experiência de violência na família de origem ou o desamparo familiar pode levar a mulher a procurar desde cedo um companheiro para sair ou fugir da família violenta e mudar suas condições de vida. Neste sentido, os depoimentos corroboram esta interpretação mostrando que em contexto de frágil *enraizamento*, **o projeto de vida de (re)construção de uma família** destaca-se, para estas mulheres, como única alternativa diante de brigas com parentes, da solidão do trabalho, da maternidade solteira, do esforço por interromper o consumo das drogas. Todavia, mostram também como esta situação pode criar bastante conflito e ambigüidade no momento do enfrentamento da VPI, percebida como surpresa inesperada e de difícil manejo. Abrir mão de uma relação, mesmo que violenta, implica, nestes casos, abrir mão de todo um projeto de inserção social.

Aspecto da intersecção das trajetórias:

b) As entrevistas em profundidade, bem como os grupos focais, revelam que a **gravidez não planejada**, em contexto de namoro instável, associada à ausência de amparo social, representa condição favorável à ocorrência de violência na gestação. Além disto, quando a gravidez significa ruptura dos *projetos de vida* do companheiro, como por exemplo, de ascensão social, a mulher gestante pode ser alvo de violência.

Além disto, se a gravidez surge antes do desejo de ser pai, em momento no qual o homem está identificado com o grupo de pares, o sentimento de perda dos atributos da identidade masculina pode dar origem a intenso conflito e levar ao abandono da mulher ou à violência contra ela. Em outras palavras, a violência por parceiro íntimo pode ser interpretada, em alguns casos, como resposta à pressão por ter que assumir a responsabilidade e compromisso com a paternidade, sem que o parceiro esteja se sentindo seguro ou apto para tal.

Este processo parece estar associado ao achado no estudo quantitativo referente ao estado civil das mulheres que sofrem VPI na gestação. Observou-se ali que não coabitar com o parceiro é fator associado à VPI na gestação, sugerindo que a violência pode estar relacionada à ocorrência da gravidez sem planejamento e em contexto de relacionamento instável e sem coabitação. Entretanto, vale atentar para o fato de o estudo quantitativo trata do estado civil da mulher no momento da entrevista e não necessariamente daquele do momento dos atos violentos. Portanto, pode-se supor que as mulheres que vivem situações de VPI na gestação tendem a não estar atualmente coabitando com seus parceiros violentos tanto porque não viviam com o parceiro quando engravidaram como porque deixaram de viver com eles.

c) Aspecto específico à gestação que poderia desencadear violência refere-se ao **temor masculino da traição**. Foi observado que, por desconfiarem da palavra feminina e não terem meios de assegurar-se sobre a real paternidade da criança, ao menos enquanto ela está sendo gestada, os homens têm se utilizado da violência. Este temor, referido tanto nos grupos focais como nas entrevistas em profundidade, remete a insinuações e

acusações de que as mulheres os traíram e desencadeia um ciclo complexo de agressões emocionais e físicas.

d) **A crença masculina e feminina, observada nas entrevistas em profundidade, de que a mulher gestante, ou com grande número de filhos, é mais dependente do parceiro** e por isso deve tolerar mais violência parece estar associada aos achados da análise quantitativa de que as mulheres que sofrem violência na gestação têm maior número de gestações. Pode-se interpretar este achado no sentido de que, tendo mais gestações, os parceiros aumentam a dependência feminina e garantem a dominação sobre as mulheres.

e) A percepção de que o contrato de casamento dá direito ao homem de buscar satisfação sexual com a companheira independente da vontade desta, pode fazer com que o parceiro não aceite a **diminuição do desejo sexual da companheira durante o período gestacional**, dando início a episódios de violência física.

f) **O ciclo gravídico-puerperal** constitui período transicional da identidade de mulher e de homem para o de mãe e pai e requer do casal parental adaptação e utilização de novos recursos e soluções. A **crise** que caracteriza este ciclo envolve a reativação dos conflitos do casal com suas figuras parentais, sendo o conjunto de sentimentos amorosos e hostis do homem e da mulher para com seus pais o ingrediente que orienta o curso psicológico da gestação na vida adulta. As experiências de abandono familiar, sobretudo de desproteção afetiva, podem estar na origem de situações de violência pelo parceiro na gestação. A desagradável e sofrida experiência como filho parece ser reativada diante da experiência da paternidade podendo desencadear inúmeras situações de violência.

g) Aspecto bastante significativo, e que atua de forma marcante na ocorrência de violência por parceiro íntimo, é a presença de **assimetria social entre o casal**, na qual o homem se posiciona inferiormente. As relações nas quais a mulher usufrui de maior status que o parceiro, por gozar de maior capacidade profissional, maior escolaridade, renda ou idade, parecem conformar situação de suscetibilidade à violência, uma vez que o homem, sentindo seus atributos masculinos ameaçados, irá utilizar-se da violência como meio de assegurar sua força. O trabalho remunerado da mulher, ainda mais quando representa a maior parte do orçamento da casa, tem sido apontado como elemento

importante no desencadeamento da violência, por abalar os convencionais papéis de gênero.

Aspectos do contexto social:

h) A concepção vigente na sociedade brasileira de que o **cuidado com a vida reprodutiva** é responsabilidade da mulher pode favorecer a ocorrência de violência na gestação, por ela reforçar a percepção masculina de ‘direito’ a culpabilizar e punir a mulher quando há falha na contracepção.

i) **Os rearranjos familiares** que envolvem a convivência com filhos de outros casamentos podem produzir conflitos e violência entre o casal. Eles geram embates em relação aos critérios de legitimidade dos padrões de família e aos papéis feminino e masculino. Na sociedade contemporânea, embora os valores modernos criem a noção de ‘igualdade sexual’, tornando frequentes os rearranjos familiares e as experiências sexuais com múltiplos parceiros para os dois sexos, a **coexistência de valores tradicionais** produz conflitos relativos à perda de controle masculino sobre a família e sobre a vida amorosa e sexual pregressa da mulher. Neste sentido, a existência de filhos de casamentos anteriores é um atestado de que a mulher já teve vida sexual e amorosa prévia e por isso não se enquadra dentro de um padrão tradicional. Além disto, a existência de um ex-parceiro, com contato e poder sobre a esposa e o filho, pode ser vivida pelo parceiro atual como situação de ameaça à sua supremacia, gerando situações de violência. Poderíamos dizer que o ‘fantasma’ dos relacionamentos prévios, atualizado pela presença das crianças, pode representar enorme fonte de conflitos entre os casais, pela impossibilidade de o homem conviver com o passado amoroso da mulher e com a existência de outras autoridades masculinas na família.

Outro ponto de diálogo entre a abordagem quantitativa e a qualitativa é a investigação da violência na gestação e das complicações na saúde das mulheres. De modo geral, os grupos focais e as entrevistas em profundidade corroboram a constatação do estudo quantitativo sobre a associação da violência a problemas de saúde, sobretudo a transtornos depressivos e de ansiedade. O alto número de abortos, embora tenha sido uma variável que apresentou associação com a VPI na gestação em análise univariada, não permaneceu associado quando inserido no modelo.

Quadro 3: Condições de vulnerabilidade à VPI na gestação e aos agravos à saúde a elas associados

Trajetória social	<p>Condições de vulnerabilidade à VPI na gestação e aos agravos à saúde a ela associados</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ História pregressa de violência na família de origem e na comunidade – sentimento de <i>desproteção afetiva</i> da mulher e do parceiro. ➤ <i>Desenraizamento social</i>: rompimento com a família de origem, migração, saída precoce da escola, vida na criminalidade e a ameaça de morte. ➤ <i>Projeto de vida</i> de reinserção social através do casamento, da maternidade e da paternidade. A vida em comum com o(a) parceiro(a) é vista como única via de rompimento com a exclusão, com a marginalização e com a criminalidade.
Interação das trajetórias	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A gravidez não planejada quando implica rompimento com os <i>projetos de vida</i> e de ascensão social do parceiro, resistência dele em deixar o grupo de pares e perder a ‘autonomia sexual’ pode desencadear episódios de VPI na gestação. ➤ Dúvida quanto à paternidade e temor de traição são fatores relacionados à VPI. ➤ A percepção da gestação como situação de dependência feminina em relação ao parceiro e, portanto, de tolerância às agressões, pode favorecer a ocorrência de violência na gestação. ➤ A diminuição do desejo sexual da mulher durante o período gestacional, pode dar início a episódios de violência física. ➤ O ciclo gravídico-puerperal constitui período de crise no qual as experiências de abandono familiar, sobretudo de

	<p>desproteção afetiva materna, podem ser reativadas diante da experiência da paternidade, podendo desencadear inúmeras situações de violência.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A assimetria social entre o casal, na qual a mulher localiza-se em posição de maior status (mais recursos financeiros, maior escolaridade, diferenças na cor da pele) é condição que pode desencadear sentimento de impotência e violência masculina. ➤ Estrutura familiar rearranjada: a intolerância do parceiro diante de filhos de casamento anterior da parceira. Conflito masculino com a vida amorosa e sexual pregressa da mulher.
Contexto social	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A concepção de que a vida reprodutiva e as medidas contraceptivas são atribuições femininas favorece a ocorrência de VPI em situação de gravidez não desejada pelo parceiro. ➤ A dependência financeira da mulher em relação ao homem em contexto de trabalho informal e a falta de apoio social para a mulher gestante a torna vulnerável à VPI. ➤ A coexistência de valores tradicionais e modernos pode ser fator de conflito familiar. Os valores tradicionais não estão rompidos, mas também não encontram condições estruturais, na atualidade, para sua realização. Neste contexto, os rearranjos familiares e a convivência com filhos de outros parceiros são vividos como perda do controle masculino e podem engendrar violência.

Implicações para pesquisa e para a intervenção com usuárias de serviços públicos de saúde:

O presente estudo é relevante por ser o único encontrado na literatura a estimar a prevalência de qualquer tipo de violência por parceiro íntimo durante a gestação entre usuárias de unidades básicas de serviços públicos de saúde na Grande São Paulo. Além disto, representa uma das escassas investigações qualitativas sobre a questão no Brasil.

Do ponto de vista das implicações para a pesquisa no tema da violência na gestação, o estudo aponta a importância de se elaborar novas investigações epidemiológicas voltadas à prevalência da VPI na gestação, descrevendo-se o tipo, a gravidade e a frequência do fenômeno especificamente neste período. Sugere-se que as investigações sobre o impacto da VPI na saúde devam ser do tipo prospectivo com mulheres no período da gestação e no puerpério, para avaliação da associação entre a ocorrência da VPI, na vida e na gestação, e as complicações gestacionais observadas, tais como baixo peso ao nascer, abortos, baixo ganho de peso materno, abuso de substâncias e outras morbidades psiquiátricas. Além disto, é de grande importância estudar a associação entre VPI na gestação e problemas vividos no puerpério, como, por exemplo, depressão pós-parto e dificuldades no processo de amamentação e no cuidado com a criança.

É relevante também aprofundar a compreensão das três dimensões da vulnerabilidade à VPI na gestação, com ênfase na dimensão programática. Mostra-se fundamental avaliar os programas que atuam no sentido de proteger as mulheres da VPI, as condições de assistência das mulheres em situação de violência e as informações que possuem sobre estes serviços, para o desenvolvimento de melhores estratégias de intervenção nesta população.

De modo geral, faltam estudos junto à população masculina que investiguem a dimensão individual, social e a intersecção das trajetórias dos homens e das mulheres na vulnerabilidade à VPI na gestação. Mostram-se necessários estudos quantitativos e qualitativos para identificação tanto de características do parceiro e da parceira associadas à VPI na gestação, como características da relação entre os parceiros que operam na ocorrência destes episódios.

Do ponto de vista das intervenções em saúde, este estudo reforça a necessidade que vem sendo salientada por alguns autores de se incluir os homens no processo reprodutivo e nas medidas de contracepção, como atores no campo da sexualidade e da reprodução, sujeitos com necessidades e direitos concretos (Arihla, 1998; Schraiber et al, 2005; Aquino, 2005). Este estudo evidenciou como o fenômeno da VPI na gestação está articulado a conflitos na experiência masculina diante da vida reprodutiva e da paternidade. Dentre eles, pudemos observar que a gestação não planejada e a conseqüente culpabilização da mulher sobre a falha na contracepção foram fatores associados à violência neste período.

Neste ponto, vale chamar a atenção para o comentário de Arihla sobre o fato de que nem mesmo os homens têm pensado em si próprios como indivíduos que possuem necessidades e direitos prementes de saúde reprodutiva nem há uma mobilização efetiva no âmbito dos formuladores de políticas públicas governamentais de saúde para abordá-la. Assim, afirma a autora, tem se mostrado importante pensar em estratégias diferenciadas para cada um dos sexos, uma vez que o sentido que mulheres e homens dão ao próprio corpo sexual e reprodutivo são diferentes.

Outra implicação deste trabalho para a assistência é a ajuda na identificação das mulheres vulneráveis à violência na gestação pelos profissionais de saúde. Fazendo a identificação das suscetibilidades, oferecendo acolhimento e, quando necessário, realizando encaminhamento destas mulheres a serviços específicos que possam atender às suas necessidades, pode-se evitar a violência e as importantes complicações na gestação a ela associadas.

Referências Bibliográficas:

- ABIPEME (Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado). *Crítérios de classificação Econômica*. Junho de 2001 < <http://www.abipeme.org.br>>.
- ARILHA M. Homens entre a “zoeira” e a “responsabilidade”. In: Arilha et al (orgs) *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo/ECOS: Editora 34, 1998.p.51-77.
- AQUINO, S.M.L.A. Saúde do Homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10,1:18-34.
- AYRES, JRCM, FRANÇA JUNIOR, I., CALAZANS, GJ, SALETTI FILHO, HC. O conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D.(org) *Promoções de Saúde: Conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fio Cruz; 2003:117-39.
- BACCHUS, L, MEZEY, G, BEWLEY, S. Domestic Violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2003;113: 6-11.
- BARBIERI, T. DE. Sobre la categoría género - Una introducción teórico-metodológica. In: Azeredo, S. et al (org) *Direitos reprodutivos*. São Paulo: PRODIR/Fundação Carlos Chagas; 1991:25-46.
- BERTAUX, D. *Biography and Society: the Life History Approach in the Social Sciences*. Londres: Sage ; 1981.
- BLANCHET, A E GOTMAN, A. *L'Enquête et les methodes: l'entretien*. Paris: Éditions Nathan; 1992.
- BOURDIEU, P. *A Dominação Masculina*. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil;1999.
- BOURDIEU, P. Futuro de classe e causalidade do provável. In: Nogueira e Catani (orgs) *Escritos de Educação*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1998:81-126.
- BRUSCHI, A. *Violência conjugal física em comunidade urbana de baixa renda: prevalência, impacto, procura de ajuda e fatores associados* [Dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, UNIFESP; 2003.
- BUTLER, J. Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do “pós-modernismo”. *Cadernos Pagu/Núcleo de Estudos de gênero/Unicamp*. 1998;11:11-42.
- CAMPBELL, J.C. Why battering during pregnancy? In: Campbell J (ed) *AWHONN'S Clinical Issues in Perinatal and women's health Nursing*. Philadelphia, PA: JB Lippincott; 1993;4:343-349.

CAMPBELL, J.C, PUGH, L.C, CAMPBELL, D. VISSHER, M. The influence of Abuse on Pregnancy intention. *Women's wealth issues*. 1995; 5,4:214-223.

CAMPBELL J.C, Abuse during Pregnancy: Progress, Policy, and Potencial. *American Journal of Public Health*. 1998; 88,2:185-7.

CAMPBELL, J., TORRES, S., RYAN, J., KING, C., CAMPBELL, D.W, STALLINGS R.Y., FUCHS, S. C. Physical and nonphysical partner abuse and other risk factors for low birth weight among full term and preterm babies: a multiethnic case control study. *American Journal of Epidemiology*.1999;150,7:714-26.

CAMPBELL J., GARCÍA-MORENO, C., SHARPS, P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women*. 2004; 7:770-89.

CARNEIRO, M.J A desagradável família de Nelson Rodrigues. In: Figueira, S.A (org) *Uma nova família?*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.1987:69-82.

CASTRO, R. E RIQUELME, F. La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19(1):135-146.

CASTRO, R. E RUÍZ, A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas. *Revista de Saúde Pública*. 2004; 38,1:62-70.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Várias autoras, *Perspectivas Antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro:Jorge Zahar Ed; 1985.

COID, J., PETRUCKEVITCH, A., CHUNG, W. ET AL Abusive experience and psychiatric morbidity in women primary care attenders. *British Journal of Psychiatry*. 2003; 183:332-339

COKER, A.L., SANDERSON, M., DONG, B. Partner Violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2004; 18,4: 260-9.

CONNELL,R.W. La Organización Social de la Masculinidad. In: Valdés, Olavarría (org.) *Masculinidades - poder e crisis*. Isis Internacional. Ed. de las mujeres; 1997;24:31-48.

CURY, A.F. Psicodinâmica da gravidez. In: Tedesco et al (org), *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Editora Ateneu; 1997. p.77-84.

CURRY MA, PERRIN N, WALL E. Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult adolescent women. *Obstet Gynecol*. 1998; 92,4: 530-4.

DELOR, F.,HUBERT, M., Revisiting the concept of 'vulnerability'. *Social Science & Medicine*. 2000; 50:1557-70.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Gênero e violência nas práticas de saúde: contribuições ao estudo da atenção integral à saúde da mulher [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP;1996.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2000.

EISENSTAT, S.A; BANCROFT, L. Domestic Violence. *The New England Journal of Medicine-Review Articles*. 1999;341, 12: 886-892.

ELLSBERG, M.C ET AL, Wife Abuse Among Women of Childbearing Age in Nicaragua. *American Journal of Public Health*. 1999; 89: 241-4.

FERNANDES, F. *Ensaio de Sociologia Geral e Aplicada*. 2a. ed. São Paulo: Pioneira Ed.; 1971.

FIGUEIRA, S.A O “moderno” e o “arcaico” na nova família brasileira: notas sobre a dimensão invisível da mudança social. In: Figueira, S.A. (org) *Uma nova família?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 1987.p.11-30.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Ed. Graal; 1979.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade- A vontade de Saber*. Rio de Janeiro: Ed Graal, 1988. (vol I)

GAZMARARIAN, J.A., LAZORICK, S., SPITZ, A. M., BALLARD, T.J., SALTZMAN, L.E., MARKS, J.S. Prevalence of violence against pregnant women: A review of the literature. *Journal of the American Medical Association*, 1996;275:1915-20.

GAZMARARIAN ET AL. Prevalence of Domestic Violence Against Pregnant Women. *JAMA*. 1996;275:1915-20.

GIDDENS, A. *A transformação da intimidade: Sexualidade, Amor e Erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Editora da universidade Estadual Paulista;1993.

GREGORI, M.F. *Cenas e queixas: Um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista*. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra; 1993.

HEILBORN, M.L. Construção de si, gênero e sexualidade: In Heilborn, M.L (org) *Sexualidade: O olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Ed Jorge Zahar; 1999. p.40-59.

HEISE ET AL. Violence against women- The hidden health burden. *The International Bank for Reconstruction and development / The World Bank*; 1994.

HEISE, L., ELLSBERG, M., GOTTEMOELLER, M., Ending Violence Against Women. Population Reports, Series L, N 11. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program. Dezembro, 1999.

HUDSON W, MCINTOSH S. The assessment of spouse abuse: two quantifiable dimensions. *J Marriage Family*. 1981; 43: 873-85.

JASINSKI, J.L. Pregnancy and domestic violence: A review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 2004;5,1:47-64.

JAGOE J., MAGANN E.F., CHAUHAN S.P., MORRISON, J.C. The effects of physical abuse on pregnancy outcomes in a low-risk obstetric population. *American Journal Obstetrics & Gynecology*. 2000;182,5:1067-9.

JOHNSON, J.K., HAIDER, F., ELLIS, K., HAY, D.M., LINDOW, S.W. The prevalence of domestic violence in pregnant women. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2003;110:272-5.

KEARNEY, M; MUNRO, B.H., KELLY, U., HAWKINS, J.W. Health Behaviors as mediators for the effects of partner abuse on infant birth weight. *Nursing Research*. 2004;53,1:36-45.

KISS, LB. Temas médicos-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2004.

LAURETIS, T. DE. A tecnologia de gênero. In: Hollanda, H.B. de. (org.). *Tendências e impasses: O feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro, 1994. p.206-42.

LOVISI, G.M.; LOPEZ, J.R.; COUTINHO, E.S ET AL. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychol Med*. 2005; 35, 10: 1485-92.

MANN, J.M; TARANTOLA J. M.(EDS.) *AIDS in the world II- Global dimensions, social roots and responses*. New York: Oxford University Press; 1996.

MARI JJ; WILLIAMS P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med* 1986;15:651-9.

MARTIN S.L, BEAUMONT J.L., KUPPER L.L Substance use before and during pregnancy: links to intimate partner violence. *American Journal Drug Alcohol Abuse*. 2003; 29,3:599-617.

McCAULEY ET AL. "The Battering Syndrome": Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic violence. Primary Care Internal Medicine Practices. *Annals of internal Medicine*. 1995;123:737-46.

MCFARLANE ET AL. Assessing for abuse during pregnancy. *Journal of the American Medical Association*. 1992;267:3176-8.

MCFARLANE, J., PARKER, B., SOEKEN K. Physical abuse, smoking, and substance use during pregnancy: Prevalence, interrelationships, and effects on birth weight. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 1996;25,4:313-20.

MCFARLANE, J. CAMPBELL, J.C., SHARPS, P., WATSON, K. Abuse During Pregnancy and Femicide: Urgent Implications for women's health. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. 2002;100,1:27-36.

MARSHALL L. Development of the severity of violence against women scales. *J Family Violence*, 1992; 7:103-21.

MARTIN S.L., BEAUMONT, J.L., KUPPER, L.L. Substance use before and during pregnancy: links to intimate partner violence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2003; 29,3:599-617.

MENEZES, T.C, AMORIM, M.M.R, SANTOS, C., FAÚNDES, A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *RBGO*. 2003; 25,5:309-316.

MORAES, C.L.& REICHENHEIM, M.E. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2002;79: 269-277.

MORAES, C.L *Estudo de caso controle da violência familiar durante a gestação como fator de propensão da prematuridade do recém-nascido: aspectos metodológicos* [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola de Saúde Pública; 2001.

MURPHY, C.C., SCHEI, B., MYHR, T.L., DU MONT, J. Abuse: risk factor for low birth weight ? A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*. 2001;164, 11: 1567-72.

NEGGERS, Y., GOLDENBERG, R., CLIVER, S., HAUTH, J. Effects of domestic violence on preterm birth and low birth weight. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2004; 83:455-460.

NÚÑEZ-RIVAS, H.P., MONGE-ROJAS, R., GRÍOS-DÁVILA, C., ELIZONDO-UREÑA, A.M., ROJAS-CHAVARRÍA, A. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. *Rev Panam Salud Publica/ Pan Am Journal Public Health*. 2003; 14,2: 75-83.

OLIVEIRA E. M E VIANNA L.A.C. Violência conjugal na gravidez. *Estudos feministas*. 1993; 1:162-165.

PALMA, I., QUILODRÁN, P. Opções Masculinas: Jovens diante da Gravidez. In Costa (org) *Direitos tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. São Paulo : Editora 34; 1997. p.141-171.

PARKER B, McFARLANE J, SOEKEN K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birthweight in adult and teenage women. *Obstetrics and Gynecology*. 1994; 84: 323-28.

PIMENTEL, S., SCACCHETTI, D. M. MUCCI, I., MACHADON. G. Informe Nacional do Brasil sobre Violência: A violência de gênero - Considerações preliminares sobre o tema sob uma abordagem sócio-jurídica. Projeto Violência, CLADEM Regional, 1999.

PITANGY, J. Violência de Gênero e Saúde – Interseções. In: Berquó, E. (org) *Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003.p.319-336.

PORTO, R.M. Gravidez e Relações Violentas: Representações da Violência Doméstica no Município de Lages – SC [Dissertação]. Lages, SC: UFSC; 2002.

RAGO, L. M. *Do cabaré ao lar: A utopia da cidade disciplinar Brasil 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1985.

RAGO, L.M. *Os prazeres da noite – prostituição e código da sexualidade feminina em São Paulo (1830-1930)*. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra; 1991.

RAGO, L.M. E se Nietzsche tivesse razão? A categoria do gênero no pós-estruturalismo. In: Scavone, L. (org.) *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência*. São Paulo: Ed. da Universidade Estadual Paulista; 1996. p.31-45.

REY, F.G. *O social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito*. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes; 2004.

SAFFIOTI, H.I.B. A síndrome do pequeno poder. In: Azevedo, M.A e Guerra, V.N.A. *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Ed. Iglu, 1989. p.13-21.

SAFFIOTI, H.I.B E ALMEIDA, S. *Violência de gênero: poder e impotência*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter; 1995.

SAFFIOTI, H.I.B. Violência doméstica ou a lógica do galinheiro. In: KUPSTAS, MARCIA (org.) *Violência em debate*. São Paulo: Ed. Moderna; 1997.

SAFFIOTI H.I.B Já se mete a colher em Briga de marido e mulher. *São Paulo em Perspectiva- A violência disseminada*. 2000; 13, 4:82-91.

SAFFIOTI, H. I. B Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu: desdobramentos do feminismo*. 2001; 16.

SARTI, C. *A Família como Espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. Campinas: FAPESP/Editora Autores Associados; 1996.

SARTRE, JP. *Questão de Método*. São Paulo: Ed. Difusão Européia do Livro; 1967.

SCHRAIBER, L.B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública*. 1995; 29,1: 63-74.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.L.P.; FRANÇA-JUNIOR, I.; STRAKE, S.S.; OLIVEIRA, E.A. Violência contra Mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em Unidade Básica de Saúde. *Relatório de Pesquisa*, CNPq; 1999.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.L.P. A violência contra a mulher: interfaces com a saúde. *Interface: comunicação, Saúde e Educação*. 1999; 3, 5:11-26.

SCHRAIBER, L.B E D'OLIVEIRA. “Estudo Multipaíses da OMS sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica”. Relatório de pesquisa, OMS, 2002a.

SCHRAIBER, L.B E D'OLIVEIRA. “Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o programa de saúde da mulher”. Relatório de pesquisa, FAPESP, 2002b.

SCHRAIBER, L.B ET AL. A violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface: comunicação, Saúde e Educação*. 2003;7,12:41-54.

SCHRAIBER L, GOMES R & COUTO M. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10, 1:7-17.

SCOTT J.W. *Gender ant the politics of history*. Nova York: Columbia University Press (Edição revisada); 1988.

SHUMWAY, J., O'CAMPO, P., GIELEN, A., WITTER, F.R., KHOUZAMI, A.N., BLAKEMORE, K.J. Preterm Labor, placenta abruption, and premature rupture of membranes in relation to maternal or verbal abuse. *The Journal of Maternal-Fetal Medicine*. 1999; 8,3, 76-80.

STESON, K., HEIMER, G., LUNDH, C., NORDSTROM, M.L., SAARINEN, H., WENKER, A. The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2001;22, 4: 189-97.

STEWART, D. E. & CECUTTI, A.. Physical abuse during pregnancy. *Canadian Medical Association Journal*. 1993; 149,1257-1263.

VILLA, A M. Significados da reprodução na construção da identidade masculina em setores populares urbanos. In: Costa, A.O(org.). *Direitos tardios – Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina*. São Paulo: Editora 34, 1997. p.115-140.

VELHO, G. *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed;1981.

VELHO, G. Violência, reciprocidade e desigualdade: uma perspectiva antropológica. In: Velho e Alvito (orgs) *Cidadania e Violência*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes: Ed FGV; 1996.

VELHO, G. *Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed;2003.

WEIL, S.O desenraizamento. In: Bosi, E. (org) *A condição operária e outros estudos sobre a opressão*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996.p411- 440.

WHO (World Health Organization). Protocol-multi-country Study of Women Health and Domestic Violence. Geneva: WHO; 1998.

ZALUAR, A. Um debate disperso: Violência e crime no Brasil da redemocratização. *São Paulo em perspectiva: Violência e mal-estar na sociedade*. 2000;13,3:3-17.

Anexo I

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Depto de Medicina Preventiva

Projeto FAPESP/ Linha Políticas Públicas

Saúde da Mulher, Relações familiares e Serviços de Saúde

Pesquisadora Responsável / Coordenação

LILIA BLIMA SCHRAIBER

QUESTIONÁRIO

25 de abril 2001

1. SERVIÇO _____ PORTA _____		1. _____
2. DATA DA APLICAÇÃO: ____/____/____		2. ____/____/____
3. HORA DE INÍCIO: _____		3. ____:____
4. NÚMERO DE MATRÍCULA NO SERVIÇO: _____ INICIAIS DA ENTREVISTADA: _____		4. _____
5. DATA DO NASCIMENTO: ____/____/____ Escolaridade:		5. ____/____/____
6a. SABE LER E ESCRIVER? 1. • sim 2. • não		6a. _____
6b. VOCÊ JÁ FREQUENTOU A ESCOLA? 1. • sim 2. • não [ir para Q. 7]		6b. _____
6c. ATÉ QUE SÉRIE/ ANO VOCÊ ESTUDOU? Primeiro Grau ____ ano Segundo Grau/Técnico ____ ano Universitário ____ ano		6c. _____
7. QUAL A SUA COR?		7. _____
1. • branca 2. • negra 3. • amarela 4. • mulata 5. • outras mestiças 6. • outras _____		
8. QUAL É A SUA PRÁTICA RELIGIOSA? (resposta múltipla)		8a. _____
1. • Católica 2. • Judaica 3. • Muçulmana 4. • Evangélica Histórica 5. • Evangélica Pentecostal 6. • Espírita kardecista 7. • Umbanda 8. • Candomblé 9. • sem prática religiosa 10. • Outras _____		8b. _____
9. ONDE VOCÊ NASCEU?		9a. _____
9a. Estado: _____		9b. _____
9b. Cidade: _____ 1. • Rural 2. • Urbana		

10. VOCÊ JÁ MOROU EM OUTRA CIDADE (incluindo a que você nasceu?)

10. ____

1. • sim 2. • não [ir p. Q. 12]

11. HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ ESTÁ NA GRANDE SÃO PAULO (desde a última vez)?

11. ____

____ anos

12. VOCÊ DIRIA QUE MORA EM:

12. ____

1. • CASA/APARTAMENTO

2. • QUINTAL COMUM/CORTIÇO

3. • BARRACO

4. • MORA NO EMPREGO

5. • MORADORA DE RUA [ir para Q. 16]

6. • OUTROS: _____

13. VOCÊ CONSIDERA O LOCAL ONDE MORA COMO:

13. ____

1. • BAIRRO

2. • FAVELA

3. • CONJUNTO HABITACIONAL/ CASA POPULAR

4. • CASA DE APOIO/ ALBERGUE

5. • OUTRO _____

14. O LOCAL ONDE VOCÊ MORA É:

14. ____

1. • PRÓPRIO

2. • ALUGADO

3. • CEDIDO

4. • OCUPAÇÃO

5. • INSTITUIÇÃO [ir para Q.16]

6. • MORA NO EMPREGO

7. • OUTROS _____

15. VOCÊ OU ALGUMA PESSOA DA SUA CASA POSSUI:

15a. ____

1. • TERRENO

2. • CASA

3. • APARTAMENTO

4. • TERRA

5. • SEM PROPRIEDADE

15b. ____

16. VOCÊ POSSUI QUANTOS DESTES ÍTENS?

16a. ____

16b. ____

1. [] TELEVISÃO COLORIDA

16c. ____

2. [] VÍDEO CASSETE

16d. ____

3. [] RÁDIO

16e. ____

4. [] BANHEIRO

16f. ____

5. [] AUTOMÓVEL DE PASSEIO

16g. ____

6. [] EMPREGADA MENSALISTA

16h. ____

7. [] ASPIRADOR DE PÓ

16i. ____

8. [] MÁQUINA DE LAVAR ROUPA

16j. ____

9. [] GELADEIRA

10. [] FREEZER (isolado ou geladeira duplex)

17. QUANTOS CÔMODOS EM SUA CASA SÃO USADOS PARA DORMIR? [____]

17. ____

18. QUAL A SUA OCUPAÇÃO? (resposta múltipla): _____

18a. ____

18b. ____

1. • do lar / dona de casa

2. • empregada doméstica

3. • estudante

4. • trabalhadora de empresa e/ou autônoma

5. • trabalhadora esporádica

6. • desempregada

7. • outros _____

ATENÇÃO – Para as moradores de rua, quem mora no emprego ou em instituição a **próxima questão** se refere a quantos dos itens ela possui. Para as outras a questão se refere a quantos destes itens a casa da entrevistada possui.

19. VOCÊ ESTÁ CASADA OU TEM UM RELACIONAMENTO AMOROSO, ATUALMENTE?

19. ____

1. • casada/vivendo com um companheiro/ amigada
2. • casada/ vivendo com uma companheira/ amigada
3. • tem um parceiro/namorado (mantendo relação sexual), mas não vive junto
4. • tem parceira/ namorada (mantendo relação sexual), mas não vive junto
5. • tem um parceiro/ namorado, sem relação sexual.
6. • tem uma parceira/ namorada, sem relação sexual.
7. • não está casada, nem viven do com alguém, nem namorando [ir para Q 24]

20. HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ COM O(A) ATUAL COMPANHEIRO(A)?

20. ____ -

____ anos ____ meses

21. QUAL A IDADE DO(A) COMPANHEIRO(A): ____ anos

21. ____

Escolaridade do companheiro(a):

22a. ____

22a. ELE (A) SABE LER E ESCREVER?

1. • sim

2. • não

22b. ____

22b. ELE (A) JÁ FREQUÊNTOU A ESCOLA?

1. • sim

2. • não [ir para Q. 23]

22c. ATÉ QUE SÉRIE/ ANO ELE (A) ESTUDOU?

22c. ____

Primeiro Grau ____ ano

Segundo Grau/Técnico ____ ano

Universitário ____ ano

Não sabe : 99 ____

23. QUAL A OCUPAÇÃO DO(A) COMPANHEIRO(A)? (resposta múltipla)

23a. ____

1. • Do lar
2. • Doméstico(a) [cozinheiro(a), copeiro(a), faxineiro(a), jardineiro(a), etc]
3. • Estudante
4. • Trabalhador(a) de empresa e/ou autônomo(a)
5. • Trabalhador(a) esporádico(a)
6. • Desempregado(a)
7. • Outros _____
- 9 Não Sabe

23b. ____

24. VOCÊ SAIU DA CASA EM QUE FOI CRIADA? QUAL O MOTIVO DA SAÍDA? FALE O PRINCIPAL MOTIVO.

24. ____

1. • ainda vive na casa onde foi criada
2. • casou/ foi viver com o companheiro
3. • casou/ foi viver com o companheiro porque estava grávida
4. • resolveu morar sozinha
5. • foi morar no emprego
6. • agressão física e/ou sexual entre os pais
7. • agressão física e/ou sexual contra ela, por familiares
8. • conflitos familiares de outra ordem
9. • foi expulsa da casa
10. • outros _____

25. COM QUE IDADE FOI SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL?: _____ anos 25. _____
 [Se virgem=00, ir para Q.35]
26. VOCÊ JÁ ENGRAVIDOU? 26. _____
 1. • sim
 2. • não [ir para Q.32]
 9. • não sei [ir para Q.32]
27. QUANTAS VEZES? _____ 27. _____
28. QUANTOS FILHOS NASCERAM VIVOS? _____ 28. _____
29. JÁ TEVE ALGUM ABORTAMENTO? QUANTOS? _____ 29. _____
30. JÁ TEVE ALGUM FILHO NASCIDO MORTO? QUANTOS? _____ 30. _____
31. ALGUM DE SEUS FILHOS NASCEU ABAIXO DO PESO (ABAIXO DE 2,5 KG)? 31. _____
 QUANTOS? _____
32. VOCÊ OU SEU PARCEIRO ATUAL FAZEM USO DE ALGUM MÉTODO PARA EVITAR GRAVIDEZ? QUAL? (resposta múltipla) 32 a. _____
 1 • Não usa método 32 b. _____
 2 • Está grávida
 3 • DIU
 4 • Pílula
 5 • Diafragma/Geléia espermecida
 6 • Injeção
 7 • Laqueadura
 8 • Vasectomia
 9 • Condom/ camisinha
 10 • Métodos naturais (tabelinha, coito interrompido, lavagem, ducha...)
 11 • Não se aplica (na menopausa, sem parceiro sexual, histerectomizada, mulheres que fazem sexo com mulheres)
 12 • Outros (está amamentando ou outros métodos)
33. VOCÊ ALGUMA VEZ USOU CAMISINHA COM SEU PARCEIRO MAIS RECENTE/ ATUAL PARA SE PROTEGER DE ALGUMA DOENÇA? 33. _____
 1. • Sim 2. • Não
34. ALGUMA VEZ SEU PARCEIRO MAIS RECENTE/ ATUAL JÁ SE RECUSOU A USAR CAMISINHA PARA PREVENIR ALGUMA DOENÇA? 34. _____
 1. • Sim 2. • Não
35. VOCÊ SABE QUE EXISTEM DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, ENTRE ELAS, O VÍRUS HIV, QUE PODE LEVAR À AIDS. VOCÊ, ALGUMA VEZ, JÁ FEZ TESTE PARA O HIV (AIDS)? NÃO QUEREMOS SABER O RESULTADO, APENAS SABER SE VOCÊ JÁ FEZ O TESTE. 35. _____
 1. • Sim
 2. • Não
 3. • Não sabe

36. AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO RELACIONADAS COM PROBLEMAS COMUNS QUE TALVEZ A TENHAM INCOMODADO NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS. SE VOCÊ TEVE PROBLEMAS NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, RESPONDA SIM. SE NÃO, RESPONDA NÃO

	SIM	NÃO	
a) TEM DORES DE CABEÇA FREQUENTES?.....	1	2	36a. ____
b) TEM FALTA DE APETITE?.....	1	2	36b. ____
c) DORME MAL?.....	1	2	36c. ____
d) ASSUSTA-SE COM FACILIDADE?.....	1	2	36d. ____
e) TEM TREMORES NAS MÃOS?.....	1	2	36e. ____
f) SENTE-SE NERVOSA, TENSA, PREOCUPADA?.....	1	2	36f. ____
g) TEM MÁ DIGESTÃO?.....	1	2	36g. ____
h) TEM DIFICULDADE EM PENSAR COM CLAREZA?.....	1	2	36h. ____
i) TEM SE SENTIDO TRISTE ULTIMAMENTE?.....	1	2	36i. ____
j) TEM CHORADO MAIS QUE DE COSTUME?.....	1	2	36j. ____
k) ENCONTRA DIFICULDADES EM REALIZAR COM SAFISTACÃO SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS?	1	2	36k. ____
l) TEM DIFICULDADE PARA TOMAR DECISÕES?.....			
m) TEM DIFICULDADES NO SERVIÇO? (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	1	2	36l. ____
n) É INCAPAZ DE DESEMPENHAR UM PAPEL ÚTIL EM SUA VIDA?	1	2	36m. ____
o) TEM PERDIDO O INTERESSE PELAS COISAS?.....	1	2	36n. ____
p) VOCÊ SE SENTE UMA PESSOA INÚTIL, SEM PRÉSTIMO?	1	2	36o. ____
q) TEM TIDO A IDÉIA DE ACABAR COM A VIDA?	1	2	36p. ____
r) SENTE-SE CANSADA O TEMPO TODO?	1	2	36q. ____
s) TEM SENSações DESAGRADÁVEIS NO ESTÔMAGO?	1	2	36r. ____
t) VOCÊ SE CANSA COM FACILIDADE?.....	1	2	36s. ____
	1	2	36t. ____

37. NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, VOCÊ TEVE:

SIM NÃO

a.	TONTURAS	1	2	37a. ____
b.	CORRIMENTO VAGINAL	1	2	37b. ____
c.	FERIDA VAGINAL	1	2	37c. ____
d.	VERRUGA VAGINAL	1	2	37d. ____
e.	DOR NA RELAÇÃO SEXUAL	1	2	37e. ____
f.	DOR EM BAIXO VENTRE	1	2	37f. ____

ATENÇÃO ENTREVISTADORA:

“Até aqui foram feitas perguntas mais gerais. Agora as perguntas vão abordar aspectos mais íntimos de relacionamento que podem ser mais difíceis de serem respondidas, pois podem mobilizar sentimentos de tristeza, revolta, vergonha ... Podemos continuar?”

As questões que seguem referem-se a mulheres que estão casadas, moram com o(a) companheiro(a) ou têm namorado(a), ou que alguma vez tiveram relacionamentos deste tipo.
Senão, vá para a Questão 42.

38. Eu quero que você me diga se seu atual marido/ companheiro(a), ou qualquer outro companheiro ou namorado (a) alguma vez, tratou você da seguinte forma:	A) (Se sim, continue em B. Se não, vá para o próximo item) SIM NÃO	B) Isto aconteceu nos últimos 12 meses? (Se sim, pergunte somente a C. Se não, somente a D) SIM NÃO	C) Nos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes? (depois de responder a C, pule o D) Uma Poucas Muitas	D) Antes dos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes? Uma Poucas Muitas
a) Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3
b) Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3
c) Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito (p. ex.: a forma como ele (a) a olha, como ele (a) grita, como ele (a) quebra coisas/ objetos pessoais)?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3
d) Ameaçou machucá-la ou alguém ou algo de que (m) você gosta?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3
39. Alguma vez, o seu atual marido/companheiro (a), ou qualquer outro companheiro (a), tratou você da seguinte forma:	A) SIM NÃO	B) SIM NÃO	C) Uma Poucas Muitas	D) Uma Poucas Muitas
a) Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3
b) Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/ chacoalhão?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3
c) Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3
d) Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3
e) Estrangulou ou queimou você de propósito?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3
f) Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3
40. Alguma vez, o seu atual marido/companheiro (a), ou qualquer outro companheiro (a), tratou você da seguinte forma:	A) SIM NÃO	B) SIM NÃO	C) Uma Poucas Muitas	D) Uma Poucas Muitas
a) Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3
b) Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele (a) pudesse fazer?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3
c) forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3

Se a entrevistada respondeu SIM a alguma das questões 38, 39 e 40, faça a pergunta 41.

41. ALGUMA DESTAS VEZES VOCÊ ESTAVA GRÁVIDA?

- 1. • Sim
- 2. • Não

42. ALGUMA *OUTRA* PESSOA, NA SUA VIDA, JÁ INSULTOU VOCÊ, DEPRECIOU OU HUMILHOU, OU FEZ COM QUE VOCÊ SE SENTISSE MAL? 42. ____

- 1. • sim
- 2. • não [ir para Q.43]
- 3. • não quis responder [ir para Q.43]

42 ^a . QUEM?	42b. QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA?				42c. QUANTAS VEZES ISSO ACONTECEU?			42d. ESTAVA GRÁVIDA, EM PELO MENOS 1 DESTAS VEZES?	
	Antes dos 12	12-18	19 ou +	Em + de 1 período	Uma	Poucas	Muitas	Sim	Não
a. filhos	1	2	3	4	1	2	3	1	2
b. mãe/mãe adotiva	1	2	3	4	1	2	3	1	2
c. pai/pai adotivo	1	2	3	4	1	2	3	1	2
d. irmão (ã)(s)	1	2	3	4	1	2	3	1	2
e. outros familiares	1	2	3	4	1	2	3	1	2
f. vizinhos	1	2	3	4	1	2	3	1	2
g. amigo (a) (s) trabalho/escola	1	2	3	4	1	2	3	1	2
h. outros_____	1	2	3	4	1	2	3	1	2

43. ALGUMA *OUTRA* PESSOA, JÁ BATEU, DEU TAPAS, CHUTOU OU MACHUCOU VOCÊ FISICAMENTE OU DE ALGUMA OUTRA FORMA?

- 1. • sim
- 2. • não [ir para Q.44]
- 3. • não quis responder [ir para Q.44]

43. ____

43a. QUEM?	43b. QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA?				43 c. QUANTAS VEZES ISSO ACONTECEU?			43 d. ESTAVA GRÁVIDA, EM PELO MENOS 1 DESTAS VEZES?	
	Antes dos 12	12-18	19 ou +	Em + de 1 período	Uma	Poucas	Muitas	Sim	Não
a. Filhos	1	2	3	4	1	2	3	1	2
b. Mãe/mãe adotiva	1	2	3	4	1	2	3	1	2
c. Pai/pai adotivo	1	2	3	4	1	2	3	1	2
d. Irmão (ã)(s)	1	2	3	4	1	2	3	1	2
e. Outros familiares	1	2	3	4	1	2	3	1	2
f. Vizinhos	1	2	3	4	1	2	3	1	2
g. Amigo (a) (s) trabalho/escola	1	2	3	4	1	2	3	1	2
h. Outros_____	1	2	3	4	1	2	3	1	206 2

45. VOCÊ CONSIDERA QUE SOFREU VIOLÊNCIA NA VIDA?

1. • Sim 2. • Não

45. ____

46. VOCÊ TEM MEDO DE ALGUÉM PRÓXIMO A VOCÊ?

1. • Sim
2. • Não [ir para Q.48]

46. ____

47. DE QUEM?

1. • Marido/namorado (a)
2. • Filhos
3. • Ex-marido/ex-namorado (a)
4. • Mãe/mãe adotiva
5. • Pai/pai adotivo
6. • Irmão (ã) (s)
7. • Outros familiares
8. • Vizinhos

47 a. ____

47 b. ____

48. NA SUA VIDA, VOCÊ JÁ BATEU EM ALGUÉM?

1. • Sim
2. • Não [ir para Q.50]

48. ____

49. EM QUEM?

1. • Marido/namorado (a)
2. • Filhos
3. • Ex-marido/ex-namorado (a)
4. • Mãe/mãe adotiva
5. • Pai/pai adotivo
6. • Irmão (ã) (s)
7. • Outros familiares
8. • Vizinhos
9. • Amigo (a) (s) trabalho/Escola
10. • Outros _____

49 a. ____

49 b. ____

50. VOCÊ TEM CONTATO COM ALGUÉM QUE VEM SENDO AGREDIDO (A)?

1. • Sim
2. • Não [ir para Q.53]

50. ____

51. QUEM É O(A) AGREDIDO (A)?

51 a. ____

1. • Marido/namorado (a)
2. • Filhos
3. • Ex-marido/ex-namorado (a)
4. • Mãe/mãe adotiva
5. • Pai/pai adotivo
6. • Irmão (ã) (s)
7. • Outros familiares
8. • Vizinhos
9. • Amigo (a)(s) t trabalho/escola
10. • Outros _____

51 b. ____

52. QUEM É O(A) AGRESSOR? (em relação ao agredido)

52 a. ____

1. • Marido/namorado (a)
2. • Filhos
3. • Ex-marido/ex-namorado (a)
4. • Mãe/mãe adotiva
5. • Pai/pai adotivo
6. • Irmão (ã) (s)
7. • Outros familiares
8. • Vizinhos
9. • Amigo (a)(s) trabalho/escola
10. • Outros _____

52 b. ____

53. DURANTE A ENTREVISTA, CONVERSAMOS SOBRE ALGUNS ASSUNTOS DIFÍCEIS. COMO VOCÊ SE SENTE APÓS CONVERSARMOS SOBRE ESSAS COISAS?

53. ____

1. • BEM/ MELHOR
2. • MAL/ PIOR
9. • INDIFERENTE/ NÃO SEI

54. VOCÊ GOSTARIA QUE PERGUNTASSEM A VOCÊ, ASSIM COMO A TODAS AS USUÁRIAS DESTE SERVIÇO DE SAÚDE, DE FORMA ROTINEIRA, SOBRE AGRESSÕES, MAUS TRATOS, VIOLÊNCIA FÍSICA OU SEXUAL?

54. ____

1. • gostaria
2. • não gostaria
9. • indiferente/ não sei

ENTREVISTADORA: _____

HORA DE TÉRMINO: ____:____

OBSERVAÇÕES DA ENTREVISTADORA:

Anexo 2

Pesquisa:

Saúde da Mulher, relações familiares e serviços de saúde (FAPESP)

FICHA GRUPOS FOCAIS

Número do grupo: _____ Serviço: _____

Tipo de Usuária: _____ (A SER PREENCHIDO PELA COORDENADORA)

Nome: _____

Idade: _____ Ocupação: _____

Escolaridade: _____ Renda familiar: _____

Endereço: _____

Situação conjugal: _____ Número de filhos: _____

Idade do companheiro: _____ Ocupação do companheiro: _____

Escolaridade do companheiro: _____ Contato telefônico: _____

Posse de itens:

Posse de itens	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	1	2	3	4
Automóvel	0	1	2	3	4
Empregada Mensalista	0	1	2	3	4
Aspirador de pó	0	1	2	3	4
Máquina de lavar	0	1	2	3	4
Videocassete	0	1	2	3	4
Geladeira	0	1	2	3	4
Freezer (ou geladeira duplex)	0	1	2	3	4

Grau de Instrução do chefe de família

<i>Analfabeto / Primário incompleto</i>	<i>0</i>
<i>Primário completo / Ginásial incompleto</i>	<i>1</i>
<i>Ginásial completo / Colegial incompleto</i>	<i>2</i>
<i>Colegial completo / Superior incompleto</i>	<i>3</i>
<i>Superior Completo</i>	<i>5</i>

Usa o serviço há mais de 1 ano?

() Sim () Não

Anexo 3

FAVOR NÃO DIVULGAR E NÃO CITAR O INSTRUMENTO !!!
QUALQUER DÚVIDA, ENTRAR EM CONTATO COM COORDENAÇÃO DA
PESQUISA

Pesquisa

OCORRÊNCIA DE CASOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM SÃO PAULO E DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIA DE ATENDIMENTO PARA O PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER – Fapesp/Políticas Públicas Coord. Lilia B Schraiber / Márcia Thereza Couto, responsável pela coordenação do campo.

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL – MANUAL DE INSTRUÇÕES

APRESENTAÇÃO

1. APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa versa sobre saúde da mulher e o uso que estas fazem dos serviços de saúde em atenção primária. Num primeiro momento, entrevistamos algumas mulheres usuárias deste serviço para conhecer melhor sobre suas características socioeconômicas (local de moradia, educação, religião, cor auto referida, entre outros), saúde reprodutiva e experiências de vida na família, na comunidade e na cidade. No momento atual, estamos querendo aprofundar algumas das questões que tratamos quando aplicamos os questionários, a fim de conhecer mais a fundo o que vocês pensam sobre temas importantes como família, saúde, relações de vizinhança, e também sobre o serviço de saúde que utilizam, e como este poderia estar mais próximo de suas demandas.

Para isso estamos realizando uma reunião, hoje, que é chamada de Grupo Focal. Discutiremos de forma conjunta temas que selecionamos, sendo que o sigilo de nossa conversa será absolutamente resguardado de nossa parte. Estaremos gravando nossa conversa a fim de que possamos ter uma documentação mais fiel dos assuntos abordados. Depois faremos a transcrição das fitas, mas os nomes de vocês não aparecerão.

Gostaríamos de ressaltar que as pessoas que estarão observando a nossa conversa são auxiliares da pesquisa.

Também é importante que vocês saibam que para os assuntos abordados não há ‘certo’ ou ‘errado’, bem como o consenso não é peça imprescindível, pois cada um tem uma opinião a respeito das questões que trataremos.

Passemos à apresentação.

2. APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Para que possamos conversar informalmente, precisamos saber nossos nomes.

Proponho que cada uma de vocês fale seu nome e se sabe algo sobre a história do mesmo. Por exemplo, eu me chamo (a coordenadora faz o seu relato breve).

Após cada uma se apresentar, a coordenadora propõe o início do trabalho.

3. OS CONFLITOS, AS VIOLÊNCIAS E SEUS CONTEXTOS

3.1. BLOCO 2 - OS CONFLITOS NA CASA/FAMÍLIA

As relações entre os homens e as mulheres, sobretudo nas relações de casais e de afetividade, são permeadas por conflitos e tensões, independente se consideramos as relações, no geral, como boas ou ruins. Isto porque conflitos e tensões acontecem em quaisquer tipo de relações que mantemos com as pessoas. Mas, no caso das relações entre casais, muitas destas tensões e conflitos envolvem brigas, algumas sérias, outras não.

E quando conflitos acontecem entre casais (marido e mulher e namorados), como vocês vêm? É comum, é raro? Quem são as pessoas envolvidas nesses conflitos? (tentar explorar os exemplos que surgirem de conflitos psicológicos, físicos e sexuais entre as pessoas da família, em especial o homem e a mulher). Por que acontecem, como surgem?

Tem um ditado que diz que *quando um não quer, dois não brigam*. O que vocês acham? Quem gosta mais de brigar, ou de ‘puxar briga’, é o homem ou a mulher? O que leva as mulheres a brigarem com os homens, e o que leva os homens a brigarem com suas mulheres? E quem abre mão ou cede mais, quando a briga já está acontecendo, é o homem ou a mulher, e por que?

Existem muitas situações de brigas e desentendimentos, que algumas pessoas chamam de violência, mas outras não. O que vocês acham sobre estas diferentes formas ou modos de brigar? Alguns são **violências** e outras não? O que vocês consideram como violência entre casais, são todas as brigas, ou apenas alguns tipos? Que tipos?

E quando o casal –no caso vocês e seus maridos estão brigando -, vocês tentam resguardar a situação de outras pessoas, tentam resolver entre vocês, ou não, é difícil esconder essas situações de outras pessoas (como família, vizinhos, etc.)? Eu falo isso porque tem outro ditado que também diz *‘em briga de marido e mulher ninguém mete a colher*.

Mas, por outro lado, há situações em que é impossível esconder uma briga ou um desentendimento de outras pessoas. Vocês lembram o que aconteceu na favela de Paraisópolis?? Quando numa briga de casal, a mulher queria se separar e o marido não

aceitava, então ele, depois de uma briga, colocou fogo no barraco em que moravam, mas o fogo se alastrou, atingindo mais de trinta barracos e deixando várias famílias desabrigadas. Vejam como uma briga a dois acabou envolvendo a comunidade inteira.

Então, vocês acham que nesses conflitos entre marido e mulher, as pessoas próximas devem se envolver ou não? Como os vizinhos, outros familiares? Em que situações essas pessoas devem se envolver, quando um deles pede ajuda ou independentemente deles pedirem. Há situações em que é permitido se envolver? Há outras que não?

E a gravidez, é também motivo de conflito entre o casal; que mudanças ela acarreta na relação marido e mulher? Como é que essas mudanças se dão ao longo da gestação. Aí tentar possíveis mudanças relativas à notícia da gravidez, à descoberta do sexo do filho, ao crescimento da barriga, às mudanças corporais e outros aspectos que poderiam ser desencadeadoras de violência.

3.2. OS CONFLITOS NO BAIRRO/VIZINHANÇA

E entre nossos vizinhos? Como são as nossas relações com eles? Existem muitas situações de conflitos que vemos acontecer entre eles e, também, na nossa relação com eles? Nossas relações com os vizinhos são boas ou não, há confiança, há respeito? O que vocês pensam sobre isso? E eles, como vêm as brigas e conflitos entre casais da vizinhança, do bairro? Vocês acham que os vizinhos devem opinar e procurar ajudar? Ou não? É difícil ou fácil pedir ajuda ou oferecer ajuda aos vizinhos quando se encontram em situações de brigas, violências entre os casais?

3.3. VIOLÊNCIA E CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE

E quais são as consequências destas situações para a vida das pessoas? Elas causam algum mal? Sofrimento? Aflição?

(Caso não surja, perguntar) E esse tipo de sofrimento e aflição, que podem ser de diversos tipos, trazem consequências para a saúde das pessoas?

Se sim, o que fazer diante disso? Ou não há o que fazer?

Vocês estavam falando atrás sobre o que consideram como violência ou não, que há diferentes formas de brigar entre casais. Em que situações as brigas trazem consequências para a saúde? São todas ou algumas? E em quais situações as pessoas devem levar estes assuntos para os serviços? Somente as mais graves ou qualquer tipo de violência?

Nós quando freqüentamos os serviços de saúde, fazemos por diversos motivos, pré-natal, teste de Papanicolaou, consultas médicas, etc. Essas aflições e esses sofrimentos podem ser trazidos para os serviços de saúde? Em que situações? Ou são assuntos que não dizem respeito ao serviço?

Se as pessoas não trazem esses assuntos para os serviços, é porque não consideram que são assuntos para os serviços, ou porque estes não abrem espaço para se falar disso?

Vocês conhecem algum caso em que essas questões foram trazidas para o serviço de saúde e o que aconteceu?

Como vocês acham que os serviços podem ajudar? Quais profissionais vocês acham que são os mais indicados para tratar desses assuntos?

E quais outros serviços devem ou podem ajudar pessoas que vivem ou passam por estas situações?

Os serviços reconhecem que existem muitos casos de conflitos entre maridos e mulheres e também entre familiares. Há que defenda que o serviço deva perguntar tal assunto para todas as pessoas que procuram atendimento. Vocês concordam? Se sim, por que? Se não, por que?

Anexo 4-

CONSENTIMENTO INFORMADO

(Versão testada e apropriada para o tema Violência e Saúde da Mulher)

Eu, abaixo assinado, concordo em conceder entrevista para esta pesquisa que trata da Saúde da Mulher, Relações familiares e Respeito à pessoa humana. Entendo que meu nome e dados que me identifiquem serão mantidos estritamente em sigilo pela equipe de pesquisadores. Fui alertada de que a entrevista tratará de experiências de vida mais íntimas e que podem trazer lembranças difíceis e delicadas, sabendo que minha participação é inteiramente voluntária e que posso interromper as informações a qualquer momento.

Entendo que minhas respostas serão importantes para ajudar outras mulheres e para desenvolver serviços melhores na assistência à saúde da mulher, tendo sido informada que receberei orientação quando solicitar assistências adicionais.

Data -São Paulo,

Atividade- grupo focal [] entrevista pessoal []

Assinatura Entrevistada

Recebimento:

Assinatura Pesquisadora

Obs. Se você tiver dúvidas sobre essa pesquisa sinta -se à vontade para perguntar agora ou à coordenação geral (Dra. Lilia Blima Schraiber, telefone: 852 68 22 ramal 35)

Anexo 5

Roteiro para entrevistas sobre histórias de vida

Questões a serem abordadas

1. A vida conjugal:

- Como conheceu o companheiro?
- Como foi a relação ao longo dos anos?
- Quais as expectativas dela e do companheiro diante relacionamento?
- Como era a divisão das tarefas?
- E a criação dos filhos?
- Como se dava a vida sexual?
- Métodos anticoncepcionais?
- O Trabalho no contexto da relação.?

A violência na gestação:

- Como ocorreu?
- O significado da violência em geral e mais especificamente na gestação.
- Ajuda que procurou e recebeu
- Efeitos da violência na saúde.
- O significado da paternidade e a maternidade?

A vida familiar:

- Como foi a infância
- Como foi a relação com os pais
- Número de irmãos
- Houve violência entre os pais?
- Houve violência dos pais contra os filhos?
- Por que saiu da casa dos pais?

Anexo 6 –

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, abaixo assinado, concordo em conceder entrevista gravada em fita k-7 para esta pesquisa que trata da *Percepção de homens e mulheres sobre saúde, relações familiares, violência na gestação e pós parto e respeito à pessoa humana*. Entendo que meu nome e dados que me identifiquem serão mantidos estritamente em sigilo pela equipe de pesquisadores. Fui alertada de que a entrevista tratará de experiências de vida mais íntima e que pode produzir lembranças difíceis e delicadas, sabendo que minha participação é inteiramente voluntária e que posso interromper as informações a qualquer momento.

Entendo que minhas respostas serão importantes para ajudar outras mulheres bem como para desenvolver serviços melhores na assistência à saúde da mulher. Fui informada de que receberei orientação sobre serviços que atendam mulheres em situação de violência, quando solicitar assistências adicionais.

Data - São Paulo,

Assinatura da entrevistada

Recebimento:

Assinatura da pesquisadora

Obs: Se você tiver dúvidas sobre essa pesquisa sinta-se à vontade para perguntar agora ou à coordenação geral (Lilia Blima Schraiber, telefone: 3066 7085)

Anexo 7 – Abuse Assesment Screen (AAS) – McFarlane e cols (1992)

- a) Você já foi alguma vez maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo seu parceiro ou alguém importante para você?
- b) No último ano (12 meses), alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?

Se sim, quem?

- marido,
- namorado
- outros,
- ex-marido
- estranho
- múltiplo

Número de vezes _____

- c) Desde que você engravidou, alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou, ou machucou fisicamente?

Se sim, quem?

- marido,
- namorado
- outros,
- ex-marido
- estranho
- múltiplo

Número de vezes _____

Marque a área atingida no mapa corporal

Marque cada incidente de acordo com a escala a seguir:

- 1=ameaças de agressão (maus-tratos) inclusive uso de arma
- 2= tapas, empurrões, ausência de ferimentos e/ou dor persistente duradoura
- 3=socos, chutes, murros, cortes e/ou dor contínua
- 4=espancamento, contusões graves, queimaduras, ossos quebrados
- 5=danos na cabeça, internos e/ou permanentes
- 6=uso de armas, ferimentos por armas

d) No último ano (12 meses), alguém forçou você a manter relações sexuais?

Se sim, quem?

-marido,

-namorado

-outros,

-ex-marido

-estranho

-múltiplo

Número de vezes _____

e) Você tem medo do seu parceiro ou de alguém listado acima?

Anexo 8 – Conflict Tactics Scale (CTSI) – Straus; Gelles (1989)

Com qual frequência:

	você	parceiro
	1,2,5,10,20,20+ sempre	1,2,5,10,20,20+ sempre

- a) Discutiu a questão ou problema calmamente
- b) Conseguiu informação para apoiar (seu, dele, dela) lado das coisas
- c) Trouxe ou tentou trazer alguém para ajudar a situar melhor as coisas
- d) Discutiram calorosamente mas sem gritar
- e) Insultou, berrou/gritou ou praguejou um contra o outro
- f) Emburrou e/ou recusou a conversar sobre o problema
- g) Expulsou para fora do ambiente ou da casa
- h) Chorou
- i) Fez ou disse algo para aborrecer um ao outro
- j) Ameaçou bater ou jogar algo um ao outro
- k) Jogou, quebrou, atingiu/bateu ou chutou algo
- l) Jogou algo um contra o outro
- m) Empurrou, agarrou ou arrastou um contra o outro
- n) Esbofeteou um ao outro
- o) Chutou, mordeu ou deu socos um contra o outro
- p) Bateu ou tentou bater com alguma coisa
- q) Espancou um ao outro
- r) Ameaçou com arma de fogo
- s) Usou uma faca ou arma
- t) Outro_____