MÁRCIA MASSUMI OKADA

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: ESTUDO COM
PUÉRPERAS ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE
FILANTRÓPICA**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo, para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Luiza Akiko Komura Hoga

São Paulo

2007

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Okada, Márcia Massumi.

Violência doméstica contra a mulher: estudo com puérperas atendidas em uma maternidade filantrópica. / Márcia Massumi Okada. – São Paulo, 2007.

138 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luiza Akiko Komura Hoga.

1. Violência doméstica 2. Violência contra a mulher 3. Gravidez
4. Saúde da mulher. I. Título.

**ESTE TRABALHO É DEDICADO A
TODAS MULHERES QUE DIVIDIRAM COMIGO SUA INTIMIDADE.
MUITO OBRIGADA.**

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a **Luiza Akiko Komura Hoga**, orientadora criteriosa e zelosa; pela oportunidade que tive de desfrutar de seus ensinamentos, por seu apoio, paciência e confiança que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

À Prof.^a Dr.^a **Ruth Hitomi Osava**, pela oportunidade ímpar dada à minha vida profissional, exemplo a ser seguido de dedicação e amor a profissão; por sua sensibilidade às necessidades de nossas parturientes e esforço em lhes prover do atendimento que merecem.

À Prof.^a Dr.^a **Maria Alice Tsunechiro**, pelo seu conhecimento e sua valiosa colaboração na revisão do texto final.

Às Prof.^{as} Dr.^{as} **Isabel Cristina Bonadio e Ruth Hitomi Osava**, pelas contribuições e sugestões apresentadas por ocasião do exame de qualificação.

Ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em especial às Prof.^{as} Dr.^{as} **Amélia Fumiko Kimura e Neide de Souza Praça**, pela maneira terna que sempre encontrou de oferecer uma palavra de incentivo.

Ao Prof. **Paulo Pinheiro**, pelo apoio constante na realização deste trabalho e responsável pela cuidadosa correção ortográfica.

Às **Ana Morales, Cláudia Kawamorita, Emi Kawamorita, Fabiana de Souza, Ilka Mari Ikebuti, Karena de Castro, Larissa Silva Farah, Priscila Regina Navarro, Thalita Talarico**, pela valiosa colaboração nos momentos necessários para realização desta pesquisa.

Às **enfermeiras obstétricas** do centro de parto normal do Amparo Maternal, pelo carinho e apoio para a realização desta pesquisa.

Às enfermeiras obstétricas **Ângela Megumi Ochiai, Chang Yi Wei, Sandra Regina Antoniete Neves Cason**, pelo carinho e apoio no momento difícil do percurso desta trajetória.

À equipe de enfermagem do puerpério normal e cirúrgico do Amparo Maternal, em nome das enfermeiras **Marina e Carmem**, pela colaboração por ocasião da coleta de dados.

Às assistentes sociais, em nome de **Mercedes Agraso Rodrigues** pela atenção e presteza em atender as mulheres participantes desta pesquisa.

Aos funcionários da secretaria da pós-graduação, em nome de **Silvana Maximiano** pela atenção e disponibilização durante todo o percurso desta trajetória.

Às bibliotecárias **Nadir Aparecida Lopez e Lucila Borges**, pela contribuição na revisão das referências bibliográficas.

À Equipe da Casa Eliane de Grammont, em especial **Cristina Valentim Miranda**, pela disponibilização de material bibliográfico.

Ao Dr. **Jefferson Drezett Ferreira**, pela disponibilização de materiais bibliográficos.

À **Ana Lúcia Braz**, pelo apoio, carinho e preciosa sugestão dos aspectos psicológico desta pesquisa.

Ao **Marcello Batista Pimentel**, pela colaboração cuidadosa na etapa da formatação desta pesquisa.

Aos membros do grupo NAAM, pelo apoio, carinho e atenção na realização desta pesquisa.

Ao **Elier Broche Cristo**, pela assessoria estatística e apoio na realização desta pesquisa.

À **minha família**, pelo exemplo e dedicação.

A você que, em algum momento, dispensou um pouco de sua atenção e carinho para com este trabalho. Muito obrigada.

RESUMO

OKADA MM. Violência doméstica contra a mulher: estudo com puérperas atendidas em uma maternidade filantrópica. [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2007.

A problemática da violência doméstica contra a mulher está disseminada ao redor do mundo, inclusive no Brasil, porém suas características variam de acordo com as circunstâncias pessoais, familiares, de relação conjugal, do contexto social e cultural envolvidas. Esta pesquisa teve o objetivo de identificar a ocorrência da violência doméstica contra a mulher e analisar a sua relação com algumas características da estrutura familiar e de vínculo com o parceiro. Trata-se de pesquisa transversal, de base hospitalar. A coleta de dados foi feita por meio de um formulário estruturado, baseado nos itens constantes no “Abuse Assessment Screen-AAS”, junto a 385 (N) mulheres atendidas em uma maternidade social filantrópica localizada na Cidade de São Paulo. Os dados, introduzidos em um banco de dados do Programa R para LINUX versão 2.1.1., foram submetidos à análise multivariada. O Teste Qui-Quadrado de Pearson e o Teste Exato de Fisher foram utilizados para a análise estatística dos dados. A frequência da violência doméstica em algum momento da vida foi de 36,8% e, dentre estas, foram referidas a violência psicológica (97,2%), a física (28,9%) e a sexual (4,9%). A frequência da violência doméstica na gravidez foi de 34,5% e, dentre estas, foram referidas a violência psicológica

(95,9%), a física (34,7%) e a sexual (6,1%). Houve associação estatisticamente significativa ($p=0,00223$; $0,001767$) entre religião e o planejamento da gravidez e entre a violência doméstica e o hábito do etilismo do companheiro ($p=0,0002533$; $0,0002981$). A violência doméstica foi uma problemática enfrentada por quase todas as mulheres desta pesquisa, em algum momento da vida, inclusive na gravidez. Os itens religião, planejamento da gravidez e etilismo devem ser incluídos na anamnese em saúde da mulher. Assim como os já constantes nesta anamnese, os itens mencionados devem ser sobretudo considerados no planejamento e desenvolvimento da assistência e abordados, de forma sistemática, pelos profissionais da área de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Violência doméstica. Gravidez. Religião. Mulheres. Homens. Serviços de Saúde da Mulher.

ABSTRACTS

OKADA MM. Domestic violence against woman: a study on perinatal mothers assisted in a philanthropic maternity. [Dissertation]. Sao Paulo (SP): Nursing School, University of São Paulo; 2007.

Domestic violence against woman is spread worldwide. However its characteristics vary according to personal, family, marital, social and cultural aspects involved. This transversal, hospital-based study aimed at determining the occurrence of domestic violence against women and at analyzing its relation with some aspects of familial environment and relationship with the women's partners. Data collection was carried out using a structured interview form, based on the content of the "Abuse Assessment Screen" (AAS) applied to 385 women assisted at a philanthropic maternity in the city of São Paulo. Study data analysis was performed using the "R" Software version 2.1.1 for Linux, and the statistical multi-variate analysis was performed by Pearson's Qui-square and Fisher's Exact tests. As many as 36,8% of the participants reported being subject to domestic violence, whether psychological, physical or sexual, sometime in her lifetime- 97.2%, 28.9% and 4.9%, respectively. As many as 34.5% of women comprising the study group reported being charged psychologically (95.9%), physically (34.7%) and sexually (6.1%) during pregnancy. There was a statistically significant association between religious belief and non-planned pregnancy, and between domestic violence and alcohol drinking on the part of the

partner ($p=0.00223/0.001767$ and $p=0.0002533/0.0002981$, respectively).

Reports on, religious belief, pregnancy planning and alcohol consumption should be included in the records of a woman during pre-natal and delivery care and need to be approached in a systematic way by health professionals.

KEYWORDS: Domestic violence. Pregnancy. Religion. Women. Men. Women's health service.

RESUMEN

OKADA MM. Violencia domestica contra la mujer: estudio con puérperas atendidas en una maternidad filantrópica. [Disertación]. Sao Paulo (SP): Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo; 2007.

La problemática de la violencia doméstica contra la mujer esta diseminada alrededor del mundo, incluyendo el Brasil, pero sus características varían de acuerdo con las circunstancias personales y familiares de la relación conjugada, del contexto social y cultural involucrados. Esta pesquisa, tuvo el objetivo de identificar la ocurrencia de la violencia domestica contra la mujer y analizar su relación con algunas características de la estructura familiar y del vinculo con el conyugue. Se trata de una pesquisa transversal, de base hospitalar. La colección de datos fue hecha por medio de un formulario baseado en los ítems que constantes en le "Abuse Assessment Screen-AAS" junto a 385 (N) mujeres atendidas en una maternidad social filantrópica localizada en la ciudad de Sao Paulo. Los datos introducidos en el banco de datos del Programa R para LINUX versión 2.1.1; fueron sometidos a analicé multivariada. El teste Qui-Cuadrado de Pearson y el teste Exato de Fisher fueron utilizados para análise estadística de los datos. La frecuencia de la violencia domestica en algún momento de la vida fue de 36.8% y entre estas fueron referidas la violencia psicológica (97.2%), la física (28.9%) y la sexual (4.9%). La frecuencia de la violencia domestica en la gravidez fue de 34.5% y entre estas fueron referidas la violencia

psicológica (95.5%) física (34.7) y la sexual (6.1%). Hubo asociación estadística significativa ($p=0.00223$; 0.001767) entre religión y el planificación de la gravidez y entre la violencia domestica y el habito del etilismo de conyugue ($p=0.0002533$; 0.0002981). La violencia domestica fue un problema enfrentado por casi todas las mujeres de esta pesquisa, en algún momento de sus vidas, incluso en la gravidez. Los ítems religión, planificación de la gravidez y etilismo deben ser incluidos en la anamnese en la salud de la mujer. Así como los constantes en esta anamnese, los ítems mencionados deben ser sobretodo considerados en el planeamiento y desenvolvimiento de la asistencia y abordados, de forma sistematizada, por los profesionales del setos de la salud.

PALABRAS-CLAVE: Violencia domestica. Embarazo. Mujeres. Hombres. Servicios de salud para mujeres.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características bio-sociais das mulheres. São Paulo, 2006.	62
Tabela 2 – Características sociais dos parceiros *. São Paulo, 2006.	64
Tabela 3 – Características sociais do pai da criança. São Paulo, 2006.	65
Tabela 4 – Caracterização das mulheres por satisfação relativa ao relacionamento com os familiares e o tipo de moradia. São Paulo, 2006.	65
Tabela 5 – Características das mulheres segundo situação financeira. São Paulo, 2006.	66
Tabela 6 – Características das mulheres segundo a idade gestacional e planejamento da gravidez. São Paulo, 2006.	68
Tabela 7 – Características das atitudes dos familiares da mulher e pai da criança diante da gravidez. São Paulo, 2006.	68
Tabela 8 – Tipo de vínculo da mulher com o pai da criança antes da gravidez atual. São Paulo, 2006.	69
Tabela 9 – Distribuição das mulheres que foram vítimas de violência doméstica em algum momento da vida. São Paulo, 2006.	70
Tabela 10 – Tipo de violência doméstica sofrida em algum momento da vida. São Paulo, 2006.	70
Tabela 11 – Agentes da violência segundo tipo de violência contra a mulher. São Paulo, 2006.	71
Tabela 12 – Fatores relacionados à violência doméstica. São Paulo, 2006.	72
Tabela 13 – Distribuição da existência do medo do marido/ companheiro ou alguém do seu convívio. São Paulo, 2006.	74

Tabela 14 – Distribuição da ocorrência de violência doméstica durante a gravidez entre o total de mulheres a amostra. São Paulo, 2006.	75
Tabela 15 – Distribuição da ocorrência de violência doméstica durante a gravidez entre as mulheres vitimadas em algum momento da vida. São Paulo - 2006.	75
Tabela 16 – Características da variação da frequência da violência doméstica com a ocorrência da gravidez. São Paulo, 2006.	75
Tabela 17 – Distribuição do tipo de violência doméstica sofrida na gravidez. São Paulo, 2006.	76
Tabela 18 – Distribuição dos agentes da violência doméstica na gravidez segundo tipo de violência. São Paulo, 2006.	77

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Associação entre faixa etária e a violência doméstica. São Paulo - 2006.	78
Figura 2 – Associação entre a violência contra a mulher e o ano de escolaridade das mulheres. São Paulo, 2006.	79
Figura 3 – Associação entre a violência contra a mulher e existência de trabalho. São Paulo - 2006.	80
Figura 4 – Associação entre a violência contra a mulher e o número de filhos. São Paulo - 2006.	81
Figura 5 – Associação entre a violência contra a mulher e o tipo de vínculo entre os parceiros. São Paulo – 2006.	82
Figura 6 – Associação entre a violência contra a mulher e moradia. São Paulo - 2006.	83
Figura 7 – Associação entre a violência contra a mulher e os proventos financeiros. São Paulo - 2006.	84
Figura 8 – Associação entre dependência financeira das mulheres e a violência doméstica. São Paulo, 2006.	85
Figura 9 – Associação entre a violência contra a mulher e o ano de estudo do marido/companheiro. São Paulo - 2006.	86
Figura 10 – Associação entre a violência contra a mulher e o consumo de bebida alcoólica pelo marido/companheiro. São Paulo – 2006.	87
Figura 11 – Associação entre a violência contra a mulher e o número de consulta de pré-natal. São Paulo, 2006.	88
Figura 12 – Associação entre a violência contra a mulher e a gravidez planejada. São Paulo – 2006.	89

Figura 13 – Associação entre violência contra a mulher e a religião das mulheres que não planejaram a gravidez. São Paulo - 2006.	90
Figura 14 – Associação entre a violência contra a mulher e a aceitação da gravidez pelo pai da criança. São Paulo - 2006.....	91
Figura 15 – Associação entre a violência contra a mulher e a aprovação da gravidez pela própria família. São Paulo - 2006.....	92

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO.....	20
1.1 O problema da violência doméstica contra a mulher grávida	20
1.2 Dados da literatura sobre a violência doméstica contra a mulher ..	24
1.3 Violência contra a mulher e a legislação	36
1.4 Violência contra a mulher e as políticas públicas	41
2 OBJETIVOS	48
3 METODOLOGIA.....	50
3.1 Tipo de Estudo	50
3.2 Local	50
3.3 População do Estudo	51
3.4 Cálculo da amostra	51
3.5 Definições de termo.....	52
3.6 Estudo piloto	53
3.7 Coleta de dados	54
3.7.1 Operacionalização da coleta de dados	54
3.7.2 Instrumento de Coleta de Dados	55
3.8 Variáveis estudadas:	56
3.8.1 Socioeconômicas e Obstétricas (variáveis independentes)	56
3.8.2 Obstétricas (variáveis dependentes)	58
3.9 Tratamento dos Dados	58
4 RESULTADOS	61
4.1 Descrição das características sociais das mulheres e de seus maridos/companheiros	61

4.2 Dados relativos à frequência e características da violência doméstica em algum momento da vida.	70
4.3 Dados relativos à frequência e características da violência doméstica durante a gravidez.....	74
4.4 Características pessoais, familiares e do vínculo da mulher com o marido/companheiro e sua associação com a violência doméstica.....	77
5 DISCUSSÃO.....	94
6 CONCLUSÕES.....	109
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120
9 ANEXOS.....	130

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 O problema da violência doméstica contra a mulher grávida

Os anos de atuação em um centro de parto normal de uma maternidade filantrópica despertaram meu interesse em aprofundar conhecimentos a respeito da violência doméstica contra a mulher. Ao prestar assistência às mulheres grávidas pude constatar que algumas apresentavam menos tolerância aos desconfortos do trabalho de parto. Ao interagir com estas mulheres, de modo mais profundo, foi possível observar que havia entre elas um fator em comum: a vitimação pela violência psicológica, física ou sexual em algum momento da vida.

Acredita-se que a violência provoca danos importantes à saúde física e mental da mulher grávida e, conseqüentemente, de seu filho e família. Entretanto, nem sempre a agressão sofrida chega a ser relatada pelas mulheres no curso da assistência pré-natal. Tal omissão pode ser motivada por vergonha, receio da discriminação devido ao estigma da violência, da falta de condições que incentive a mulher agredida a expor problemas de foro íntimo ou, até mesmo, pela crença por parte dela que seus problemas não podem ser resolvidos.

Os profissionais de saúde não podem deixar de obter dados a respeito de eventuais problemas de violência doméstica enfrentados pelas mulheres, pois o conhecimento desses problemas pode levar à tomada de inúmeras providências, necessárias no âmbito da assistência à saúde física,

emocional e familiar. Desse modo, torna-se relevante inteirar-se da realidade que cerca a mulher, sobretudo, no que se refere às possíveis formas de violência sofridas por elas no ambiente doméstico. Estas informações constituem elementos importantes que fazem com que o processo de assistência à saúde da mulher no ciclo grávido-puerperal, tenha uma esfera mais ampla de alcance.

No contexto brasileiro, é escasso e pouco aprofundado o registro de ocorrência de violência contra a mulher. A questão é raramente registrada nas fichas de diagnósticos e de condutas tomadas nos serviços de saúde. Pesquisa desenvolvida no Município de São Paulo mostrou que os agressores eram, em sua maioria, os maridos ou ex-companheiros das mulheres agredidas (80%), os pais (8%), os filhos (3%); as mães (2%) ou outros (3%) (Schraiber et al, 2002).

Outra publicação que divulgou dados sobre violência sofrida pelas mulheres atendidas em serviço público de saúde apresentou resultados relativos aos atendimentos de emergência hospitalar no Rio de Janeiro. Constatou-se que 69,4% das agressões sofridas pelas mulheres foram cometidas por parceiros ou ex- parceiros e o restante (30,6%) por familiares (Deslandes et al, 2000). Esses dados assemelham-se ao estudo de Schraiber et al. (2002) realizado no município de São Paulo no que diz respeito à participação do parceiro ou ex-parceiro como o principal agressor das mulheres, embora tenha sido constatado que no município de São Paulo, os familiares parecem ter uma participação maior na violência física cometida no contexto doméstico. Em relação à violência sexual, os parceiros

permaneceram como os principais agressores, seguidos por estranhos, tendo outros familiares uma participação menor, o que pode ser um reflexo da especificidade da faixa etária delimitada no estudo, 15 a 49 anos.

Foi somente no ano de 1999 que o Ministério da Saúde produziu um Manual Técnico com normas a serem aplicadas nos serviços de atendimento às situações de violência sexual (Brasil, 1999). Avaliou-se, entretanto, que as mulheres vítimas de violência necessitam muito mais do que apenas normas e protocolos. Elas requerem um acolhimento humanizado, permeado pela escuta e realizado conforme a necessidade de cada situação, sem a interferência das convicções pessoais do profissional que presta assistência.

Em geral, os serviços de saúde carecem de profissionais treinados para reconhecer os sinais da violência, principalmente aqueles de caráter mais insidioso. O diagnóstico e tratamento de problemas relacionados à violência requerem uma rede de apoio que, muitas vezes, extrapola os serviços básicos de saúde oferecidos (Brasil, 1999). Para capacitar e equipar os serviços públicos de saúde visando a identificação dos casos de violência e a promoção de assistência adequada, bem como ampliar e desenvolver os serviços especializados ou de referência, o Ministério da Saúde revisou e ampliou o Manual de Normas Técnicas (Brasil, 2005), valorizando o acolhimento, esperando com isso estabelecer vínculos de confiança entre a mulher e o serviço de saúde que lhe dá atendimento. O Manual recomenda estratégias de adesão e consolidação da eficácia das abordagens, contribuindo para a prevenção, busca precoce de orientação e apoio, dessa forma melhorando a eficácia da assistência oferecida.

No município de São Paulo, constatou-se que entre as usuárias de uma unidade básica de saúde, 21,3% eram mulheres grávidas que relataram terem sofrido agressão no ano anterior. Este dado reforça a urgência de se melhorar as condições ambientais durante a assistência pré-natal para favorecer a revelação da prática de agressão contra a mulher durante a assistência pré-natal (Schraiber et al, 2002).

Os profissionais de saúde têm uma posição estratégica na detecção da violência contra a mulher. Esta é uma problemática considerada de abrangência mundial na área da saúde, pelo fato de constituir causa relevante de morbidade e mortalidade feminina (Pitanguy, 2003). Além disso, a temática da violência contra a mulher, sobretudo no âmbito das relações sociais de gênero, foi considerada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004) como uma área prioritária de pesquisa.

Assim, o presente estudo busca contribuir para uma maior sensibilização do profissional de saúde para a problemática da violência doméstica contra a mulher, em especial, a mulher grávida. Para tanto, considerou-se relevante um melhor conhecimento da realidade desta questão, em nosso meio.

1.2 Dados da literatura sobre a violência doméstica contra a mulher

A violência do homem contra a mulher é uma questão tão antiga quanto a humanidade. A despeito disso, somente nos últimos anos, tem sido percebida como uma anomalia de conduta social e, como tal, tem merecido atenção de estudiosos de diferentes áreas do conhecimento. A ausência de equidade nas relações entre os gêneros nos âmbitos público e doméstico se traduz em diferenças de poder entre o homem e a mulher. Esta condição, que exige medidas corretivas, passou a ser reconhecida como um desrespeito aos direitos humanos (Barsted, 1994).

A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 1997) adverte que a violência, em seu sentido geral, está amplamente disseminada em todos os países e em vários deles representa problema de saúde pública de graves dimensões. A violência praticada contra a mulher sob qualquer forma que possa assumir, quer física, sexual ou emocional, é particularmente relevante.

Apesar desse tipo específico de violência ser praticado com maior ou menor freqüência ao redor do mundo desde o início da era moderna, foi somente em 1992 que o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas definiu o conceito de violência contra a mulher como “todo ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher, incluindo a ameaça de ditos atos, a coerção ou

privação arbitrária da liberdade, tanto na vida pública como na privada” (Economic and Social Council, 1992).

Diversos estudos têm revelado que a maioria dos casos de violência contra a mulher ocorre no ambiente doméstico (Hartigan, 1997; Heise, 1994). A violência no lar segue uma evolução progressiva, iniciando com a violência psicológica e emocional, passando pela violência física e culminando com violência sexual (Heise et al, 1994).

Um estudo de 1996 estimou que cerca de 20% a 30% de todas as mulheres americanas tenham sido vítimas de violência por um parceiro íntimo ao longo de suas vidas (Wilt e Olson, 1996). Ainda um estudo anterior encontrou que cerca de três quartos das mulheres americanas que sofreram agressão foram vítimas de seus parceiros (The Commonwealth Fund, 1993).

O abuso pelo parceiro pode ocorrer sob várias formas: agressões físicas tais como golpes, tapas, chutes e surras, estrangulamento, queimaduras, agressão com objetos, tentativa ou ameaça de executar essas agressões, ameaça de ferir as crianças ou outros membros da família; e abuso psicológico, coerção sexual, comportamentos de controle, tais como isolamento forçado da mulher em relação à sua família e amigos, vigilância constante de suas ações e restrição de acesso a recursos variados.

A violência praticada pelo parceiro íntimo está presente na maioria das sociedades e constitui a forma mais endêmica de violência contra a mulher. No entanto, este abuso não é reconhecido como forma de violência em muitos países, e sim como fenômeno cultural, uma forma de disciplinar as esposas e filhas. Estimativas do Banco Mundial indicam que uma mulher

em tais países tem maior probabilidade de ser espancada, violentada ou assassinada pelo seu parceiro atual ou anterior que por um estranho (WHO, 1997; Eilenberg e Fullilove, 1996).

Alguns estudos sugerem que a prevalência de abuso sexual pode ser maior em populações sócio-economicamente menos favorecidas, contudo, existem hoje evidências de que o abuso sexual ocorre em todas as classes socioeconômicas, e independe da etnia, religião, cultura ou nível educacional (Beck-Sague et al, 1997; Guedes, 1998).

Saffioti e Almeida (1995) também declaram que a violência sexual desconhece fronteira. Ela ocorre em populações de diferentes graus de desenvolvimento social e econômico, no espaço público ou privado, e em qualquer etapa da vida da mulher.

Pesquisa do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) de 2001/2002 indicou que a violência sexual foi um tema revelado espontaneamente, em debates, pelas adolescentes, ao relatarem experiências de assédio e violências cotidianas. Adolescentes masculinos tendiam a não se manifestar no debate e, quando o faziam, afirmavam que o assédio era uma “brincadeira natural” aceita pelas meninas (UNICEF, 2002).

Os rapazes parecem não discernir claramente o que é ou não assédio uma vez que estes o rotulam como brincadeira. Essa atitude, porém, além de minimizar o problema tende a confundir a vítima de assédio. Foi levantado que entre estudantes de capitais brasileiras, o relato de ocorrência de estupro e/ou violência sexual variou de 5%, em Vitória e Belém, a 12%, em Cuiabá (Castro, Abramovay, Silva, 2004).

A real extensão da ocorrência de violência doméstica é difícil de ser avaliada por pesquisa de literatura em razão das variações metodológicas, tais como definição de violência, tamanho de amostra e a metodologia de inquérito (Heise et al, 1994; American College of Obstetrics and Gynecologists, 1999).

A violência doméstica pode causar diversos danos à saúde da mulher, incluindo desde problemas ginecológicos até dificuldades ligadas à sexualidade (Faúndes et al, 2000). Como intercorrências obstétricas, a violência doméstica pode resultar em gestação indesejada, retardo no início do pré-natal (Gazmararian et al, 2000), aborto, baixo peso ao nascer (Arcos et al., 2001). Outros problemas, tais como a depressão, a tentativa de suicídio e a síndrome de estresse pós- traumático (WHO, 1997) também podem ser atribuídos como repercussões da violência doméstica. A ansiedade e o uso de drogas, do mesmo modo, podem ser uma consequência indireta da violência doméstica (Eilenberg e Fullilove, 1996).

Estudos apontam a gravidez como fator de risco para a violência doméstica (Eilenberg e Fullilove, 1996), a qual pode ter início após a gestação, ou ainda no decorrer dela, apresentar alterações de padrão, frequência e gravidade. (Chambliss, 1997).

Uma pesquisa realizada em Baltimore revelou que o aumento de complicações obstétricas tinha relação com a violência sofrida pelas mulheres durante a gravidez. O índice de partos pré-termo variou entre 15,4% e 17,2%, respectivamente, entre as gestantes que tinham sofrido violência moderada ou grave (Shumway et al, 1999).

As mulheres grávidas vítimas de violência doméstica estão mais sujeitas ao homicídio. Das mortes maternas em diversos países, 36% a 63% são resultantes de causas externas, tais como homicídio, praticado prevalentemente pelos parceiros íntimos (Datner e Ferroggiaro, 1999).

As gestantes moradoras em Valdivia, Chile, que tinham sofrido agressão apresentaram maior risco de ter um aborto, síndrome hipertensiva, colestase intra-hepática, infecção do trato urinário e retardo do crescimento intra-uterino. Os recém-nascidos destas mulheres apresentavam mais freqüentemente baixo peso ao nascer e tamanho pequeno para a idade gestacional (Arcos et al, 2001).

O baixo peso ao nascer foi igualmente associado à violência contra as gestantes estudadas em Porto Rico. Ficou comprovado que as mulheres submetidas à violência na gestação eram três vezes mais propensas a ter filhos com baixo peso (Núñez-Rivas et al, 2003).

Uma pesquisa retrospectiva, em coorte de mulheres em idade fértil residentes em Seattle (EUA) que informaram ter sofrido violência íntima praticada pelo parceiro durante a gravidez, mostrou que elas estavam duas vezes mais propensas à hospitalização por razões não relacionadas ao parto. Constatou-se, também, que estas mulheres abusavam do uso de medicamentos e sofriam agravos à saúde mental (Lipsky et al, 2004).

O Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) promoveu estudos sobre a magnitude e o impacto da violência em seis países da América Latina. Estes avaliaram os gastos com a violência sob diversos ângulos. Expresso em percentual do Produto Interno Bruto (PIB), em 1997, os gastos

com assistência a problemas de saúde, resultantes de violência, foi de 1,9% no Brasil, 5,0% na Colômbia, 4,3% em El Salvador, 1,3% no México, 1,5% no Peru e 0,3% na Venezuela. O BID identificou que 25,0% dos dias de trabalho perdidos pelas mulheres têm como causa a violência. Estes reduzem os ganhos financeiros da vítima em 3,0% a 20,0%. A mesma fonte aponta que filhos(as) de mães que sofrem violência têm três vezes mais chances de adoecer. Além disso, 63,0% deles(as) repetem pelo menos um ano de escola, e, em média, abandonam os estudos aos nove anos de idade. A violência na família representa a perda de quase um ano de vida saudável para uma em cinco mulheres, entre 15 a 44 anos, e causa uma perda econômica similar à causada pela tuberculose, HIV, diversos tipos de câncer e enfermidades cardiovasculares (Brasil, 2005).

A violência dentro da família foi constatada como fator de risco para a gravidez na adolescência entre moradores de Puno, Peru. A desobediência, o regresso à casa muito mais tarde que o esperado, a existência de amigos ou namorados e a realização de tarefas domésticas com lentidão foram mencionadas como sendo os motivos mais freqüentes para a adolescente ser agredida (Flores, 2004).

Uma análise dos dados levantados sobre mulheres moradoras em diferentes partes do mundo revelou que os principais fatores associados à violência doméstica sofrida por elas eram baixo nível educacional (Hedin e Janson, 2000), baixa renda (Leung et al, 1999; Hedin e Jason, 2000; Sahin e Sahin, 2003; Guo et al, 2004), prole numerosa (Kataoka et al, 2005; Sahin e Sahin, 2003), tempo mais longo de vida conjugal, violência contra criança

praticada pela própria mãe, insatisfação com a vida sexual, maior frequência de gravidez não planejada, não participação da mulher nas decisões familiares (Sahin e Sahin, 2003), ser jovem e não coabitar com o pai da criança, ser separada ou não morar junto com o parceiro (Hedin e Jason, 2000; Johnson et al, 2003), ser fumante (Bacchus et al, 2004), ter sofrido violência física de antigos parceiros (Kataoka et al, 2005).

Jong (2000) analisou dados de prevalência da violência física, sexual e verbal a partir dos Boletins de Ocorrência e Termos Circunstanciados, registrados na Delegacia da Mulher do município de Botucatu (SP). Ficou caracterizado que a mulher agredida era, com maior frequência, jovem, vivendo em um período de atividade sexual, sem atividade econômica fora do lar ou desempenhando profissões de serviços gerais.

São questionadas, atualmente, as razões da ocorrência da violência contra as mulheres. A tendência corrente dos pesquisadores é considerar diferentes fatores de caráter pessoal, situacional e sócio-cultural, os quais combinados precipitam a ocorrência dessa violência. Day et al. (2003) destacam alguns fatores de risco de caráter pessoal do agressor: ser homem, ter presenciado violência conjugal quando criança, ter sofrido abuso quando criança, ter tido um pai ausente e consumir bebidas alcoólicas e/ou drogas. Como fatores de risco associados à relação conjugal: o conflito conjugal e o controle masculino da riqueza e das decisões na família. Como fatores de risco associados à comunidade: pobreza, desemprego, relacionamento com amigos delinquentes, isolamento das mulheres e suas famílias. E, por fim, como fatores de risco relacionados à sociedade, os

autores determinaram: as normas sócio-culturais, que concedem aos homens o controle sobre o comportamento feminino, a aceitação da violência como forma de resolução de conflitos, o conceito de masculinidade ligado à dominação, honra ou direito à agressão, bem como, os papéis rígidos para ambos os sexos.

A reação da mulher à violência é freqüentemente limitada pelas opções à sua disposição. Os motivos mais alegados pelas vítimas para continuar em um relacionamento abusivo são: medo de represália, perda do apoio financeiro, preocupação com os filhos, dependência emocional e financeira, perda do apoio da família e dos amigos, e a esperança de que o comportamento do parceiro mude um dia. Apesar dessas dificuldades, muitas mulheres acabam abandonando os parceiros violentos. As mulheres mais jovens são mais propensas a abandonar relacionamentos conflituosos mais cedo. Situações como aumento do nível da agressão, violências afetando os filhos e apoio sócio-familiar são determinantes na decisão por parte da vítima, de terminar seu relacionamento. Mesmo após o término de sua relação, a violência pode continuar e até aumentar. O risco de ser assassinada pelo marido se eleva após vítima e parceiro separarem-se (Day et al, 2003).

As mulheres abusadas vivenciam ansiedade motivada por sua insegurança física e emocional, isto é percebem seu corpo e sua identidade sob o risco de danos ou destruição. O rompimento de sua confiança que ocorre com o primeiro episódio de violência física e a natureza imprevisível de futuros ataques cria uma atmosfera de perigo contínuo e,

conseqüentemente, um estado de ansiedade e medo constantes (Kirkwood, 2003).

Não obstante o apoio legal que a mulher recebe mediante as atividades das Delegacias da Mulher, a condição histórica e cultural da dependência feminina persiste, dificultando e até mesmo impedindo que a mulher rompa as barreiras da sua condição dentro da família. Souza (2000), em pesquisa desenvolvida entre mulheres de baixa renda em São Paulo, observou que seus direitos são profundamente desrespeitados durante seus relacionamentos conjugais. A violência física e sexual ocorre com frequência, resultando em danos tanto à sua saúde geral bem como à sua saúde reprodutiva.

Em inquérito realizado com 420 mulheres no pós-parto, Menezes et al. (2003) verificaram uma mudança no padrão de violência durante a gravidez. Ela cessou em 43,6% dos casos, diminuiu em 27,3% e aumentou em 11,0%. As variáveis que persistiram fortemente relacionadas à violência foram: baixa escolaridade, história de violência na família da mulher, consumo de álcool e desemprego do parceiro.

Schraiber et al. (2002) e Kronbauer e Meneghel (2005) verificaram que, entre as usuárias de Unidades Básicas de Saúde (UBS), em Porto Alegre e São Paulo, havia uma elevada prevalência de violência contra a mulher. Paradoxal é o fato de que essas elevadas prevalências são, em geral, desconhecidas pelos profissionais de saúde que as atendem.

Kronbauer e Meneghel (2005), estudando 251 mulheres entre 18 e 49 anos atendidas em uma UBS verificaram que 46% dos casos detectados de

violência física foram cometidos contra aquelas que iniciam sua vida sexual antes dos 15 anos, contra 34% ocorridos entre aquelas que tiveram sua primeira experiência sexual mais tarde. Os autores constaram, também, que as variáveis relacionadas ao companheiro que mais perpetra a violência psicológica e física foram: ser mais velhos, ter menos escolaridade e ser desocupado, ou aposentado. A probabilidade de ser vítima de violência era maior entre as mulheres: com mais de dez anos de união conjugal, que tiveram maior número de gestações e com maior número de filhos vivos. A frequência relativa de violência psicológica e física (59% e 40% respectivamente) foi maior entre as mulheres negras do que entre as brancas (51% e 36% respectivamente).

A determinação da frequência da violência praticada pelo parceiro das gestantes e da existência de dificuldades para a abordagem deste problema pelos médicos e enfermeiros que prestavam assistência pré-natal em hospitais do exército dos Estados Unidos da América foi feita por Ortiz e Ford (2005). Os autores constataram que 93% dos profissionais faziam o rastreamento da violência de gênero contra as gestantes, porém, eles tinham dificuldades para investigar a violência íntima. As principais dificuldades mencionadas pelos profissionais foram falta de tempo (80%) e deficiência na formação profissional (72%), muito embora 74% deles tivessem confirmado seu treinamento e educação para a identificação de problemas relacionados à violência de gênero.

Menezes et al. (2003) aponta que os profissionais de saúde, de forma geral, não estão habilitados para identificar sinais de violência doméstica nas

peessoas que assistem. Dificilmente estes profissionais fazem perguntas relacionadas ao tema durante a anamnese que conduzem. Foi observado que apenas 9% a 11% dos médicos haviam abordado o item violência doméstica ao atender as pacientes que procuraram serviços de assistência primária à saúde. Os profissionais deixaram de atuar de forma eficaz nesta esfera em razão das inúmeras dificuldades que enfrentavam para lidar com a questão. Ficou evidente a necessidade de atenção especial por parte das ações públicas e dos profissionais para esta realidade social (Rodrigues et al, 1999).

As parteiras que atuavam em Londres, ao serem questionadas sobre seu conhecimento da existência de perguntas de rotina relativas à violência doméstica, responderam que elas estavam cientes de tal fato, afirmaram que este tipo de dado era importante e deveria ser coletado. Entretanto, elas apontaram dificuldades pessoais e de ordem prática tais como falta de tempo, dificuldade para proporcionar a sensação de segurança às mulheres, escassez de pessoal, baixa moral da equipe e experiência pessoal com a violência doméstica para fazer este tipo de pergunta. Observou-se que a realização de pesquisa abordando esta temática aumentou a conscientização das profissionais a respeito deste problema e despertou o interesse na formação de parteiras especialistas em assistência às pessoas vitimadas pela violência doméstica (Mezey, 2003).

Em uma cidade do norte da Suécia, parteiras de uma clínica de assistência pré-natal foram avaliadas quanto a sua experiência, conhecimentos, atitudes e rotinas de assistência às vítimas de violência

contra as gestantes. Estas profissionais, embora tivessem os conhecimentos necessários e a sensibilidade para atender necessidades das gestantes, não perceberam a ocorrência da violência. Os pesquisadores concluíram que os sinais e sintomas de abuso são variáveis e seu reconhecimento pelos profissionais não constitui tarefa fácil. Entre 0,6% e 2,3% das gestantes atendidas naquela clínica, durante o ano focalizado pelo estudo, haviam sido vítimas de abuso sexual e psicológico antes e depois da gravidez. O programa assistencial desenvolvido no serviço não fornecia orientações sobre as formas de resposta à violência, não havia a divulgação de material relativo à problemática da violência doméstica ou relativo as possibilidades de apoio no caso da gestante sofrer algum tipo de violência. Até mesmo nos casos em que as parteiras suspeitavam da ocorrência de violência, elas não chegavam a fazer indagações sobre tal ocorrência ou fornecer qualquer tipo de ajuda específica para o problema (Edin e Högberg, 2002).

Salmon et al. (2005) relatou que um programa educacional com o objetivo de melhorar o conhecimento, habilidades e atitudes dos profissionais atuando na assistência às mulheres vítimas de violência doméstica, bem como a implementação de um questionário de rotina no pré-natal abordando o tema da violência contra as gestantes, foram recebidos de forma positiva por parteiras. O desenvolvimento deste programa proporcionou o aumento do conhecimento e a confiança dos profissionais na prestação de assistência à mulher vitimada pela violência doméstica. A principal barreira mencionada pelas parteiras para a abordagem do tema

junto às gestantes foi a presença do parceiro masculino

Mulheres vítimas de violência atendidas em uma maternidade de Londres aceitaram responder um questionário de rotina sobre violência doméstica desde que este fosse feito de forma segura, em ambiente confidencial e por profissionais que se mostrassem receptivos e não fizessem julgamentos (Bacchus, 2002).

Os dados constantes na revisão da literatura científica do presente estudo demonstraram que a problemática da violência doméstica contra a mulher grávida abrange inúmeras perspectivas. A violência por si só pode ocasionar grandes malefícios à saúde da mulher, seu filho e familiares. Face à inexistência de estudos que verificassem como a estrutura familiar da mulher e o tipo de vínculo entre agredida e agressor estariam associados com as características da violência doméstica na gravidez, considerou-se ser pertinente a condução deste estudo.

1.3 Violência contra a mulher e a legislação

Em 1940, o Código Penal brasileiro caracterizou a agressão física do marido contra a mulher como delito passível de punição. Na década de 1980 foi criada a Delegacia da Mulher, idealizada como espaço legal especializado para receber as denúncias e transmitir segurança e apoio jurídico às mulheres agredidas.

Até a promulgação deste Código não existia legislação específica no Brasil referente à violência contra a mulher, nem mesmo àquela que ocorria no lar. Dessa forma, era necessário utilizar o Código Penal para fazer a arbitragem de questões desta natureza. Este Código era constituído por um conjunto de leis e não levava em conta a situação específica da violência contra a mulher. Atualmente, existem projetos de lei que estabelecem alterações progressistas na legislação criminal. Destaca-se o Projeto de Lei n.º 117/03, de autoria da deputada Iara Bernardi, que suprime a expressão "mulher honesta" dos artigos 216 e 231 do Código Penal. Ela propôs, também, a alteração do artigo 129 por meio da introdução do crime de violência doméstica. A pena para este tipo de crime era branda, pois a detenção variava entre 6 meses a 1 ano (Brasil, 2005).

O século XX entrou para a história como o século das conquistas dos direitos humanos. A partir da década de 1940, o Brasil começou a adotar convenções internacionais, políticas e diretrizes que definiam um conjunto de direitos humanos mínimos para uma sobrevivência digna da população.

O Brasil é signatário dos mais importantes tratados e conferências internacionais que estabelecem marcos legais para o avanço dos direitos humanos e dos direitos da mulher. Dentre esses, destacam-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a mulher da ONU (CEDAW), ratificada em 1984. Para garantir a utilização da CEDAW, foi elaborado outro tratado, ratificado em 2002, o Protocolo Facultativo à CEDAW. Outros instrumentos promotores do respeito aos direitos do indivíduo, frutos de

conferências internacionais, foram os aprovados na: Conferência Mundial de Direitos Humanos (Viena, 1993), Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995) e Conferência Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher sediado no Brasil (Belém-PA, 1994), ratificada em 27 de novembro de 1995.

Esses protocolos de intenção e tratados internacionais representam um avanço dos direitos coletivos e individuais da mulher, e enfocam sua vida reprodutiva e condição de violência. Os países signatários se comprometeram a proteger e a garantir os direitos estabelecidos e conquistados e a agir efetivamente para assegurá-los (Guimarães, 2004).

Em 7 de agosto de 2006 foi sancionada a "Lei Maria da Penha" de âmbito federal, oficialmente denominada Lei de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. Esta Lei passou a prever penas mais duras para agressões contra mulheres e aumentou os mecanismos de proteção às vítimas. Ela alterou o Código Penal permitindo o flagrante criminal e a decretação de prisão preventiva. Extinguiu, também, as penas pecuniárias que estabeleciam o pagamento de cestas básicas ou multas. A pena máxima foi aumentada de um para três anos de detenção (Cunha e Pinto, 2007).

Para a proteção da mulher agredida que esteja em risco de nova agressão ou de vida, a Lei prevê a retirada do agressor do lar, a proteção dos filhos e o direito da mulher reaver seus bens e cancelar procurações feitas em nome do agressor. A violência psicológica passa também a ser

caracterizada, como violência doméstica.

A mulher adquiriu o direito de afastamento temporário do trabalho por até seis meses se for constatado que seu afastamento é necessário para a manutenção de sua integridade física ou psicológica. Esta lei determina, também, a criação de um juizado especial para casos de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher para dar mais agilidade aos processos (Cunha e Pinto, 2007).

As terminologias utilizadas para situar o problema da violência contra a mulher são variadas, porém, o Ministério da Saúde adotou as seguintes conceituações abaixo listadas para elaborar a Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violência (Brasil, 2001) e as normas de Notificação de Maus-Tratos Contra Crianças e Adolescentes (Brasil, 2002):

- **Abuso sexual:** “constitui todo ato ou jogo sexual com a intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, ou visando utilizá-los para obter satisfação sexual. Essa categoria abrange as relações hétero ou homossexuais, cujos agressores estão em estágio de desenvolvimento psico-social mais adiantado que o da criança ou adolescente”.
- **Abuso psicológico:** “consiste em toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas do adulto”.
- **Abuso físico:** “é todo ato violento com uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis,

familiares ou outras pessoas, com o objetivo de ferir, lesar ou destruir a criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes em seus corpos e, muitas vezes, provocando a morte”.

Existem várias definições e óticas para o “abuso sexual”, termo mais freqüentemente citado na literatura. De acordo com Huffman (1980) ele deve ser usado apenas para casos em que não ocorrer penetração vaginal. Atualmente, os termos “abuso”, “agressão” e “violência” sexual são utilizados de forma ampla e genérica, mas não alteram a conduta clínica julgada necessária para cada caso atendido. Um outro termo, ainda, “assalto sexual”, é utilizado pelos profissionais de saúde, pesquisadores, juristas e demais militantes (Muram, 1992; Diêgoli et al, 1996).

Na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU) no ano de 2004, na Cidade de Belém do Pará (Brasil), foram formuladas as seguintes definições:

- **Violência contra a mulher** “qualquer ação ou conduta que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”.
- **Violência física** “aquela perpetrada no corpo da mulher por meio de socos, empurrões, beliscões, mordidas e chutes. Ou por meio de atos ainda mais graves, como queimaduras, cortes e perfurações feitas com armas brancas (facas, canivetes, estiletes etc.) ou armas de fogo”.
- **Violência doméstica contra mulheres** “a praticada dentro do lar

(ou no espaço simbólico representado pelo lar). Fundamenta-se em relações interpessoais de desigualdade e de poder entre mulheres e homens ligados por vínculos consangüíneos, de afetividade, de afinidade ou de amizade. O agressor se vale da condição privilegiada de uma relação de casamento, convívio, confiança, amizade, namoro, intimidade, privacidade que tenha ou tenha tido com a vítima”.

- **Violência psicológica** “ato no qual a mulher tem sua auto-estima atingida por agressões verbais constantes: ameaças, insultos, comparações, humilhações e ironia. Muitas vezes a mulher é proibida de se expressar, estudar, sair de casa, trabalhar, escolher o que vestir etc. Esta forma de violência é, em geral, mais sutil, mas não menos daninha. Enfraquece a capacidade de reagir ante a agressão”.
- **Violência sexual** “ato no qual a vítima é obrigada, em geral por meio do uso de força, coerção ou ameaça, a manter relações ou a praticar atos sexuais que não deseja”.

1.4 Violência contra a mulher e as políticas públicas

O Ministério da Saúde elaborou, em 2005, uma Norma Técnica relativa à prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência

sexual contra mulheres e adolescentes (Brasil, 2005). Esta Norma Técnica preconiza que a mulher vitimada pela violência deve ser atendida nas unidades de saúde e hospitais de referência por meio de fluxos internos de atendimento, com definição clara de qual profissional estará responsável em cada etapas da atenção dispensada. A atenção à mulher vítima de violência deve incluir etapas como entrevista, registro da história, exame clínico e ginecológico, exames complementares, bem como acompanhamento psicológico.

Condições especiais como intervenções de emergência e internação hospitalar devem ser consideradas nesse fluxo. Os profissionais devem dar especial atenção para o processo de acolhimento destas mulheres. Pressupõe-se que o “acolhimento” deva ser dado já na recepção da mulher dispensando escuta atenta, demonstrando respeito e solidariedade, e buscando de todas as formas compreender as necessidades e expectativas individuais.

O profissional de saúde deve, sobretudo, ter em mente que o acolhimento é um elemento importante para a assistência humana e de qualidade. Já no momento do primeiro contato, a mulher deve ser claramente informadas quanto a todos os procedimentos a serem realizados em cada etapa de seu atendimento, bem como quanto à importância de cada um desses procedimentos. Deve-se, contudo, e acima de tudo, respeitar a autonomia da mulher e sua eventual objeção a algum procedimento. Igualmente importante é fornecer à mulher atendida o apoio psicológico e medidas de fortalecimento, aspectos essenciais para que ela

possa enfrentar seus conflitos e problemas inerentes à sua situação.

A atenção é essencial para que a mulher tenha condições de reestruturar-se social e emocionalmente, o que será mais eficaz se houver o envolvimento de todos os membros da equipe assistencial durante todas as fases do atendimento. A assistência psicológica deve ser iniciada o mais cedo possível, preferencialmente desde o primeiro momento do atendimento, e deve ser mantida durante todo o processo de assistência.

Constituem as etapas obrigatórias do atendimento à mulher vítima de violência a realização do exame físico completo, o exame ginecológico, a coleta de amostras para diagnóstico de infecções uro-genitais e a coleta de material para identificação do agressor. É essencial que já na primeira entrevista se tenha especial atenção para alguns aspectos importantes para a condução e melhoria da assistência prestada, tais como o registro da história da violência, em prontuário, onde conste: local, dia e hora aproximada da violência sexual, tipo de violência sexual sofrida, forma de constrangimento utilizada, tipificação e número de agressores, e órgão que realizou o encaminhamento.

Igualmente importante, é verificar se algum eventual atendimento prévio foi prestado e, se esse for o caso, quais medidas foram tomadas. Deve ser verificado, por exemplo, se houve atendimento de emergência em outros serviços, se medidas de proteção à vítima foram tomadas, se um Boletim de Ocorrência Policial foi preenchido, se o exame pericial de Corpo de Delito e Conjunção Carnal foi realizado, se no caso da vítima for criança ou adolescente, os formulários de Comunicação ao Conselho Tutelar ou à

Vara da Infância e da Juventude, foram preenchidos e encaminhados, ou se quaisquer outras medidas legais cabíveis foram tomadas.

Deve ser oferecido à mulher seu acesso à rede de apoio familiar e social especialmente criada para a vítima de violência, a qual conta com abrigos de proteção.

Na ocorrência de suspeita ou confirmação de gravidez, o profissional deve conhecer e considerar as demandas originárias da própria mulher como, por exemplo, seu desejo de interromper ou não a gravidez. Em ambos os casos, os profissionais devem fornecer todas as informações relativas aos direitos da mulher e apresentar a ela as alternativas para interrupção da gravidez, bem como a assistência pré-natal, a ela assegurada gratuitamente, e o programa de entrega da criança para adoção.

A assistência à mulher vitimada pela violência requer uma abordagem intersetorial e interdisciplinar, pois hoje a problemática da violência está ligada a questões sociais, policiais e judiciais. Desse modo, é necessário que os profissionais conheçam e informem às vítimas os aspectos legais nos quais a situação delas incorre.

A Norma Técnica do Ministério da Saúde preconiza que as seguintes leis ou procedimentos devem ser claramente informados às gestantes:

- A Lei nº. 10.778 de 2003 estabelece a **notificação compulsória, a qual tem a finalidade de ajudar no** dimensionamento do fenômeno da violência sexual e suas conseqüências, contribuindo para a implantação de políticas de intervenção e prevenção do problema;

- Para vítimas com menos de 18 anos de idade, **a suspeita ou confirmação** de abuso sexual deve, obrigatoriamente, **ser comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude.**

Além dos aspectos técnicos já mencionados, a mulher deve receber um apoio psicossocial amplo. Isto é necessário porque violência contra ela exerce forte impacto sobre sua saúde física e mental, assim como sobre bem-estar dela e demais membros da família. A polícia, o Judiciário, os serviços sociais e de saúde devem trabalhar juntos para enfrentar o problema da violência, isso torna mais rápido o acesso da vítima aos programas de apoio e proteção previstos em lei.

É importante lembrar que quando lidando com casos de violência sexual praticada por parceiros íntimos, familiares ou pessoas próximas, a violência física está sistematicamente associada.

A equipe de saúde deve apoiar a vítima e seus familiares no processo de reconhecimento do problema, compreendendo e acreditando no depoimento da pessoa objeto de violência, bem como contextualizando os aspectos socioculturais, históricos e econômicos. A equipe assistencial deve também ter em mente que é importante não imputar à vítima qualquer culpa nem guiar suas decisões.

Ainda no caso da violência contra a mulher praticada por parceiro íntimo, o profissional deve ajudar a vítima a estabelecer um vínculo de confiança individual e institucional. Isso favorece a obtenção de um histórico da violência mais completo e próximo da realidade, o que permite uma

melhor avaliação da conveniência de se terminar a relação mantida entre ela e seu agressor, das possibilidades pessoais da vítima, dos seus recursos sociais e familiares e dos riscos.

É fundamental respeitar a autonomia, individualidade e direitos da vítima de violência sexual, além de resguardar sua identidade, garantindo assim, seu espaço público.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

Os objetivos do presente estudo foram:

- Identificar a ocorrência da violência doméstica contra mulher;
- Verificar se existe associação entre as características sócio-demográficas da mulher, como a estrutura familiar a que está inserida e o vínculo existente com o marido/companheiro, com o fato dela ter sido vítima de violência doméstica.

METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Este é um estudo transversal, exploratório, analítico, de base hospitalar, sobre a frequência e as características da violência doméstica contra a mulher, tendo como base o relato das mulheres alvo de pesquisa.

3.2 Local

O estudo foi desenvolvido em uma maternidade filantrópica, localizada em bairro da Região Centro-Sul da cidade de São Paulo, referência para as gestações de baixo risco. A Instituição presta assistência às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, exclusivamente pelo convênio com o Sistema Único de Saúde, provenientes de diferentes regiões do município ou da região metropolitana da cidade de São Paulo, por demanda espontânea ou encaminhamento de outras instituições e serviços.

A reestruturação da maternidade ocorrida em maio de 2001, a estabeleceu como Centro de Parto Normal (CPN) e adotou a filosofia de assistência humanizada ao nascimento e parto. Ficando o atendimento às parturientes sob a responsabilidade de enfermeiras obstétricas.

3.3 População do Estudo

A população do estudo foi composta por mulheres que receberam assistência ao parto na Instituição em 2006.

Os critérios de inclusão no estudo foram:

- Idade gestacional superior a 24 semanas completas, ou recém-nascido vivo com mais de 500g;
- Relacionamento com parceiro íntimo no último ano, independente de coabitação.

Foram excluídas do estudo as mulheres que:

- Por qualquer motivo se recusaram a responder as perguntas do pesquisador;
- Tiveram óbito fetal intra-uterino;
- Deram à luz um natimorto;
- Tinham déficit mental ou estavam em estado psicológico que as impedisse de responder as questões a elas postas.

3.4 Cálculo da amostra

Levando-se em conta o atendimento de 13.000 mulheres feito de

novembro de 2004 a outubro de 2005*, o que resultou em uma média mensal de 1.100 assistências, e utilizando a fórmula:

$$N = p q t^2 / d^2 \quad (\text{Cochran, 1965}),$$

onde:

N = tamanho da amostra;

p = proporção populacional (foi utilizado $p = 0,5$ pelo fato de não termos este dado e com o objetivo de não subestimar o N);

$q = 1 - p = 0,5$;

t = abscissa da curva de densidade da normal padrão, N (0,1), que define uma área alpha na extremidade de seus ramos. $t = 1,96$;

d = margem de erro aceita na população estimada, $d = 0,05$;

alpha = risco que o erro real seja maior que d, $\alpha = 0,05$.

O tamanho da amostra de puérperas a participar do presente trabalho foi calculado como sendo $N=384$.

3.5 Definições de termo

Visando a clareza metodológica, os principais termos utilizados nesta pesquisa são definidos a seguir.

Companheiro: aquele que mantém com a mulher um relacionamento íntimo de afeto e habita na mesma residência sem haver a união formal de

* Fonte: Relatórios anuais de 2004 e 2005 existentes na Instituição.

ambos.

Marido: aquele que mantém com a mulher um relacionamento íntimo de afeto, habita na mesma residência e é unido formalmente a ela.

Os agentes da violência doméstica foram classificados, segundo a proximidade familiar como: **companheiro** (marido/companheiro ou ex-marido/ex-companheiro ou namorado/ex-namorado), **alguém de sua família** (mãe/pai, madrasta/padrasto, tios(as), primos(as), irmãos(ãs)), **alguém da família do companheiro** (mãe/pai, madrasta/padrasto, tios(as), irmãos(ãs)) e **outros** (vizinha(o), amigo(a), patrões, colega de trabalho, colega de escola, ex-companheira do companheiro e outros) e **desconhecidos**.

3.6 Estudo piloto

Com a finalidade de testar o instrumento de coleta de dados, este foi, após autorização da direção da instituição participante deste estudo, aplicadas em 30 puérperas. Os dados obtidos dessa amostra não foram incluídos no estudo, apenas geraram pequenos aperfeiçoamento do instrumento.

3.7 Coleta de dados

3.7.1 Operacionalização da coleta de dados

A coleta de dados foi realizada após aprovação do estudo pelas instâncias competentes, a saber, o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, instituição à qual a autora do estudo está vinculada pelo Programa de Pós-Graduação (Anexo1) e a direção da maternidade, instituição onde a coleta de dados foi realizada (Anexo 2).

Os formulários foram aplicados pela própria pesquisadora no setor de Alojamento Conjunto da maternidade, no período compreendido entre maio e julho de 2006.

Os dados foram coletados em dias alternados da semana, em algum momento entre 7h e 19h, sendo as mulheres elegíveis para a coleta identificadas segundo uma numeração de 18 a 105, números atribuídos aos leitos do Alojamento Conjunto da Instituição. A cada dia de coleta, dez mulheres eram sorteadas para a aplicação do formulário, atividade com duração média de 30 minutos. Caso a sorteada não satisfizesse os critérios de inclusão, uma outra mulher era sorteada para substituí-la. Após o sorteio e a aquiescência das mulheres, estas foram esclarecidas a respeito da sua finalidade do estudo e do caráter sigiloso da coleta dos dados. Foram informadas que sua participação não implicaria em qualquer prejuízo à continuidade do seu atendimento, mesmo que elas se negassem a fazer parte ou a interromper sua participação no estudo a qualquer momento.

Posteriormente à aceitação em participar, as mulheres foram orientadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3).

Em seguida, as mulheres foram acomodadas em um local privativo, no próprio setor do Alojamento Conjunto, para a aplicação do instrumento de coleta de dados.

As participantes foram bastante colaborativas e reagiram de modos diferentes durante a entrevista. Algumas agradeceram a atenção dada a seu problema e confirmaram a importância do tema abordado por este estudo. Outras choraram ao lembrar a violência sofrida. Digno de registro é o fato de uma participante recusar qualquer auxílio, por acreditar que qualquer medida, possível de ser tomada em seu caso, somente traria consequências não desejadas.

Recusaram-se a participar da pesquisa 47 mulheres cujo direito foi respeitado. Aquelas que confirmaram terem sido vítimas de violência doméstica foram encaminhadas à Assistente Social da instituição para as providências pertinentes.

3.7.2 Instrumento de Coleta de Dados

Foi elaborado um formulário estruturado (Anexo 4) para coletar dados. Parte dos itens deste formulário foi extraída do “*Abuse Assessment Screen - AAS*”, instrumento, já validado em língua portuguesa por Reichenheim et al.

(2000), originalmente desenvolvido nos Estados Unidos da América para rastrear a violência contra a mulher grávida.

O instrumento de coleta de dados foi composto das seguintes partes:

Parte 1: aplicada a todas as mulheres da amostra aleatória, independentemente do fato de terem declarado serem vítimas de violência doméstica. As perguntas contidas nesta seção referiam-se à identificação pessoal, variáveis sociodemográficas, informações sobre família e sobre o marido/companheiro.

Parte 2: aplicada apenas às mulheres que declararam ter sido vítimas de violência doméstica em algum momento da vida. As perguntadas referiam-se ao tipo, frequência e detalhes referentes à violência sofrida, e ao causador da violência.

3.8 Variáveis estudadas:

3.8.1 Socioeconômicas e Obstétricas (variáveis independentes)

- Idade: anos completos por ocasião da entrevista.
- Estado civil: por ocasião da entrevista.
- Número de filhos: por ocasião da entrevista.
- Religião: católica, evangélica, espírita, não declarada, outras.
- Escolaridade: não ou sim – anos de escolaridade
- Trabalho: por ocasião da entrevista: não ou sim.

- Trabalho do marido/companheiro: por ocasião da entrevista: não ou sim.
- Moradia: própria, alugada, emprestada, outros.
- Renda “per capita” mensal e em reais. (As rendas referidas foram classificadas segundo salário mínimo vigente na época da coleta de dados, de R\$ 350,00).
- Principal provedor da família: a entrevistada, marido/companheiro, pai/mãe, irmão(a), filho(a), outro.
- Dependência financeira: não e sim - marido/companheiro, pai/mãe, irmão (a), avô(a), outro.
- Gravidez: planejada ou não planejada.
- Aceitação da gravidez pelo pai da criança e pela família da mulher: família aprovou e ajudou, família não aprovou mas ajudou, família aprovou e não ajudou, família não aprovou e não ajudou, pai aprovou e ajudou, pai não aprovou mas ajudou, pai aprovou e não ajudou, pai não aprovou e não ajudou.
- Vínculo com o pai da criança antes da gravidez: casados (não ou sim), amigos, noivos, namorados, outros.
- Tempo de relacionamento antes da gravidez: número absoluto em meses.
- Situação de trabalho do marido/companheiro no momento da ocorrência da gravidez: não ou sim.
- Hábito de consumo de bebida alcoólica por parte da mulher e marido/companheiro: não ou sim.

- Situação marital mudou com a gravidez: casada (não ou sim), separada, amigada, outro.
- Ciúmes (do marido/companheiro, dela ou de ambos), alcoolismo e/ou drogas, incompreensão, indiferença, irresponsabilidade do marido/companheiro, problemas financeiros, desentendimento, ameaças por parte do marido/companheiro, negligência do marido/companheiro com os filhos, ocorrência da gravidez, outro.

3.8.2 Obstétricas (variáveis dependentes)

- Número de consultas pré-natais: em número absoluto.
- Problema que foi causado pela violência: nenhuma, de saúde em geral, de saúde relacionado à gravidez, psicológico/ emocional, outro.
- Medo do marido/companheiro ou de alguém do convívio: não ou sim.

3.9 Tratamento dos Dados

Os dados constantes nos formulários foram inseridos e analisados em um banco de dados do programa R para LINUX versão 2.1.1 (The R Project

for Statistical Computing) **.

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva dos dados a qual evidenciou as características sociodemográficas das mulheres, de sua família e de seu marido/companheiro. Estas, agrupadas por classe e seguidas das respectivas frequências absolutas (N) e relativas (%) das respondentes, estão apresentadas em forma de tabela.

Posteriormente foi realizada uma análise multivariada para verificar a existência de associação entre as características da violência doméstica contra as mulheres e as variáveis estudadas referentes à mulher vitimada, sua família, seu agressor e meio de convivência. Para isso foi utilizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson. Esse teste baseou-se nas diferenças entre valores observados e esperados. A ocorrência de proporções díspares, quando eram esperadas ser semelhantes, indica associação entre as variáveis.

Dada a não existência de restrições em relação ao tamanho da amostra, o Teste Exato de Fisher também foi usado para comparação dos valores de significância estatística (p) obtidos em cada um desses dois testes. Quanto maior o valor de p maior a probabilidade a favor da “hipótese zero” (Ho), ou seja, menor a certeza de associação entre variáveis (Bussab e Morettin, 2003).

** The R Project for Statistical Computing [software on the Internet]. Vienna: Vienna University of Economics and Business Administration; 2003 [cited 2006 Jul. 23]. Available from: www.r-project.org

RESULTADOS

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo, o qual contou com a participação de 385 mulheres no período pós-parto, internadas na Instituição, de maio a julho de 2006 estão apresentados em forma de tópicos desenvolvidos a seguir.

4.1 Descrição das características sociais das mulheres e de seus maridos/companheiros

Os dados apresentados nas tabelas que se seguem descrevem as características sociais e os antecedentes obstétricos das mulheres que participaram deste estudo: idade, situação conjugal, mudança de situação conjugal motivada pela gravidez, escolaridade, situação de trabalho no momento da entrevista, hábito de consumo de bebida alcoólica, religião, renda familiar, tipo de moradia, situação financeira, assistência pré-natal, idade gestacional, planejamento da gravidez, uso de método anticoncepcional, atitudes dos familiares diante da gravidez, tipo e tempo de vínculo entre a mulher e o pai da criança antes da gravidez. Alguns dados do marido/companheiro são apresentados: escolaridade, condições de trabalho, existência de filhos de relacionamento anterior, condições de trabalho no momento da ocorrência da gravidez, hábito de consumo de bebida alcoólica e atitude do pai da criança diante da gravidez.

Tabela 1 – Características bio-sociais das mulheres. São Paulo, 2006. N = 385.

Variáveis	N	%
Idade		
<=19	106	27,5
20-24	129	33,5
25-29	85	22,1
30-34	43	11,2
>=35	22	5,7
Situação conjugal		
Solteira	74	19,2
Amigada	215	55,8
Casada	89	23,1
Viúva	1	0,3
Outros	3	0,8
Não declarou	3	0,8
Mudança na situação conjugal decorrente da gravidez		
Não	224	58,2
Amigou	79	20,5
Casou	31	8,1
Separou	24	6,2
Não declarou	27	7,0
Anos de estudo		
<5	25	6,5
5-8	130	33,8
9-11	220	57,1
>=12	10	2,6
Trabalho no momento da entrevista		
Não	250	65,0
Sim	129	33,5
Não declarou	6	1,5
Consumo de bebida alcoólica		
Não	317	82,3
Sim	61	15,8
Não declarou	7	1,9
Religião		
Católica	214	55,6
Evangélica	102	26,5
Espírita	6	1,5
Não Declarada	56	14,5
Outro	7	1,9

A Tabela 1 mostra que a amostra estudada era composta de três subgrupos não muito diferentes em proporção: adolescentes (27,5%), jovens de 20 a 24 anos (33,5%) e jovens de 25 a 29 anos (22,1%). Outros dois subgrupos completavam a amostra e incluíam participantes de 30 a 34 anos (11,2%) e com idade acima de 35 anos (5,7%). A idade média das mulheres estudadas era de 23,59 anos e variava de 13 a 42 anos.

Mais da metade das participantes (55,8%) eram unidas consensualmente, quase um quarto (23,1) casadas e 19,2% solteiras. Mais da metade das mulheres (58,2%) relataram não ter havido mudança da situação conjugal em decorrência da gravidez, 20,5% passaram a morar juntos após a gravidez e 8,1% se casaram. Destaca-se que 6,2% se separaram após a ocorrência da gravidez.

Mulheres com escolaridade entre nove e onze anos perfaziam 57,1%, enquanto que 33,8% possuíam instrução escolar entre cinco e oito anos e 6,5% menos de cinco anos. Apenas 2,6% das participantes haviam estudado mais de doze anos. Constata-se assim que mais de um terço (40,3%) das participantes tinha um nível educacional baixo, no máximo ensino fundamental completo, e mais da metade da amostra (57,1%) possuía no máximo ensino médio completo. A escolaridade média da amostra foi de 8,69 anos com mediana de 9 anos.

Apenas 33,5% das mulheres tinham algum tipo de trabalho remunerado. E 15,8% das mulheres relataram uso constante de bebida alcoólica.

Aproximadamente a metade (55,6%) das participantes era católica,

cerca de um quarto (26,5%) evangélicas, e uma pequena parcela (1,5%) referiu ser espírita. Praticamente uma em sete mulheres declararam não ter ou ser membro de qualquer religião.

Tabela 2 – Características sociais dos parceiros*. São Paulo, 2006.

N= 307		
Variáveis	N	%
Anos de estudo		
<5	32	10,4
5 – 8	115	37,5
9 – 11	141	45,9
>=12	11	3,6
Não sabe	8	2,6
Trabalho no momento da entrevista		
Não	40	13,0
Sim	267	87,0
Consumo de bebida alcoólica		
Não	181	59,0
Sim	126	41,0

*parceiros = por casamento ou união consensual e por relacionamento sem coabitação.

A Tabela 2 mostra que a maior proporção (45,9%) dos parceiros tinha entre nove e onze anos de estudo, seguindo-se uma escolaridade de cinco a oito anos (37,5%) e uma de menos de cinco anos de estudo (10,4%). Apenas 3,6% dos parceiros tinha mais de doze anos de estudo. Na ocasião da entrevista, a grande maioria (87,0%) dos parceiros estava empregada. Mais de um terço (41,0%) tinham o hábito de consumir bebidas alcoólicas.

Tabela 3 – Características sociais do pai da criança. São Paulo, 2006.

N = 385		
Variáveis	N	%
Trabalho no momento da gravidez		
Não	50	13,0
Sim	323	83,9
Não respondeu	12	3,1
Filhos de outros relacionamentos		
Não	272	70,6
Sim	107	27,8
Não sabe	6	1,6

No momento da ocorrência da gravidez, a maioria (83,9%) dos pais estava inserida no mercado de trabalho e aproximadamente um quarto (27,8%) tinha filhos de outros relacionamentos.

Tabela 4 – Caracterização das mulheres por satisfação relativa ao relacionamento com os familiares e o tipo de moradia. São Paulo, 2006.

N = 385		
Variáveis	N	%
Satisfação		
Satisfeita	355	92,2
Insatisfeita	30	7,8
Moradia		
Própria	222	57,7
Alugada	118	30,6
Emprestada	43	11,2
Outros	2	0,5

A grande maioria (92,2%) das mulheres estava satisfeita com o relacionamento mantido com os membros de sua família. Aproximadamente a

metade (57,7%) delas morava em casa própria, quase um terço (30,6%) em casa alugada, 11,2% em moradia emprestada.

Tabela 5 – Características das mulheres segundo situação financeira. São Paulo, 2006.

N = 385		
Variáveis	N	%
Renda familiar		
até 350	37	9,6
351-700	135	35,1
701-1050	73	19,0
1051-1400	37	9,6
1401-1750	24	6,2
1751-2100	14	3,6
>2100	12	3,1
Não sabe	53	13,8
Principal provedor da família		
Entrevistada e ou outro	75	19,5
Marido/companheiro	207	53,8
Pai/mãe	58	15,1
Irmão(ã)	14	3,6
Outro	31	8,0
Dependência financeira		
Não	104	27,1
Marido/companheiro	277	72,0
Pai/mãe	2	0,5
Avô(a)	1	0,2
Não respondeu	1	0,2

A renda da família das mulheres estudadas tinha grande variação, 9,6% delas mencionaram um ganho mensal menor que R\$ 350,00 e 3,1% mais que R\$ 2.100,00. Uma certa concentração foi encontrada nas faixas de renda de R\$ 351,00 a R\$ 700,00 e de R\$ 701,00 a R\$1.050,00 onde 35,1% e 19%, respectivamente, das famílias das mulheres participantes se

encontravam. De modo que mais da metade (63,7%) delas não possuía renda superior a R\$ 1.050,00 e a renda média familiar da amostra era de R\$ 891,30.

Em 53,8% dos casos o provedor principal da família era marido ou companheiro, em 15,1% o pai e/ou mãe da participante. Uma em cinco (19,5%) das mulheres entrevistadas afirmaram sustentar sua família sozinha ou com a ajuda de mais alguém. Como resposta das entrevistadas para o quesito dependência financeira, registrou-se que a maioria (72,0%) dependia do marido ou companheiro e apenas 0,5% dependia do pai e/ou da mãe e 27,1% tinham independência financeira. Observou-se uma contradição em relação à dependência financeira relatada pelas mulheres, visto que algumas das 27,1% de mulheres que alegaram independência financeira não eram as únicas provedoras da família. É possível que a expressão dependência financeira tenha diferentes significados para as mulheres.

Tabela 6 – Características das mulheres segundo a idade gestacional e planejamento da gravidez. São Paulo, 2006.

N = 385		
Variáveis	N	%
Idade gestacional		
36 e 37 semanas	23	6,0
38 e 39 semanas	75	19,5
40 semanas ou mais	272	70,7
Não sabe	15	3,9
Planejamento da gravidez atual		
Não	214	55,6
Sim	171	44,4
Uso e tipo de método anticoncepcional		
Não usou	171	44,4
Anticoncepcional hormonal Oral	156	40,6
Condom masculino	44	11,5
Anticoncepcional hormonal injetável	9	2,3
Coito interrompido	5	1,3

A grande maioria (90,2%) dos partos foram feitos após 37 semanas ou mais de gestação, aproximadamente metade (55,6%) das gestações não havia sido planejada. O anticoncepcional oral era usado por 40,6% das mulheres e 11,5% tinham parceiros que usavam preservativos. Quase a metade (44,4%) das participantes, porém, responderam que não usavam qualquer método anticoncepcional.

Tabela 7 – Características das atitudes dos familiares da mulher e pai da criança diante da gravidez. São Paulo, 2006.

N= 385				
Atitude	Família		Pai da criança	
	N	%	N	%
Aprovou e ajudou	339	88,1	356	92,5
Aprovou e não ajudou	32	8,3	4	1,0
Não aprovou e ajudou	0	0	5	1,3
Não aprovou e não ajudou	10	2,6	16	4,2
Não respondeu	4	1,0	4	1,0

A maioria (88,1%) das mulheres relatou que seus familiares não tinham uma atitude negativa para com sua gravidez. Uma proporção não desprezível (8,3%) de mulheres, contudo relataram que apesar de seus familiares não rejeitarem a gravidez, elas não receberam qualquer ajuda deles.

Quase a totalidade (92,5%) das mulheres declarou que seus parceiros não rejeitaram a gravidez e ainda proporcionaram ajuda. A rejeição à gravidez somada à ausência de qualquer ajuda do parceiro foi relatado por 4,2% das participantes.

Tabela 8 – Tipo de vínculo da mulher com o pai da criança antes da gravidez atual. São Paulo, 2006.

N = 385

Tipo de vínculo	N	%
Casados	58	15,1
Amigados	160	41,6
Noivos	15	3,9
Namorados	136	35,3
Sem vínculo*	11	2,8
Outros**	5	1,3

* Entende-se por “sem vínculo”, os relacionamentos eventuais, sem características de continuidade ou periodicidade, que resultaram em gravidez.

** Relacionamento com conhecido, com ausência de qualquer tipo de compromisso.

Aproximadamente a metade (56,7%) das mulheres já tinha convivência com o parceiro, era casadas ou amigadas antes da gravidez, e aproximadamente um terço (35,3%) namoravam, enquanto que 2,8% não tinham qualquer tipo de compromisso com o pai da criança. Tempo médio de vínculo com o pai da criança, na amostra estudada, foi de três anos e nove meses.

4.2 Dados relativos à frequência e características da violência doméstica em algum momento da vida.

As Tabelas 9 e 10 demonstram a frequência e os tipos da violência doméstica contra as mulheres deste estudo.

Tabela 9 – Distribuição das mulheres que foram vítimas de violência doméstica em algum momento da vida. São Paulo, 2006.

N= 385

Violência Doméstica	N	%
Sim	142	36,9
Não	243	63,1

* psicológica e/ou física e/ou sexual.

Tabela 10 – Tipo de violência doméstica sofrida em algum momento da vida. São Paulo, 2006.

N=142

Tipo de violência doméstica	Sim		Não	
	N	%	N	%
Psicológica	138	97,2	04	2,8
Física	41	28,9	101	71,1
Sexual	7	4,9	135	95,1

Aproximadamente um terço (36,9%) das mulheres foram vítimas de violência doméstica em algum momento de suas vidas. Destas, quase a totalidade (97,2%) foi vítima de violência psicológica, seguida por 28,9% vítima de violência física e 4,9% de sexual.

Tabela 11 – Agentes da violência segundo tipo de violência contra a mulher. São Paulo, 2006.

Violência Doméstica	N	%
Psicológica		
Alguém da família da mulher	34	24,6
Alguém da família do companheiro	2	1,5
Companheiro	50	36,2
Companheiro e alguém da família da mulher	18	13,1
Não respondeu	4	2,9
Outros	30	21,7
Total	138	100
Física		
Alguém da família da mulher	7	17,1
Companheiro	16	39,0
Companheiro e alguém da família da mulher	4	9,8
Outros	14	34,1
Total	41	100
Sexual		
Companheiro	1	14,3
Companheiro e alguém da família da mulher	2	28,6
Companheiro e desconhecido	1	14,3
Desconhecido	2	28,6
Não respondeu	1	14,3
Total	7	100

O companheiro foi a pessoa mais freqüentemente citada como agente, isolado ou em associação, de violência psicológica, física e sexual. Na categoria “outros” foram incluídas as pessoas fora do convívio familiar como vizinho, patrão, colegas de escola e/ou do trabalho, ex-patrão e ex-companheira do companheiro.

Tabela 12 – Fatores relacionados à violência doméstica. São Paulo, 2006.

N=142		
Fatores	N	%
Início da violência		
Desde que conheceu o parceiro	31	21,8
Na gravidez	46	32,4
Após o início do convívio	50	35,2
Outro	9	6,4
Não respondeu	6	4,2
Razão da violência		
Ciúmes	28	19,7
Ciúmes, alcoolismo, incompreensão, problemas financeiros, desentendimento e negligência.	56	39,5
Ciúmes, incompreensão, problemas financeiros e desentendimento.	24	16,9
Ciúmes, incompreensão, problemas financeiros, desentendimento e ocorrência da gravidez.	34	23,9
Reação após violência		
Nunca falou sobre o assunto	36	25,4
Denunciou à delegacia e contou para familiares	10	7,0
Contou para amigos e familiares	73	51,4
Contou para amigos, familiares e profissionais.	17	12,0
Não respondeu	6	4,2
Consequências da violência		
Não	95	66,9
Saúde em geral e psicológico/emocional	26	18,3
Saúde em geral, saúde relacionada à gravidez e psicológico/emocional.	17	12,0
Não respondeu	4	2,8
Ajuda recebida		
Não	87	61,3
Família e amigos	27	19,0
Família, amigos e polícia.	14	9,9
Polícia	7	4,9
Serviço de saúde	3	2,1
Não respondeu	4	2,8
Discriminação		
Não	134	94,4
Familiares	1	0,7
Polícia	3	2,1
Serviço de saúde	4	2,8

Entre as mulheres que relataram ser vítimas de violência doméstica, aproximadamente um terço (35,2%) das mulheres declararam ter sido agredidas pela primeira vez depois de iniciarem o convívio conjugal e também cerca de um terço (32,3%) delas após a ocorrência da gravidez.

Segundo a percepção de 100% das mulheres agredidas a violência sofrida, foi motivada por ciúmes, de forma isolada ou em conjunto com outros fatores. O alcoolismo, em conjunto com incompreensão, problemas financeiros, desentendimento e negligência do marido/companheiro para com os filhos, foram os motivos percebidos da violência sofrida por 39,5%. Quase um quarto (23,9%) citou todos os motivos acima somados à ocorrência da gravidez.

Foi possível constatar que as mulheres reagiram de diversas maneiras diante da vitimação pela violência doméstica. A maioria (70,4%) contou para amigos e familiares. No entanto, apenas 12,0% referiram que contaram, também, para profissionais e apenas 7,0% denunciaram à delegacia. Cerca de um quarto (25,4%) nunca falou sobre o assunto.

Quanto às conseqüências da violência sofrida, dois terços (66,9%) negaram e 18,3% alegaram ter sofrido algum tipo de prejuízo nos âmbitos da saúde em geral e danos psicológicos ou emocionais.

Constatou-se que quase dois terços (61,3%) das mulheres que foram vítimas de violência não chegaram a procurar ajuda em nenhuma fonte e 19,0% recebeu ajuda de familiares e amigos. Apenas 2,1% procuraram serviço de saúde em busca de ajuda.

A Tabela 12 demonstra, ainda, que quase a totalidade (94,4%) das mulheres não sofreu discriminação no momento em que buscaram ajuda. Quando foram discriminadas, as mulheres citaram os profissionais dos serviços de saúde e os policiais como aqueles que as discriminaram.

A Tabela 13 ilustra que o medo do marido/companheiro ou de alguém do seu convívio por parte da mulher vítima de violência doméstica foi mencionado por 11,3% das mulheres agredidas.

Tabela 13 – Distribuição da existência do medo do marido/companheiro ou de alguém do seu convívio. São Paulo, 2006.

N= 142		
Existência de medo	N	%
Não	119	83,8
Sim	16	11,3
Não respondeu	7	4,9

4.3 Dados relativos à frequência e características da violência doméstica durante a gravidez.

As Tabelas a seguir apresentam dados relativos à ocorrência de violência doméstica durante a gravidez, considerando o total de mulheres da amostra e entre as 142 mulheres que referiram terem sido vítimas de violência doméstica em algum momento da vida.

Tabela 14 – Distribuição da ocorrência de violência doméstica durante a gravidez entre o total de mulheres da amostra. São Paulo, 2006.

N= 385

Violência Doméstica na gravidez	N	%
Sim	49	12,7
Não	336*	87,3

* inclui 93 mulheres que sofreram violência fora do período gravídico-puerperal.

Tabela 15 – Distribuição da ocorrência de violência doméstica durante a gravidez entre as mulheres vitimadas em algum momento da vida. São Paulo - 2006.

N= 142

Violência Doméstica na gravidez	N	%
Sim	49	34,5
Não	93	65,5

De acordo com a Tabela 14 e 15, as mulheres que sofreram violência durante a gravidez correspondem a 12,7% da amostra e 34,5% daquelas vitimadas em algum momento da vida.

Tabela 16 – Características da variação da frequência da violência doméstica com a ocorrência da gravidez. São Paulo, 2006.

N= 142

Frequência	N	%
Aumentou	36	25,3
Diminuiu	54	38,0
Inalterada	35	24,7
Cessou	4	2,8
Não respondeu	13	9,2

Os dados da Tabela 16 demonstram que para 38,0% das mulheres vitimadas, a frequência da violência doméstica diminuiu com a ocorrência da gravidez e para cerca de um quarto (25,3%) a violência aumentou. Uma proporção semelhante à esta última (24,7%) relatou que a ocorrência da violência permaneceu inalterada.

Tabela 17 – Distribuição do tipo de violência doméstica sofrida na gravidez. São Paulo, 2006.

N= 49				
Tipo de Violência doméstica durante a gravidez	Sim		Não	
	N	%	N	%
Psicológica	47	95,9	2	4,1
Física	17	34,7	32	65,3
Sexual	3	6,1	46	93,9

As mulheres foram vitimadas pelos três tipos de violência constantes no Instrumento de coleta de dados: a grande maioria (95,9%) pela violência psicológica, 34,7% pela física e pela sexual 6,1%. O instrumento de coleta classificou como violência psicológica, as ameaças de abandono, os gritos constantes com intimidação, e classificou como violência física, os golpes, tapas e empurrões. Quanto à violência sexual, as mulheres se referiam a este termo de uma forma genérica, visto que nenhuma mulher mencionou um detalhamento a respeito das características deste tipo de violência.

Tabela 18 – Distribuição dos agentes da violência doméstica na gravidez segundo tipo de violência. São Paulo, 2006.

Agentes da violência	N	%
Psicológica		
Alguém da família da mulher	8	22,8
Companheiro	17	48,6
Companheiro e alguém da família da mulher	5	14,3
Outros	5	14,3
Total	35	100
Física		
Alguém da família da mulher	5	29,5
Companheiro	8	47,0
Outros	4	23,5
Total	17	100
Sexual		
Companheiro	1	33,3
Companheiro e alguém da família da mulher	2	66,7
Total	3	100

Na Tabela 18, observa-se que para qualquer forma de violência, psicológica, física e sexual, o companheiro foi a pessoa citada com maior frequência como sendo o agente da violência na gravidez, seguido por um membro da família da mulher.

4.4 Características pessoais, familiares e tipo de vínculo da mulher com o marido/companheiro e sua associação com a violência doméstica

Os resultados dos testes estatísticos usados para verificar a associação entre variáveis, Testes Exato de Fisher e Qui-Quadrado de

Pearson, são apresentados juntamente com os gráficos de distribuição de cada variável em foco na amostra estudada (todas as participantes) e subgrupos dessa amostra (participantes violentadas e não violentadas).

Figura 1 – Associação entre violência contra a mulher e sua faixa etária. São Paulo - 2006.

p 0,3313 Teste Exato de Fisher

p 0,3294 Qui-Quadrado de Pearson

A Figura 1 ilustra a relação entre a violência contra a mulher e sua faixa etária. Não houve significância estatística entre a faixa etária e ocorrência de violência doméstica. Este dado é ilustrado por meio das linhas correspondente às mulheres que sofreram violência ou não terem

acompanhado de modo geral a linha referente ao total de mulheres.

Figura 2 – Associação entre a violência contra a mulher e os anos de escolaridade das mulheres. São Paulo, 2006.

p 0,6583 Teste Exato de Fisher

p 0,6592 Qui-Quadrado de Pearson

A Figura 2 ilustra a relação entre a violência contra a mulher e sua escolaridade. Não houve significância estatística entre escolaridade e ocorrência de violência doméstica. Este dado é ilustrado por meio das linhas correspondentes às mulheres que sofreram violência ou não terem acompanhado a linha referente ao total de mulheres.

Figura 3 – Associação entre a violência contra a mulher e sua inserção no mercado de trabalho. São Paulo - 2006.

p 1 Teste Exato de Fisher
p 0,4017 Qui-Quadrado de Pearson

A Figura 3 ilustra a relação entre a violência contra a mulher e o fato da mulher ter trabalho remunerado.

Constata-se que as linhas correspondentes às mulheres que trabalhavam ou não fora de casa são praticamente paralelas. Não houve significância estatística na associação entre violência doméstica e possuir ou não trabalho remunerado. Entretanto, o traçado correspondente às mulheres vitimadas pela violência não decresce paralelamente em relação ao do total das mulheres. Este fato demonstrou que uma proporção maior de mulheres que recebe alguma remuneração tinha sido vítima de violência doméstica.

Figura 4 – Associação entre a violência contra a mulher e o número de filhos. São Paulo - 2006.

p 0,8489 Teste Exato de Fisher

p 0,8648 Qui-Quadrado de Pearson

A Figura 4 ilustra a relação entre a violência contra a mulher e número de filhos tidos por ela. Não houve significância estatística entre número de filhos e ocorrência de violência doméstica. Este dado é ilustrado por meio das linhas correspondentes às mulheres que sofreram violência ou não terem acompanhado a linha referente ao total de mulheres.

Figura 5 – Associação entre a violência contra a mulher e o tipo de vínculo com o parceiro. São Paulo – 2006.

p 0,0733 Teste Exato de Fisher

p 0,1141 Qui-Quadrado de Pearson

A Figura 5 ilustra a relação entre a violência contra a mulher e tipo de vínculo existente com o parceiro. Não houve significância estatística entre a ocorrência de violência doméstica e tipo de vínculo entre a mulher e o pai da criança. Este dado é ilustrado por meio das linhas correspondentes às mulheres que sofreram violência ou não terem acompanhado a linha referente ao total de mulheres.

Figura 6 – Associação entre a violência contra a mulher e tipo de moradia. São Paulo - 2006.

p 0,9885 Teste Exato de Fisher

p 0,9726 Qui-Quadrado de Pearson

A Figura 6 ilustra a relação entre a violência contra a mulher e o tipo de moradia habitada, própria, alugada, emprestada ou de outra natureza. Não houve significância estatística entre tipo de moradia e ocorrência de violência doméstica. Este dado é ilustrado por meio das linhas correspondentes às mulheres que sofreram violência ou não terem acompanhado a linha referente ao total de mulheres.

Figura 7 – Associação entre a violência contra a mulher e seus proventos financeiros. São Paulo - 2006.

p 0,0215 Teste Exato de Fisher

p 0,0228 Qui-Quadrado de Pearson

A Figura 7 ilustra a relação entre a violência contra a mulher e seus proventos financeiros. Não houve significância estatística entre a ocorrência de violência doméstica contra a mulher e seus proventos financeiros. Este dado é ilustrado por meio das linhas correspondentes às mulheres que sofreram violência ou não terem acompanhado a linha referente ao total de mulheres.

Este acompanhamento não ocorreu apenas para a faixa salarial entre R\$ 1.401,00 a R\$ 1.750,00.

Figura 8 – Associação entre violência contra a mulher e sua dependência financeira. São Paulo, 2006.

p 0,8137 Teste Exato de Fisher
p 0,8200 Qui-Quadrado de Pearson

A Figura 8 ilustra a relação entre a violência contra a mulher e sua situação de dependência financeira. Não houve significância estatística entre existência de dependência financeira e ocorrência de violência doméstica. Este dado é ilustrado por meio das linhas correspondentes às mulheres que sofreram violência ou não terem acompanhado a linha referente ao total de mulheres.

Figura 9 – Associação entre a violência contra a mulher e os anos de estudo do marido/companheiro. São Paulo - 2006.

p 0,8513 Teste Exato de Fisher

p 0,8728 Qui-Quadrado de Pearson

A Figura 9 ilustra a relação entre a violência contra a mulher e anos de estudo do marido/companheiro. Não houve significância estatística entre escolaridade do marido/companheiro e ocorrência da violência. Houve uma proporção maior de homens com escolaridade entre 9 e 11 anos. Este dado é ilustrado por meio das linhas correspondentes às mulheres que sofreram violência ou não terem acompanhado a linha referente ao total de mulheres. Porém, a ligeira mudança de inclinação entre as linhas mostra que a violência contra a mulher diminuiu à medida que os anos de escolaridade do companheiro aumentou.

Figura 10 –. Associação entre a violência contra a mulher e o consumo de bebida alcoólica pelo marido/companheiro. São Paulo – 2006.

p 0,0002533 Teste Exato de Fisher
p 0,0002981 Teste Qui-Quadrado de Pearson

A Figura 10 ilustra a relação entre a existência da violência contra a mulher e consumo de bebida alcoólica por parte do marido/companheiro.

Os resultados desta Figura demonstram que, quando o marido/companheiro não era consumidor de bebida alcoólica, a proporção de mulheres que não tinham sido vítimas de violência era mais que o dobro. Ao contrário, quando o marido/companheiro tinha o hábito de consumir bebida alcoólica, a proporção de mulheres que tinham sido vítimas de violência era

maior. Os Testes Exato de Fisher e Qui-Quadrado de Pearson revelaram uma associação estatisticamente significante entre violência contra a mulher e consumo de bebida alcoólica pelo companheiro. Este fato é ilustrado pela inversão de inclinação da reta referente às mulheres agredidas em relação às não agredidas.

Figura 11 – Associação entre a violência contra a mulher e o número de consultas pré-natal. São Paulo, 2006.

p 0,94 Teste Exato de Fisher
p 0,9423 Qui-Quadrado de Pearson

A Figura 11 demonstra que a violência contra a mulher não possui relação com o número de consultas de pré-natal realizadas. Não houve significância estatística entre número de consultas de pré-natal e ocorrência

da violência.

No instrumento de coleta de dados, o item número 17, pergunta se a violência doméstica foi feita pelo profissional de saúde no pré-natal. Como resposta verificou-se que apenas 35 médicos, sete enfermeiros, um auxiliar de enfermagem, uma assistente social, uma fonoaudióloga, uma psicóloga e uma nutricionista incluíram este tipo de pergunta no momento da anamnese ou em outro momento da consulta de pré-natal.

Figura 12 – Associação entre a violência contra a mulher e a gravidez planejada. São Paulo – 2006.

p 0,01968 Teste Exato de Fisher

p 0,02463 Qui-Quadrado de Pearson

A Figura 12 ilustra a proporção de gravidez planejada ou não entre as mulheres vitimadas ou não. Nota-se que entre as não vitimadas, há proporções semelhantes de casos de gravidez planejada e não planejada, enquanto que a proporção de mulheres vitimadas aumentou grandemente quando sua gravidez não foi planejada. Porém, neste estudo os testes estatísticos não mostraram associação significativa entre as duas variáveis.

Cabe esclarecer que a gravidez planejada entre as mulheres vitimadas foi de 36,6% e entre as mulheres que não sofreram violência doméstica foi de 48,9%.

Figura 13 – Associação entre violência contra a mulher e a religião das mulheres que não planejaram a gravidez. São Paulo - 2006.

p 0,00223 Teste Exato de Fisher

p 0,001767 Qui-Quadrado de Pearson

A Figura 13 ilustra a associação entre a violência contra a mulher e sua religião e planejamento da gravidez, constatada pelos Testes Exato de Fisher e Qui-Quadrado de Pearson.

Observa-se que, proporcionalmente, mais mulheres evangélicas foram agredidas do que aquelas que informaram pertencer à igreja católica.

Figura 14 – Associação entre a violência contra a mulher e a aceitação da gravidez pelo pai da criança. São Paulo - 2006.

*pai da criança aprovou e não ajudou.
p 0,1439 Teste Exato de Fisher
p 0,2857 Qui-Quadrado de Pearson

A Figura 14 ilustra a relação entre violência contra a mulher e aprovação da gravidez pelo pai da criança. Este dado é ilustrado por meio das

linhas correspondentes às mulheres que sofreram violência ou não terem acompanhado a linha referente ao total de mulheres.

Figura 15 – Associação entre a violência contra a mulher e a aprovação da gravidez pela sua família. São Paulo - 2006.

p 0,9078 Teste Qui-Quadrado de Pearson

A Figura 15 ilustra a relação entre violência contra mulher e aprovação da gravidez por sua família. Não foi encontrada neste estudo qualquer associação estatisticamente significante

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

As principais características da amostra estudada são apresentadas a seguir, de forma sumária.

A mulheres entrevistadas eram em sua maioria adolescentes ou adultas jovens, da religião católica, em união consensual e a situação conjugal delas não havia apresentado qualquer mudança em razão da ocorrência da gravidez. Mais da metade das mulheres havia concluído o ensino fundamental, um terço exercia algum tipo de trabalho remunerado e uma proporção pequena fazia uso constante de bebida alcoólica. A maior fração de participantes tinha renda mensal de R\$ 351,00 a R\$ 700,00 e a maioria mencionou o marido ou companheiro como o principal provedor da família. A quase totalidade das entrevistadas estava satisfeita com o relacionamento mantido com os membros de sua família.

A respeito das características pessoais dos maridos/companheiros, a maioria tinha entre nove e onze anos de estudo e possuía algum tipo de trabalho remunerado, pouco menos da metade tinha o hábito de consumir bebida alcoólica e cerca de um quarto tinha filho de outros relacionamentos. A maioria das participantes relatou que seus familiares e os pais das crianças aprovou e as ajudou quando elas ficaram grávidas.

Mais da metade das mulheres deste estudo morava em casa própria e um terço morava em casa alugada. A existência de uma moradia repercute diretamente sobre a sensação de estabilidade de uma pessoa e contribui

para uma vivência mais plena da gravidez. Nesse sentido, não ter uma moradia própria pode causar uma grande sensação de incerteza quanto ao futuro e alterar a estabilidade das condições familiares, afetando negativamente a vivência da gravidez (Jeneral e Hoga, 2004). São dados que confirmam a necessidade de existir um planejamento para a gravidez, para que esta possa ocorrer em condições mínimas de estabilidade pessoal, familiar e social.

A maior parte das mulheres deste estudo não tinha planejado a gravidez e não usava método anticoncepcional. O anticoncepcional oral e o preservativo masculino foram os recursos mais utilizados pelos casais que faziam uso de algum método para evitar filhos.

Um estudo desenvolvido em 2000 nas capitais brasileiras revelou que, a cada 10 jovens escolarizados(as), aproximadamente nove evitavam a gravidez utilizando algum método contraceptivo, sendo semelhante os percentuais de respostas afirmativas para uso por ambos os sexos. Constatou-se, entretanto, a existência de um percentual de pessoas que praticavam relações sexuais sem nenhuma medida anticoncepcional (Castro, Abramovay, Silva, 2004).

O conjunto de dados constantes neste estudo reafirmou a necessidade de planejar a gravidez para que esta, a maternidade e a criação dos filhos possam ocorrer de maneira sustentada e sustentável. Isto constituiu uma recomendação originada na Conferência do Cairo e de Beijing, nas quais o Brasil foi um dos países signatários (Berquó, 1998; Brasil, 2004). As políticas públicas devem estar direcionadas para o alcance

desta meta, que constitui um ideal que merece ser perseguido. Entretanto, no cenário brasileiro, a concretização deste ideal requer ainda grandes investimentos na área social, visto que os problemas relacionados ao controle da capacidade reprodutiva da mulher envolvem questões complexas que incluem problemas de ordem social, e, sobretudo, de relacionamento de gêneros.

Mais da metade das mulheres deste estudo referiu o não planejamento da gravidez. Trata-se de realidade preocupante tendo em vista que a gravidez, neste caso, é caracterizada por perdas e ganhos e representa um momento de crise na vida da mulher (Maldonado, 1980). Vários autores são unânimes em afirmar que a gravidez é uma fase de crise. Porém, esta não se restringe ao aspecto negativo, pois a forma como ela é vivida dependerá da maneira que a fase é conduzida (Smigay, 1997).

Quanto à temática central desta pesquisa, a violência doméstica contra a mulher, constatou-se que mais de um terço (36,9%) já tinha sido vítima de violência em algum momento de suas vidas e para 12,7% esta ocorreu durante a gravidez.

Uma pesquisa realizada na cidade de Cuernavaca, México, para determinar se a gravidez constituía fator de risco para a violência doméstica e comparar a prevalência e a gravidade da violência, antes e durante a gravidez. Dentre as 468 mulheres que participaram deste estudo, 32,0% tinham sido vítimas de violência antes e durante a gravidez e 27,0% antes da gravidez, 9,2% que não tinham sido vítimas de violência antes da gravidez passaram a ser agredidas durante a gravidez e 7,7% das mulheres

tiveram a freqüência da violência diminuída na gravidez. A prevalência de violência emocional grave foi maior durante a gravidez e a ocorrência de violência física grave decresceu neste período. Houve associação entre história de abuso ou testemunho de violência doméstica na infância e vitimização pela violência durante a gestação (Castro e Ruiz, 2004).

Leung et al. (1999); Hanberger e Ambruel (2001) e Hedin e Janson (2000) mostraram que a freqüência da violência doméstica variava entre 0,9% a 20,1%, enquanto que Gazmararian et al. (2000) e Moore (1999) relataram uma freqüência variando entre 3,9% e 8,3%.

Quanto ao tipo de violência sofrida, em algum momento da vida e durante a gravidez, quase a totalidade já tinha sido vitimada pela violência psicológica, cerca de um terço pela violência física e uma pequena proporção, pela violência sexual.

A violência psicológica é considerada extremamente perversa pelo fato dela não provocar marcas no corpo. Sua importância é diminuída e, às vezes, chega a ser considerada normal. Entretanto, constitui um tipo de violência que fere a alma das mulheres, diminui sua autoestima, sua autoconfiança, seu orgulho próprio (Brasil, 2004).

Estudo realizado na Turquia revelou que 33,3% das gestantes tinham sofrido abuso sexual ou físico enquanto que 43,7% delas estavam satisfeitas com a vida sexual. Quando perguntadas diretamente se estavam satisfeitas com seu relacionamento com o parceiro, 61,2 % das mulheres afirmaram que sim (Sahin e Sahin, 2003).

Constatou-se em uma pesquisa realizada na Bolívia que 28,0% das mulheres estudadas relataram ter sido vítima de violência durante a gravidez, mas não foi constatada nenhuma associação entre violência na gravidez e o seu não planejamento (Mc Carraher et al, 2005).

Dentre as mulheres moradoras em uma comunidade de baixa renda localizada em um país do Sul da África, 38% já tinham sofrido violência doméstica em algum momento da vida e 35% tinham sido vítimas de algum tipo de abuso durante a última gravidez. A modalidade mais freqüente (52%) de violência referido por elas foi o abuso físico (Mbokota e Moodley, 2003).

Dados de mulheres moradoras na Nigéria, pertencentes a diferentes classes sociais e grupos étnicos, revelou que 47,1% tinham sido vítimas de algum tipo de violência, 11,7% pela primeira vez durante a gravidez e 49,2% anteriormente durante a gravidez e 39,0% antes da gravidez. O tipo mais comum de violência foi o abuso verbal (52,3%), a represália financeira (30,0%), o abuso físico (25,0%), a ameaça de violência (10,8%) e a realização de relação sexual de forma forçada (14,2%). Os causadores da violência foram o marido ou namorado (78,7%), parentes do marido (31,5%) e outros (6,1%). Não houve associação entre prevalência ou padrão de agressão e as variáveis sociodemográficas das mulheres e 99,0% das mulheres alvo de violência não fizeram registro de queixa na polícia (Ezechi et al, 2004).

A prevalência de violência emocional, sexual e física contra as mulheres durante o período gravídico e puerperal foi de 12,6 % em uma pesquisa realizada na China. Embora a violência tenha ocorrido em ambas

as fases, ela foi relativamente mais baixa durante a gravidez (4,3%) em relação aos 12 meses que precederam a gravidez (9,1%) e o período pós-parto (8,3%). A violência doméstica contra as mulheres antes da gravidez foi constatada como forte fator de risco para o abuso durante e após a gravidez (Guo et al, 2004).

A prevalência de violência durante a gravidez foi de 5,4% em um estudo realizado com mulheres japonesas. A depressão foi o agravo à saúde mais freqüente entre as mulheres vitimadas pela violência (Kataoka et al, 2005).

As mulheres moradores em Bangladesh que nunca (67,0%) tinham sofrido violência doméstica apresentavam níveis de escolaridade e renda familiar melhores que aquelas que afirmaram tê-la sofrido em algum momento da vida (Bates et al, 2004).

No estado do Alabama (EUA), 5,9% gestantes afro-americanas de baixa renda haviam sido vítimas de violência durante a gravidez. Os tipos de violência sofridos por essas mulheres foram o abuso emocional (26,6%), o abuso físico (18,7%), a ameaça com arma ou então lesão permanente (10,3%) (Neggers et al, 2004).

Houve associação entre a ocorrência rápida e repetida de gravidez e a vitimização pela violência entre adolescentes de baixa renda moradoras na região semi-urbana do Estado de Michigan. O intervalo entre a última gravidez e a atual variou de 12 a 18 meses entre as adolescentes que tinham sido vítimas de violência física ou sexual. Houve associação entre a repetição rápida da gravidez e a maior propensão ao nascimento de filhos

sem o desenvolvimento completo e a ocorrência do aborto espontâneo. Entretanto, não houve associação entre a vitimização pela violência e o enfrentamento de dificuldades familiares, financeiras e as relacionadas ao meio (Jacoby et al, 1999).

Pesquisa realizada em uma cidade localizada na região Norte da Inglaterra evidenciou que 17% das gestantes tinham sofrido algum tipo de violência. As formas mais comuns de violência praticada pelos próprios parceiros foram: tapas, socos e prática sexual realizada sob coerção (Johnson et al, 2003).

Uma análise da violência doméstica entre gestantes de Londres revelou uma prevalência de 5,8% na 34^a semana de gestação, de 5,0% nos dez dias de pós-parto, de 6,4% nos 12 meses após a gravidez e de 13,0% ao longo da vida. Dentre as 892 mulheres que tinham sido vítimas de violência pelo menos uma vez na vida, 2,5% relataram que a agressão tinha ocorrido durante a gravidez. Um estudo retrospectivo feito com 265 prontuários de maternidades indicou que apenas 0,37% (um caso) tinha registro de violência doméstica. As perguntas de rotina sobre violência doméstica resultaram em um aumento de 2,1% de casos detectados do problema (Bacchus, 2004).

Pesquisas realizadas em diversas regiões de Londres demonstraram que, entre as moradoras da região central da cidade, 23,5% já tinham sofrido algum tipo de violência doméstica ao longo da vida e 3,0% tinha sofrido violência na gravidez. Entre as moradoras da região sul, 60,5% tinham sofrido pelo menos um evento traumático e dois terços tinham sido vítimas

de eventos traumáticos múltiplos. O evento mais freqüentemente referido (34,0%) foi testemunhar ou sofrer agressão física de um membro da família. Entre as mulheres que já tinham sido vítimas de violência doméstica, 10,7% apresentaram distúrbio de comportamento em consequência do estresse emocional. Os sintomas graves que se seguiram ao trauma sofrido estavam associados a histórias de abuso sexual e físico e à reincidência de vitimização. Mulheres que tinham histórico pessoal de abuso sexual e físico apresentaram sintomas de depressão grave (Bacchus et al, 2004; Mezey et al, 2005).

A freqüência da violência física na gravidez foi de 21% na Arábia Saudita. Existiu maior probabilidade de hospitalização por problemas não relacionados ao parto entre as gestantes que tinham sido vítimas de violência. (Rachana et al, 2002).

O companheiro foi a pessoa citada com maior freqüência como o agente da violência doméstica, seguido por um membro da própria família.

Os resultados deste estudo corroboram com vários outros, desenvolvidos em diferentes partes do mundo, evidenciando que a violência contra a mulher é um problema presente na maioria das sociedades e que o companheiro é o principal responsável (The Commonwealth Fund, 1993; Eilenberg e Fullilove, 1996; Wilt e Olson, 1996; WHO, 1997; Arcos et al, 1999; Leung et al, 1999; Suárez et al, 1999; Deslandes et al, 2000; Schraiber et al, 2002; Johnson et al, 2003; Núñez – Rivas et al, 2003; Sahim e Sahim, 2003; Ezechi et al, 2004; Pallitto et al, 2004).

O relatório anual da Anistia Internacional divulgado junto com o lançamento da Campanha “Está em suas mãos: Pare a Violência contra as Mulheres” pela Organização Mundial de Saúde mostrou que cerca de 70% das mulheres assassinadas no mundo foram vítimas de seus próprios maridos.

No Brasil, estima-se que mais de dois milhões de mulheres são espancadas por ano, o que resulta em 175 mil por mês, 5,8 mil por dia, 243 por hora, 4 por minuto, uma a cada 15 segundos (Brasil, 2004).

Um terço das mulheres relatou que o início da violência doméstica se deu após o início do convívio conjugal e uma proporção semelhante após a constatação de gravidez.

Quanto à percepção das mulheres em relação à causa da violência observou-se que o ciúmes foi o item mais mencionado, de forma isolada ou em conjunto com outros fatores. A maioria relatou que o alcoolismo, a incompreensão, os problemas financeiros, o desentendimento e a negligência do marido/companheiro com os filhos foram as razões da violência sofrida. Quase um quarto das mulheres citou essas mesmas razões em conjunto com a ocorrência da gravidez.

Um estudo realizado com gestantes de Michigan demonstrou que o consumo de bebida alcoólica causou uma menor coesão e organização no ambiente familiar, bem como altos níveis de violência doméstica (Jester et al, 2000).

O ciúmes parece ser o fantasma masculino criado pela troca perversa entre as funções de provisão masculina (material) e feminina (sexual).

Existem indícios de que os problemas financeiros favorecem a ocorrência de atos de violência porque os valores relativos ao dever do sustento estão fortemente arraigados nos homens. É possível entender a centralidade dos ciúmes como elemento presente e articulado a quase todas as outras alegações para a violência a partir da compreensão de que a posição do homem também é vulnerável, algo inerente ao desempenho de seus papéis sociais (Suárez et al, 1999).

A reação das mulheres face à violência doméstica foi diversificada. A maior parte partilhou o problema com os familiares e amigos, uma minoria com profissionais de saúde e com a polícia por meio da denúncia. Cerca de um quarto nunca chegou a falar do problema com outra pessoa. Mais da metade não buscou nenhuma ajuda e, embora a maior parte tenha partilhado a problemática com familiares e amigos, menos de um quarto recebeu ajuda deles. Apenas uma pequena proporção procurou o serviço de saúde em busca de ajuda para a violência doméstica.

O fato de mais da metade das mulheres não ter buscado ajuda em nenhuma fonte sugere que o medo, um sentimento comum às vítimas de todas as formas de violência, aumenta em consequência do sentimento associado de culpa, visto que as mulheres que vivenciam este problema se sentem enganadas, traídas na sua confiança e no afeto que tinham pelo agressor (Brasil, 2004).

Estudos realizados entre 1993 e 1999 em sete países, Bangladesh, Canadá, Camboja, Chile, Egito, Irlanda, Moldávia, mostraram que poucas são as mulheres vítimas de violência que procuram ajuda das autoridades. A

maioria busca algum tipo de ajuda junto à família ou amigos ou permanece em silêncio, por diversas razões, dentre elas, o medo de represálias, a preocupação com os filhos, a dependência econômica, a falta de apoio da família e dos amigos e motivada pela esperança de que a situação de violência venha a ter um fim (The Johns Hopkins School of Public Health, 1999 apud Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2001).

A violência doméstica é tratada como um problema do âmbito privado e, em consequência disso, há muita relutância por parte das vítimas em falar sobre o assunto. Portella (2000) aborda um problema importante desta esfera, qual seja, a ausência de escuta social. Com exceção de algumas organizações de mulheres e alguns poucos serviços públicos criados graças à ação destas organizações, as mulheres não encontram escuta ou apoio social para enfrentar a violência a que estão submetidas.

Mais da metade das mulheres relatou não ter tido nenhum tipo de consequências derivada da violência sofrida e menos de um quarto alegou ter sofrido algum tipo de prejuízo. Estes estavam relacionados aos âmbitos da saúde em geral, psicológico ou emocional.

O documento final da Convenção de Belém do Pará adverte que a violência contra as mulheres necessita ainda ser encarada a partir de suas causas e consequências para a sociedade. Nele, destaca-se o direito de toda mulher a uma vida livre de violência, o que inclui o direito a estar livre de todas as formas de discriminação, ser valorizada e educada com isenção de padrões estereotipados e de costumes sociais e culturais baseados em

conceitos de inferioridade ou subordinação. Dado ao fato da violência constituir um obstáculo aos direitos humanos das mulheres, e de que acabar com a violência é eliminar a discriminação, o referido documento destaca, ainda, a obediência a outros direitos, dentre eles, o respeito à vida, à integridade física e mental, à liberdade, às seguranças pessoais e a não ser submetida à tortura (Brasil, 2004).

Quase a totalidade das mulheres desta pesquisa não sofreu discriminação no momento da busca de ajuda. Por outro lado, uma pequena proporção referiu a ocorrência de discriminação por parte dos profissionais dos serviços de saúde e dos policiais. A frequência da violência doméstica diminuiu em mais de um terço com a ocorrência da gravidez e cerca de um quarto das mulheres relatou que a violência aumentou com a gravidez. Uma proporção semelhante de mulheres relatou que a frequência da violência permaneceu inalterada na gravidez.

Os resultados até aqui apresentados indicam a necessidade de reestruturar o cenário atual, por meio da superação da realidade vivida. Estima-se que uma possibilidade seria o maior domínio feminino em aspectos amplos da vida pessoal e familiar. Neste aspecto, o envolvimento masculino mais profundo nos diversos âmbitos da vida marital e familiar e mais equidade nas relações de gênero são considerado pontos fundamentais. Isto constitui um dos principais desafios no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, a nível mundial e representou um dos principais enfoques das Conferências ocorridas em Cairo e Beijing (Berquó, 1998; Díaz e Díaz, 1999).

Viver com respeito e consideração, ser valorizada, não sendo mais educada para acreditar na infundada superioridade masculina, consta no artigo 6.^o da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher conhecida como a “Convenção de Belém do Pará”. Nesta Convenção, está estabelecido que viver sem violência é, também, não ser discriminada, menosprezada ou diminuída enquanto mulher. Para que isso se torne uma realidade, a educação na família, nas escolas e as informações e imagens transmitidas pelos meios de comunicação devem romper com as idéias e comportamentos que produzem e reproduzem a discriminação e a violência. Urge que as mulheres tenham ciência de que possuem os mesmos direitos que os homens e passem a viver de acordo com esta prerrogativa (Brasil, 2004).

A promoção de maior envolvimento masculino na saúde sexual e reprodutiva pode ser feita também através de grupos participativos, que são considerados os mais adequados para a exposição de problemas e troca de experiências do cotidiano dos casais.

A reação dos homens quando confrontados com uma gravidez indesejada é um aspecto do comportamento que precisa ser mais bem explorado (Mundigo, 1995).

A violência doméstica sofrida pelas mulheres deste estudo estava relacionada com religião e o planejamento da gravidez. As mulheres evangélicas que não planejaram a gravidez sofreram violência com frequência significativamente maior, se comparadas às mulheres das demais religiões. Houve também uma associação significativa entre o consumo de

bebida alcoólica pelo marido/companheiro e a violência doméstica perpetrada por eles.

Do ponto de vista dos jovens, a igreja, a família e a escola são as instituições mais importantes da sociedade. Segundo a opinião deles, a religiosidade influencia suas práticas do âmbito da sexualidade e reprodução. Segundo a UNICEF (2002) os adolescentes das classes sociais menos favorecidas foram os que atribuíram maior relevância à influência exercida pela igreja. Avalia-se que, muito embora algumas religiões desenvolvam atividades de educação para a saúde sexual e reprodutiva, existe ainda a necessidade de melhores estudos a respeito do impacto das orientações dadas pelos sacerdotes das diferentes religiões sobre os comportamentos e as práticas sexuais dos adolescentes (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 1999).

CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

Os resultados desta pesquisa permitiram chegar às seguintes conclusões:

- Sobre as mulheres, seus parceiros, a estrutura familiar e de vínculo:
- As principais características das mulheres foram: a maioria (61,0%) se encontrava na faixa etária da adolescência ou adulta jovem e eram da religião católica (55,6%). Mais da metade (57,1%) tinha concluído o ensino fundamental, um terço (33,5%) possuía algum tipo de trabalho remunerado e uma proporção pequena (15,8%) fazia uso constante de bebida alcoólica.
- As principais características dos homens foram: a maioria (45,9%) tinha entre nove e onze anos de estudos, a maioria (87,0%) estava empregado no momento da entrevista e, 41,0% afirmaram ter o hábito do etilismo.
- As principais características das famílias das mulheres foram: a maior proporção (35,1%) tinha renda mensal entre R\$ 351,00 e R\$ 700,00, mais da metade (57,7%) delas morava em casa própria e a maioria (53,8%) mencionou o marido ou companheiro como o principal provedor da família.
- Quanto à satisfação relativa ao relacionamento com os membros da família da mulher, quase totalidade (92,2%) estava satisfeita.

- Sobre as características do vínculo com o parceiro, a maioria (78,9%) era casada ou unida consensualmente e a situação conjugal não tinha apresentado mudança em razão da ocorrência da gravidez.

- Sobre a violência doméstica:

- Considerando o total da amostra, 36,9% foram vítimas em algum momento da vida e 12,7% foram durante a gravidez;
- Considerando as mulheres vitimadas em algum momento da vida, 34,5% foram vitimadas durante a gravidez;
- Os tipos de violência sofrida pelas mulheres em algum momento da vida foram: psicológica (97,2%), física (28,9%) e sexual (4,9%).
- As freqüências da violência sofrida pelas mulheres durante a gravidez foram: psicológica (95,9%), física (34,7%) e sexual (6,1%).

- Sobre a relação entre violência doméstica e algumas características das mulheres e do agressor:

- Houve associação estatisticamente significativa entre religião e o planejamento da gravidez. As mulheres evangélicas que não planejaram a gravidez foram as que sofreram violência com freqüência significativamente maior quando comparadas às mulheres de outras religiões.
- Houve associação estatisticamente significativa entre a vitimação pela violência e o consumo de bebida alcoólica pelo marido/companheiro.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre a ocorrência de violência doméstica e as seguintes características das mulheres: faixa etária, escolaridade, sua inserção no mercado de trabalho, número de filhos, tipo de vínculo com o parceiro, tipo de moradia, proventos financeiros, existência de dependência financeira, escolaridade do marido/companheiro, número de consultas de pré-natal, atitude do pai da criança e da família diante da gravidez.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir uma pesquisa, o pesquisador deve fazer uma reflexão sobre os procedimentos metodológicos adotados e apontar as limitações da pesquisa. Neste sentido, observou-se que, em se tratando de estudo transversal, a relação de causalidade não pode ser determinada. A época em que esses estudos devem ser realizados também merece ser discutida. Menezes et al. (2003) acreditam que características peculiares da condição física e emocional da mulher durante o período puerperal podem promover vieses de informação e seleção. É possível que as mulheres, nessa época, não revelem as condutas agressivas do parceiro, na tentativa de manter a relação, principalmente com a chegada de um filho, e, portanto, deixem de relatar eventuais episódios de violência. Estabelece-se interiormente uma condição de barganha com o parceiro. Entretanto, estes autores consideram, também, que o período puerperal não deixa de ser época oportuna para investigação de violência, uma vez que, para muitas mulheres, trata-se de oportunidade única para contatar o serviço de saúde. Em relação aos vieses de informação, o que se pode obter é um resultado subestimado.

Em relação às principais constatações desta pesquisa, são feitas algumas considerações.

Há a necessidade da inclusão, de forma sistemática, dos dados relativos à religião, planejamento da gravidez e hábito do etilismo na anamnese da saúde da mulher, sobretudo na assistência pré-natal. Isto é

fundamental para que o planejamento da assistência contemple tais aspectos, permitindo que a problemática seja devidamente identificada e realizadas as intervenções necessárias durante o processo de assistência.

Este tipo de dado deveria ser incluído também na anamnese em saúde da mulher visto que a violência doméstica é problema que afeta a todas as mulheres, não se restringindo ao período gestacional.

Ao enfermeiro em formação devem ser oferecidos os conhecimentos da esfera da religiosidade e/ou espiritualidade. Assim, ao incluir a religião na anamnese das pessoas sob seu cuidado, o dado encontrado poderá ser abordado no decorrer da assistência, de forma sistemática e cientificamente fundamentada. Este fato remete também à necessidade de desenvolver mais pesquisas verificando a associação entre a violência contra a mulher e sua espiritualidade e/ou religiosidade.

Cabe, também, mencionar que, na estrutura curricular de alguns cursos de enfermagem o conteúdo relativo à espiritualidade e/ou religiosidade não está previsto, o que significa que este assunto não é abordado, de forma sistemática, junto aos estudantes de enfermagem. Considera-se que este conteúdo deva ser incluído formalmente, visto que os temas relacionados à religião e/ou espiritualidade possuem associação com as questões de saúde, como foi constatado nesta pesquisa.

Estudos mostram que as enfermeiras colocam pouca energia para proporcionar apoio espiritual às pacientes, mas reconhecem que o preparo é insuficiente para prestar assistência ao aspecto religioso dos pacientes. Há,

portanto, a necessidade de maior investimento no treinamento da equipe de enfermagem nesta esfera de cuidado (Kuuppelomaki, 2002).

O sistema de saúde é considerado um locus privilegiado em termos de estratégia a curto prazo para o enfrentamento da problemática da violência contra a mulher, sobretudo no trabalho de identificação de vítimas. O setor de saúde deve realizar mais pesquisas sobre a incidência e prevalência da violência, sobretudo, na questão do gênero, e treinar os profissionais para assegurar que as vítimas não sejam “re-vitimadas” nestes serviços (Heise, 1994).

Profissionais de saúde sensibilizados e bem treinados são agentes fundamentais na quebra do “ciclo da violência” (Oliveira, 1999), pois os serviços de saúde são os mais procurados pelas mulheres em situação de violência (Oliveira, 1999; Rufino, 2001; Schraiber et al, 2002; Kronbauer e Meneghel, 2005).

As mulheres vítimas de violência necessitam de acolhimento humanizado. Espera-se, por meio deste tipo de cuidado, estabelecer vínculos de confiança entre a mulher e os serviços de saúde. O acolhimento deve ser um procedimento permeado pela escuta, isento de convicções particulares do profissional de saúde e realizado conforme a necessidade de cada mulher considerando suas especificidades (Brasil, 1999; Brasil, 2005).

A participação do enfermeiro na atenção à violência sexual têm crescido significativamente em países desenvolvidos, seja nos serviços de emergência, de natureza forense ou nas instituições especializadas (Talbert

et al, 1980; Moynihan e Duncan, 1981; Ledray e Arndt, 1994; Putz et al, 1996).

Entretanto, temas relacionados à sexualidade humana e à violência estão praticamente ausentes do currículo de quase todos os cursos superiores da área da saúde no Brasil (Lerner, 2000). Os responsáveis pela formação profissional devem voltar maior atenção para esta questão em vista dos resultados encontrados nesta pesquisa.

Considerando-se que as mulheres deste estudo foram vítimas de violência sexual em algum momento da vida e durante a gravidez é fundamental que os profissionais da área de saúde dêem a necessária atenção a essa realidade. Neste aspecto, o cumprimento do que está preconizado na Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde é de fundamental importância. Para tanto, os profissionais devem estar devidamente capacitados para prestar o atendimento das mulheres, o que inclui o respeito à sua autonomia e individualidade, entre outros aspectos.

É relevante considerar, ainda, que as vítimas se encontram em condição de maior vulnerabilidade pois, além do envolvimento emocional, existem as questões relativas à dependência econômica, facilidade de aproximação do agressor à vítima e o conseqüente medo. No caso da violência sexual ser cometida por parceiro íntimo como constatado neste estudo, é preciso avaliar a necessidade de acompanhamento e proteção, no sentido de garantir socorro e abrigo para a mulher e os filhos, quando

necessário, principalmente, a partir do momento em que ela decidir pela denúncia ou o rompimento da relação (Brasil, 2005). Esta atenção requer envolvimento intersetorial e multiprofissional, com enfoque interdisciplinar, com vistas a alcançar ações eficazes que levem ao rompimento do ciclo da violência, visto que ele possui raízes profundas na cultura patriarcal (Sanchez e Minayo, 2004).

A dura realidade da violência contra a mulher em algum momento de suas vidas, constatada nesse estudo, deve ser revertido, porque esta problemática provoca reflexos negativos sobre as demais pessoas envolvidas, sobretudo, as crianças do seu convívio. As conseqüências psicológicas da violência sexual tendem a se tornar mais graves entre as crianças maiores, que já podem compreender os valores morais e sociais relacionados ao sexo (Neves et al, 2004).

Os resultados apresentados, que provavelmente sensibilizem os profissionais de saúde para o problema, mostram a necessidade de novos estudos serem feitos para o aprofundamento de conhecimentos. Tratam-se de subsídios necessários para apoiar a estruturação de melhores estratégias de prevenção e assistência e garantia dos direitos humanos das mulheres.

Heise (1994) conclui que a violência é *“um fenômeno extremamente complexo, com raízes profundas nas relações de poder baseadas no gênero, na sexualidade, na auto-identidade e nas instituições sociais”* e que *“em muitas sociedades, o direito (masculino) a dominar a mulher é considerado a essência da masculinidade”*.

A violência nas relações, principalmente, nas conjugais é muito antiga. O fato recente é caracterizar a de caráter doméstico como um problema de saúde pública, com destaque para a saúde da mulher (Francisquetti, 1999).

Kronbauer e Meneghel (2005) concluíram que as mulheres em situação de violência de gênero procuram mais os serviços de saúde e falam sobre as violências que sofrem, desde que se dê a elas condições de acolhimento e de escuta. Portanto, de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde é preciso que os serviços de atenção primária em saúde criem espaço para ouvir, entender e enfrentar a violência de gênero (Brasil, 1999; Brasil, 2005).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American College of Obstetrics and Gynecologists. Domestic violence. Washington, DC: ACOG; 1999. (ACOG Technical Bulletin, 257).

Arcos E, Uarac M, Molina I, Repossi A, Ulloa M. Impact of domestic violence on reproductive and neonatal health. *Rev Med Child*. 2001;129(12):1413-24.

Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;113(1):6-11.

Bacchu L, Mezey G, Bewley S. Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service. *BJOG*. 2002;109(1):9-16.

Barsted L. Violência contra a mulher e cidadania: uma avaliação das políticas públicas. Rio de Janeiro: Cépia; 1994. (Cadernos CEPIA, 191).

Bates LM, Schuler SR, Islam F, Islam K. Socioeconomic factors and processes associated with domestic violence in rural Bangladesh. *Int Fam Plan Perspect*. 2004;30(4):190-9.

Beck-Sague C, Larsen S, Rice R. Infecções sexualmente transmitidas em lactentes, crianças e adolescentes. In: Morse AS, Moreland AA, Holmes KK. Atlas de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 270-303.

Berquó E. O Brasil e as recomendações do Plano de Ação do Cairo. In: Bilac ED, Rocha MIB, editores. Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas. São Paulo: Editora 34; 1998. p.23-35.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências [legislação na Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, 18 maio 2001 [citado 10 ago. 2005]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes: um passo a mais na cidadania em saúde. 2ª ed. Brasília; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília; 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Comportamento sexual da população brasileira e percepções sobre HIV/AIDS. Brasília; 2000.

Brasil. Senado Federal. Subsecretaria de Pesquisa e Opinião Pública. Relatório de pesquisa: violência doméstica contra a mulher [texto na Internet]. Brasília; 2005 [citado 30 ago. 2005]. Disponível em: www.pflmulher.org.br/RelatorioViolenciaContraMulher.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília; 2005.

Brasil. Câmara dos Deputados. Convenção de Belém do Pará: 10 anos da adoção da Convenção Interamericana para prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Brasília; 2004.

Bussab WO, Morettin PA. Estatística básica. 5ª ed. São Paulo: Saraiva; 2003.

Castro MG, Abramovay M, Silva LB. Juventudes e Sexualidade [texto na Internet]. Brasília: UNESCO; 2004 [citado 17 fev. 2006]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001339/133977por.pdf>

Castro R, Ruiz A. Prevalence and severity of domestic violence among pregnancy women, México. Rev Saúde Publica. 2004;38(1):62-70.

Chambliss LR. Domestic violence: a public health crisis. Clin Obstet Gynecol. 1997;40(3):630-8.

Cochran WG. Técnicas de Amostragem. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura; 1965.

Cook RJ. Women's rights and women's health. In: Ottesen B, Tabor A. *New Insights in Gynecology & Obstetrics: Research and Practice*. Copenhagen, Parthenon Publishing, 1997. p.137-143.

Cunha RS, Pinto RB. Violência Doméstica: Lei da Maria da Penha (Lei 11.340/2006) comentada artigo por artigo. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

Datner EM, Ferroggiaro AA. Violence during pregnancy. *Emerg Med Clin North Am.* 1999;17(3):645-56.

Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, et al. Domestic violence and its manifestations. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2003;25(Supl. 1):9-21.

Deslandes SF, Gomes R, Furtado MF, Silva P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública.* 2000;16(1):129-37.

Díaz M, Díaz J. Qualidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva: estratégias para mudanças. In: Galvão L, Diaz J. *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Population Council, 1999: 209-33.

Diêgoli CA, Diêgoli MSC, Lerner T, Ramos LO. Abuso sexual na infância e adolescência. *Rev Ginecol Obstetr.* 1996;7(1):81-5.

Dietz PM, Spitz AM, Anda RF, Williamson DF, McMahon PM, Santelli JS, et al. Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *JAMA.* 1999;282 (14):1359-64.

Economic and Social Council. Report of the working group on violence against women. Viena: United National; 1992. (E/Cn.6WG.2/L.3).

Edin KE, Högberg U. Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked. *Midwifery* (2002)18,268-78.

Eilenberg J, Fullilove M; Commonwealth Foundation Commission on Women's Health. Violence against women in the United States: a comprehensive background paper. 2nd ed. New York: Commonwealth Foundation Commission on Women's Health; 1996. p. 1-5.2.

Ezechi OC, Kalu BK, Ezechi LO, Nwokoro CA, Ndubuda VI, Okeke GC. Prevalence and pattern of domestic violence against pregnant Nigerian

women. *J Obstet Gynaecol*. 2004;24(6):652-6.

Faúndes A, Hardy E, Osis MJ, Duarte G. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2000;22(3):153-7.

Flores Sullca, Tita. Violência como fator de risco para gravidez na adolescência, Puno-Peru [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2004.

Francisquetti PP. A escuta da dor [entrevista a Fernanda Pompeu]. *J Redesaúde*. 1999;(19):15-6.

Gazmararian JA, Petersen R, Spitz AM, Goodwin MM, Saltzman LE, Marks JS. Violence and reproductive health: current knowledge and future research directions. *Matern Child Health J*. 2000;4(2):79-84.

Guedes AC. Abuso sexual: aspectos psicossociais. In: Magalhães MLC, Andrade HHSM. *Ginecologia infanto-juvenil*. Rio de Janeiro: Medsi; 1998. p. 573-81.

Guimarães I. Violência de Gênero. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Violência faz mal à saúde*. Brasília; 2004. cap. 9, p. 105-9.

Guo SF, Wu JL, Qu CY, Yan RY. Domestic violence against women before, during and after pregnancy. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2004;25(1):9-11.

Hedin LW, Janson PO. Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:625-30.

Haberger LK, Ambuel B. Spousal abuse in pregnancy. *Clin Fam Pract*. 2001;3(2):203-24.

Hartigan P, La OPS enfoca el problema de la violencia contra la mujer. *Rev Panam Salud Pública*. 1997;2(4):290-4.

Heise L. Gender-based abuse: the global epidemic. *Cad Saúde Pública*. 1994;10(Supl. 1):S135-45.

Heise L, Pitanguy A, Germain A. Violence against women: the hidden health

burden. Washington: The World Bank; 1994.

Heise L. 1994. Violence Against Women: The Hidden Health Burden. Relatório Preparado para o Banco Mundial. Mimeo. (Manuscrito publicado sob o mesmo título, na série World Bank Discussion Papers 255, Washington, D.C: World Bank, 1994).

Huffman JW. Ginecologia pediátrica e adolescente. In: Beenson RC. Diagnóstico e tratamento em obstetrícia & ginecologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1980. p. 393-411.

Jacoby M, Gorenflo D, Black E, Wunderlich C, Eyler AE. Rapid repeat pregnancy and experiences of interpersonal violence among low-income adolescents. *Am J Prev Med.* 1999;16(4):318-21.

Jeneral RBR, Hoga LAK. A incerteza do futuro: a vivência da gravidez em uma comunidade brasileira de baixa renda. *REME Rev Min Enferm.* 2004;8(2):268-74.

Jester JM, Jacobson SW, Sokol RJ, Tuttle BS, Jacobson JL. The influence of maternal drinking and drug use on the quality of the home environment of school-aged children. *Alcohol Clin Exp Res.* 2000;24(8):1187-97.

Jong LC. Perfil epidemiológico da violência doméstica contra a mulher em cidade do interior paulista [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.

Johnson JK, Haider F, Ellis K, Hay DM, Lindow SW. The prevalence of domestic violence in pregnant women. *BJOG.* 2003 Mar. 110 (3):272-5.

Kataoka Y, Yaju Y, Eto H, Horiuchi S. Domestic violence against women during pregnancy. *Nippon Koshu Eisei Zasshi.* 2005;52(9):785-95

Kirkwood C. Leaving abusive partners: from the scars of survival to the wisdom for change. London: Sage; 1993.

Kuuppelomäki, M. Spiritual support for families of patients with cancer: a pilot study of nursing staff assessments. *Cancer Nurs.* 2002; 25(3):209-18.

Kronbauer DFJ, Meneghel NS. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(5):695-701.

Ledray LE, Arndt S. Examining the sexual assault victim: a new model of nursing care. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 1994;32(1):7-12.

Leung WC, Leung TW, Lam YY, Ho PC. The prevalence of domestic violence against pregnant women in a Chinese community. *Int J Gynaecol Obstet.* 1999;66(1):23-30.

Lerner, T. Violência Sexual: Tratamento em Situações de Abuso Sexual de Crianças e Adolescentes. *J Redesaúde.* 22:15-16, 2000.

Lipsky S, Holt VL, Easterling TR, Critchlow CW. Police – reported intimate partner violence during pregnancy and the risk of antenatal hospitalization. *Mater Child Health J.* 2004;8(2):55-63.

Maldonado MTP. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 14^a ed. Petrópolis: Vozes; 1980.

Menezes TC, Amorin MMR, Santos LC, Faúndes A. Violência doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003;25(5):309-16.

Mezey G, Bacchus L, Bewley S, White S. Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. *BJOG.* 2005; 112(2):197-204.

Mezey G, Bacchus L, Haworth A, Bewley S. Midwives' perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence. *BJOG.* 2003;110(8):744-52.

Mbokota M, Moodley J. Domestic abuse: an antenatal survey at King. *S Afr Med J.* 2003;93(6):455-7.

McCarraher DR, Bailey PE, Martin SL. The relationship between birth predictedness and violence during pregnancy among in La Paz and El Alto, Bolívia. *Matern Child Health J.* 2005;9(1):101-12.

Moore M. Reproductive health and intimate partner violence. *Fam Plann Perspect.* 1999;31(6):302-12.

Moynihan BA, Duncan JW. The role of the nurse in the care of sexual assault victims. *Nurs Clin North Am.* 1981;16(1):95-100.

Mundigo AI. Papéis masculinos:saúde reprodutiva e sexualidade.São Paulo: Fundação Mac Arthur; 1995.

Muram D. Child sexual abuse. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1992;19(1):193-207.

Neggers Y, Goldenberg R, Cliver S Hauth J. Effects of domestic violence on preterm birth and low birth weight. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83(5):455-6.

Neves DBS, Ramirez CFG, Brum IR. Atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual: experiência de Manaus. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília; 2004. p. 163-5.

Núñez Rivas HP, Monge Rojas R, Gríos Dávila C, Elizondo Ureña AM, Rojas Chavarría A. Physical, psychological, emotional, and sexual violence during pregnancy as a reproductive- risk predictor of birthweight in Costa Rica. *Rev Panam Salud Publica.* 2003;14(2):75-83.

Oliveira F. Violência sexual: a violência contra a mulher é uma questão de saúde pública. *J Redesaude.* 1999;(19):10-2.

Ortiz JJ, Ford LR. Existence of staff barriers to partner violence screening practices in military prenatal settings. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005; 34(1):63-9.

Pallitto CC, O'Campo P. The relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy: analysis of a national sample from Colombia. *Int Fam Plan Perspect.* 2004;30(4):165-73.

Pitanguy J, Violência de gênero e saúde – Interseções. In: Berquó E, organizadora. *Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil.* Campinas: Ed. Unicamp; 2003. p. 319-336.

Portella AP. Violência sexual: abordagem social sobre violência e saúde das mulheres. *J Rede Fem Saúde.* 2000;(22):17-9.

Putz M, Thomas BK, Cowles KV. Sexual assault victims' compliance with follow-up care at one sexual assault treatment center. *J Emerg Nurs.* 1996;22(6):560-5.

Rachana C, Suraiya K, Hisham AS, Abdulaziz AM, Hai A. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002;103(1):26-9.

Rede Nacional Feminista de Saúde. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Dossiê adolescentes Saúde Sexual e Reprodutiva. Rede Feminista de Saúde. São Paulo 1999.

Reichenheim ME, Hasselmann MH, Moraes CL. Equivalência semântica da versão em português do instrumento *Abuse Assessment Screen* para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(6):610-6.

Rodriguez MA, Bauer HM, McLoughlin E, Grumbach K. Screening and intervention for intimate partner abuse: practices and attitudes of primary care physicians. *JAMA.* 1999;282(5):468-74.

Rufino A. Violência contra a mulher: um novo olhar. São Paulo: Casa de Cultura da Mulher Negra; 2001.

Saffioti HIB, Almeida SS. Violência de gênero: poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter; 1995.

Sahin HA, Sahin HG. An unaddressed issue: domestic violence and unplanned pregnancies among pregnant women in Turkey. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2003;8(2):93-8.

Salmon D, Murphy S, Baird K, Price S. An evaluation of the effectiveness of an educational programme promoting the introduction of routine antenatal enquiry for domestic violence. *Midwifery.* 2006;22,6-14.

Sanchez RN, Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília; 2004. p. 29-37.

Schraiber LB, D'Oliveira AF, França-Júnior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(4):470-7.

Schoeman J, Grové DV, Odendaal HJ. Are domestic violence and the excessive use of alcohol risk factors for preterm birth? *J Trop Pediatr.* 2005;51(1):49-50.

Shumway J, O'Campo P, Gielen A, Witter FR, Khouzami AN, Blakemore KJ. Preterm labor, placental abruption, and premature rupture of membranes in relation to maternal violence or verbal abuse. *J Matern Fetal Med.* 1999; 8(3):76-80.

Smigay KEV. Aborto provocado e produção de significados no universo masculino: uma contribuição ao debate feminista. In: Zanella AV, Siqueira MJT, Lhullier LA, Molon S, organizadoras. *Psicologia e práticas sociais.* Porto Alegre: ABRAPSOSUL; 1997.

Souzas R. Sob o signo de Marte: relações conjugais, gênero e saúde reprodutiva no discurso de mulheres de baixa renda [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.

Suárez M, Machado LZ, Bandeira LM. Violência, Sexualidade e Saúde Reprodutiva. In: Galvão L, Diaz J. *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil.* São Paulo: Hucitec/Population Council, 1999: 277-309.

Talbert S, White SD, Bowen JD, Stephens LM, Mapstone SJ, Spisso KR, et al. Improving emergency department care of the sexual assault victim. *Ann Emerg Med.* 1980;9(6):293-7.

The Commonwealth Fund. National Survey of Women's Health: Survey of women's health highlights [text on the Internet]. New York; 1993 [cited 2005 Ago. 15]. Available from: <http://www.cmf.org/programs/women/whhilit.asp>

The Johns Hopkins University School Of Public Health. Population Reports, Baltimore, v.27, n.4, Série L, n.11, dic.1999. (Para acabar con la violencia contra la mujer) apud Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. *Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiês.* São Paulo; 2001.

UNICEF. A voz dos adolescentes [texto na Internet]. Brasília; 2002 [citado 23 jun. 2006]. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pesquisa.pdf>

Wilt S, Olson S. Prevalence of domestic violence in the United States. *J Am Med Womens Assoc.* 1996;51(3):77-82.L

World Health Organization. Violence against women: a priority health issue. Geneva; 1997.

ANEXOS

9 ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Fone.: 3066-7548 - Fax.: 280-8213

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 05 de maio de 2006.

Ilm.^a Sr.^a

Márcia Massumi Okada

Ref.: Processo nº 540/2006/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “VIOLÊNCIA CONTRA AS GESTANTES NO CONTEXTO DOMÉSTICO: FREQUÊNCIA E CARACTERÍSTICAS ENTRE PEÉRPERAS ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE FILANTRÓPICA”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 2**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE COLETA
DE DADOS JUNTO AO PACIENTE**

Pesquisa: “Violência doméstica contra a Mulher: Estudo com puérperas
atendidas em uma Maternidade Filantrópica”

Pesquisadora Responsável: Márcia Massumi Okada

Declaro para os devidos fins que a sra. Márcia Massumi Okada,
funcionária regularmente registrada no Amparo Maternal, a realizar coleta de
dados de pacientes atendidas neste serviço para os fins exclusivos de pesquisa
e divulgação científica.

Dr. Renato Abreu Filho
CRM 56808
Diretor Técnico - AM

Assinatura do Diretor Técnico

Instituição: AMPARO MATERNAL

Data: 15 / 05 / 06

ANEXO 3**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****(Decreto 93.933 de 14/01/87; Resolução CNS 196/96)****Prezada Senhora,**

Meu nome é Márcia Massumi Okada enfermeira obstétrica, Coren-SP n. 84.074 sou aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob orientação da professora Luiza Akiko Komura Hoga, Coren-SP n. 14.328. Estamos fazendo a pesquisa "Violência doméstica contra a mulher: estudo com puérperas atendidas em uma maternidade filantrópica". Para tanto, precisamos aplicar um formulário junto a puérpera que receberam assistência ao parto na Maternidade Social Amparo Maternal. A pesquisa será realizada para identificar a ocorrência da violência doméstica contra a mulher e determinar como a violência doméstica se relaciona com algumas características da estrutura familiar dos envolvidos e com o vínculo existente entre o companheiro agressor e a mulher agredida que recebeu assistência ao parto em uma dada maternidade filantrópica.

Este documento contém duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra conosco.

Agradecendo sua colaboração, colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos necessários pelo telefone 3066-7548.

Eu _____, RG n. _____

Eu, tendo recebido as informações acima, aceito participar voluntariamente da pesquisa e assino abaixo, ciente de que meus direitos relacionados a seguir serão respeitados:

- A liberdade de deixar de participar no estudo, sem que isso me traga algum prejuízo;
- A segurança de saber que tudo o que eu disser, será mantido em segredo;
- Não trará riscos as mulheres que participarem da pesquisa;
- Saber que o que eu falar será transformado em trabalho científico e apresentado em congressos e revistas da área da saúde, em nenhum momento meu nome será mencionado.

São Paulo, de de 2006.

Assinatura do colaborador

Assinatura das pesquisadoras

ANEXO 4**Formulário**

Parte 1

1- Qual a sua idade? _____

2- Estado civil (atual):

() Casada

() Solteira

() Amigada

() Viúva

() Outros. Qual? _____

3- Quantos filhos você tem? _____

4- Qual a sua religião?

() Católica

() Evangélica

() Espírita

() Outras

() Não declarada

5- Você estuda?

() não () sim

5a- Se sim, que série freqüenta? _____

5b- Se não até que série freqüentou? _____

6- E o seu marido/companheiro, estuda?

() não () sim

6a- Se sim, que série freqüenta? _____

6b- Se não até que série freqüentou? _____

7- Você trabalha fora? () não () sim

8- E o seu marido/companheiro atualmente trabalha? (0) não (1) sim

9 – A casa onde você mora é:

- () Própria
- () Alugada
- () Emprestada
- () Outros. Onde? _____

10- Qual é a renda familiar? _____. () não sabe informar.

11- Quem é o principal provedor de sua família?

- () Entrevistada
- () Marido/companheiro
- () Pai/mãe
- () Irmão (a)
- () Avô (a)
- () Outros. Quem? _____

12- Como é a sua relação com o principal provedor da sua família?

- () Satisfatória
- () Insatisfatória
- () Outros. Qual? _____

13- Você depende financeiramente de alguém?

- () não () sim

Quem? () Marido/companheiro

- () Pai/mãe
- () Irmão (ã)
- () Avô (a)
- () Outros _____

14- Sobre a relação com seus familiares antes desta gravidez, você está:

- () Satisfeita
- () Insatisfeita. Por quê? _____

15- História das gestações e dos partos:

Nº da gestação	Idade ao engravidar	Idade gestacional	Planejada ou não planejada () não () sim	Usava método anticoncepcional, qual? ACO () condom (2) coito interrompido () injeção hormonal ()	Aceitação da gravidez pelo pai da criança e família **FAA () PAA () FNAA () PNAA () FNANA () PNANA () FANA () PANA ()
Gestação atual					

**FAA- Família aprovou e ajudou.

FNAA- Família não aprovou mas ajudou

FNANA- Família não aprovou e não ajudou

FANA- Família aprovou e não ajudou

PAA-Pai aprovou e ajudou

PNAA- Pai não aprovou mas ajudou

PNANA-Pai não aprovou e não ajudou

PANA- Pai aprovou e não ajudou

16- Você fez pré- natal nesta gravidez?

() não. Porque?_____

() sim

16a - Número de consultas: _____

17- No pré- natal alguém perguntou se você sofreu violência na gravidez?

() não () sim. Quem?_____

18-Existia algum tipo de vínculo entre você e o pai da criança antes da gravidez?

() Não

() Casados

() Amigados

() Noivo

() Namorado

() Outros. Qual?_____

19- Qual o tempo de relacionamento entre vocês antes desta gravidez? _____

20- O pai da criança tinha filho de outros relacionamentos?

() não () sim () Não sabe informar

21- No momento da ocorrência desta gravidez, o pai da criança trabalhava?

() não

() sim

22- Você tem o hábito de consumir bebida alcoólica?

() não () sim

22a- E o seu marido/companheiro?

() não () sim

23- Sua situação marital mudou com a gravidez?

() não () casada () amigada () outros. Qual? _____

24- Você já foi alguma vez maltratada psicologicamente pelo seu marido/companheiro ou alguém importante para você?

() não () sim. Quem? _____

24 a- E fisicamente? () não () sim. Quem? _____

24 b- E sexualmente? () não () sim. Quem? _____

Formulário parte 2- A ser aplicado às mulheres que responderem SIM à pergunta anterior.

25- Durante a gravidez, você:

a) sofreu alguma violência psicológica como ameaças de abandono, gritos constantes que a intimidavam? () não () sim

b) sofreu alguma violência física como golpes, tapas, chutes e empurrões?

() não () sim

c) sofreu alguma violência sexual? () não () sim

26- Por parte de quem?

() Marido/companheiro

() Alguém de sua família. Quem? _____

() Alguém da família de seu marido/companheiro.

Quem? _____

() Outros. Quem? _____

27- Com a gravidez, a frequência da violência:

() Aumentou () Diminuiu () Inalterada

() Cessou.

28- Você procurou ajuda quando sofreu violência?

() Não. Por quê? _____

Quem? () Família

() Amigos

() Serviço de saúde

() Polícia

() Outros. Quem? _____

29- Você sofreu algum tipo de discriminação quando procurou ajuda?

() Não

Por quem?

() Familiares

() Amigos

() Serviço de saúde

() Polícia

() Outros. Quem? _____

30- Qual foi a época de início da violência?

() Desde que conheceu o marido/companheiro

() Na gravidez

() Após o início do convívio

() Outros. Quando? _____

31- Na sua avaliação, qual foi a razão da violência que você sofreu?

- () Ciúmes (do marido/companheiro, dela ou de ambos)
- () Alcoolismo, drogas
- () Incompreensão, indiferença, irresponsabilidade do marido/companheiro
- () Problemas financeiros
- () Desentendimento, ameaças por parte do marido/companheiro
- () Negligência do marido/companheiro com os filhos
- () Ocorrência da gravidez
- () Outros. Qual? _____

32- Como você reagiu quando sofreu a violência?

- () Nunca falou sobre o assunto
- () Denunciou à delegacia
- () Contou para amigos
- () Contou para familiares
- () Contou para um profissional? Qual? _____
- () Outros. Qual? _____

33- Você teve algum problema que foi causado pela violência que você sofreu?

- () não
- () saúde em geral
- () saúde relacionada à gravidez
- () emocional
- () outros. Qual? _____

34- Você tem medo do seu marido/companheiro ou de alguém do seu convívio?

- () não () sim. Quem? _____