**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

KELLY CRISTINA MÁXIMA PEREIRA VENÂNCIO

**A MAGNITUDE DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO ENTRE MULHERES
TRABALHADORAS DE RESTAURANTES UNIVERSITÁRIOS**

**São Paulo
2012**

KELLY CRISTINA MÁXIMA PEREIRA VENÂNCIO

**A MAGNITUDE DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO ENTRE MULHERES
TRABALHADORAS DE RESTAURANTES UNIVERSITÁRIOS**

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

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Rosa Maria Godoy
Serpa da Fonseca

**São Paulo
2012**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE

Assinatura:_____

Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Venâncio, Kelly Cristina Máxima Pereira

A magnitude da violência de gênero entre mulheres
trabalhadoras de restaurantes universitários / Kelly Cristina
Máxima Pereira Venâncio - São Paulo, 2012.
p. 195

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Área de concentração: Enfermagem em saúde coletiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosa Maria Godoy Serpa da
Fonseca

1. Identidade de gênero. 2. Violência contra a mulher. 3.
Processo saúde-doença. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Kelly Cristina Máxima Pereira Venâncio

Título: A magnitude da violência de gênero entre mulheres trabalhadoras de restaurantes universitários

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

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Profª Drª _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª Drª _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª Drª _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª Drª _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

A Fábio, Júlia e Vinícius

Motivos concretos para sonhar e viver

Aos meus pais, Paula e Nilton

Alicerce, amparo, meus melhores amigos

Às mulheres trabalhadoras da Coseas

Que participaram da minha vida e me permitiram,

de alguma forma, participar das suas

AGRADECIMENTOS

A Deus, por Sua presença constante em minha vida, permitindo inúmeras conquistas dentre as quais este trabalho – “O auxílio me vem do Senhor, que fez o céu e a terra”;

À Profa. Dra. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, pela confiança, a paciência e a perseverança e por ter oportunizado, por meio da sua orientação, o meu crescimento acadêmico, profissional e pessoal;

À Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry, pelo incentivo, os ensinamentos e por ter iluminado a minha trajetória acadêmica, profissional e pessoal com sua sabedoria e carinho;

À Profa. Dra. Hideko Forcella, pelo acolhimento, o apoio, o carinho e a amizade, bem como por ter feito a diferença em minha vida e nas vidas de tantas pessoas que tiveram o privilégio de gozar da sua presença e, agora, da sua ausência tão presente;

À Profa. Dra. Dora Mariela Salcedo Barrientos, pela valiosa contribuição no exame de qualificação;

Às Professoras Lúcia Yasuko Izumi Nichiata e Maria Clara Padoveze Fonseca Barbosa pela disponibilidade, atenção e contribuição com o trabalho;

Às Professoras e funcionárias do departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva pelo acolhimento, o carinho e a prontidão em contribuir com seus talentos;

Aos funcionários técnico-administrativos da EEUSP, em especial a Silvana, Nadir e Marcos pela prontidão e ajuda valiosa;

Ao Lucas Petri Damiani e Pedro Peixoto, pelas valiosas contribuições em a estatística;

Ao Superintendente da Coseas Prof. Dr. Waldyr Antonio Jorge, por ter permitido a realização deste trabalho;

À Marília, Rosana e Marisa, por terem apoiado e facilitado a realização deste trabalho e pela compreensão de minhas ausências;

À Maria Aparecida, diretora da Divisão de Alimentação, por ter permitido a realização deste trabalho, pelo apoio e pelo incentivo constantes;

Aos colegas do Serviço Social da Coseas, pelo constante apoio, o incentivo e a partilha nos momentos difíceis, em especial à Lilian, Thiago e Zósia pela amizade;

Às amigas Mara e Gina, pelo carinho, amizade e incentivo constantes, bem como por terem sido meu ombro amigo nos momentos difíceis;

Aos amigos Suelen, Maíra, Thaís, Rebeca e Renê, pela generosa contribuição, pelo carinho e por me ensinarem a mais plena definição de amizade;

Às amigas Renata, Valéria e Denise, pela amizade e incentivo constantes;

Aos meus irmãos da comunidade neocatecumental, pelas constantes orações, o carinho e a amizade;

À minha mãe, que me proporcionou uma educação generificada, e me ensinou a ser mulher, por seu amor incondicional, seu apoio constante e por ter sido a mãe dos meus filhos na minha ausência;

Às minhas irmãs Karen, Kátia, Keylla e Karla, mulheres da minha vida, pelo apoio, o carinho e a amizade, e também ao Ronald, primo querido e tão presente nos momentos mais importantes da minha vida;

Aos amigos e familiares que acompanharam de perto essa caminhada, pelo apoio e partilha nos momentos difíceis;

Ao meu esposo Fábio, parceiro de vida, pelo amor que me move, pela compreensão, o carinho e a amizade, bem como pelo amparo quando tudo parecia impossível e o incentivo para não desistir;

A meus filhos Júlia e Vinícius, razões do meu viver, bonança que vem após a tempestade, sorrisos que me alimentam, mãos que me sustentam, amor que me faz seguir, materialização de Deus na minha vida.

*Maria, Maria
É um dom, uma certa magia
Uma força que nos alerta
Uma mulher que merece
Viver e amar
Como outra qualquer
Do planeta*

*Maria, Maria
É o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri
Quando deve chorar
E não vive, apenas aguenta*

*Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria*

*Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida...*

(Milton Nascimento)

Venâncio KCMP. A magnitude da violência de gênero entre mulheres trabalhadoras de restaurantes universitários [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2012.

Resumo

Estudo exploratório e descritivo de abordagem quantitativa sobre a magnitude da violência de gênero contra as mulheres. Ancorado na Teoria da Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva, usou como categorias de análise gênero e violência de gênero. Objetivou conhecer a magnitude do fenômeno da violência de gênero cometida por parceiros íntimos entre mulheres trabalhadoras de restaurantes universitários, conhecer o perfil de produção e reprodução social dessas mulheres e os potenciais de desgaste e fortalecimento intrínsecos a essas formas de viver e trabalhar, identificar os tipos de violência que essas mulheres vivenciam e seus agressores, bem como as formas de enfrentamento utilizadas por elas frente à violência sofrida e verificar a possível relação entre os problemas de saúde apresentados pelas mulheres e a violência que vivenciam. O cenário foi a Superintendência da Coordenadoria de Assistência Social da Universidade de São Paulo (Coseas), é vinculada à Reitoria da Universidade de São Paulo. Foram entrevistadas, com instrumento semiestruturado, 91 mulheres trabalhadoras dos restaurantes vinculados à Coseas. Os resultados mostraram que os lugares onde vivem apresentam altas taxas de violência em geral e são vulneráveis socialmente. No momento produtivo, verifica-se que o trabalho formal e estável representa um forte potencial de fortalecimento. No entanto, revela-se também como potencial de desgaste, devido ao processo de trabalho espoliador que exige intenso esforço físico, o que resulta em doenças ocupacionais. A maior parte (70%) exerce função de auxiliar de cozinha e cozinheira, e 82,4% disseram ser subalternas. Cerca de 70% relataram ter sofrido violência gênero perpetrada por parceiro íntimo, destas, 66% sofreram violência psicológica, 36,3% violência física e 28,6% sexual. No enfrentamento dessa situação, 65,2% procuraram ajuda. As mais frequentes foram a ajuda familiar (46,5%) e da enfermeira de saúde mental da Coseas (23,3%). Os problemas de saúde decorrentes da violência foram referidos por 59,1%, a maior parte tendo alguma relação com a saúde mental. Os resultados indicam que a situação exige uma intervenção imediata pautada principalmente na instrumentalização dessas mulheres e no apoio do Estado e da Universidade para que se realize o enfrentamento que a realidade exige.

Palavras-chave: Identidade de gênero. Violência contra a mulher. Processo saúde-doença.

Venâncio KCMP. The extension of gender violence endured by women who work in university restaurants [Dissertation]. São Paulo: Nursing School of University of São Paulo; 2012.

Abstract

This is an exploratory and descriptive study that does a quantitative approach on the extension of gender violence against women. Having its basis on the Praxical Intervention Theory in Nursing of Collective Health, it has taken a few analysis categories related to gender and gender violence. This work's aim was knowing the magnitude of the gender violence phenomenon as it is committed by intimate partners of women who work in college restaurants; knowing the production and reproduction social profile of these women, as well as the potential weakening and strengthening processes that are intrinsic to that way of living and working; identifying the types of violence that these women have to cope with, as well as their aggressors (besides the ways of facing the violence they are exposed to); and, finally, verifying a possible relation between the health problems these women develop and the violence they suffer. The place was the Social Work Bureau of the University of São Paulo (Coseas), which is part of this institution rectory. The 91 women who work at the university restaurants of the Coseas system, they were interviewed as a semi-structured instrument subjects of this study. The results have shown that the places where they live have high rate of general violence and they are socially vulnerable. In their productive moment, it is known that the formal and stable work represents a strong strengthening potential. Nevertheless, it has, at the same time, a weakening potential due to the despoiling work process that demands intense physical effort, which results in occupational diseases. Most of these women (70%) is cook or auxiliary cook. 82,4% of them consider themselves as subordinate workers. Around 70% of them have reported to be victims of gender violence committed by an intimate partner, 66% psychological violence, 36,3% physical violence and 28,6%, sexual violence. In facing this issue, 65,2% has searched help. The most frequent one was the help from someone inside the family (46,5%), and from the mental health nurse of Coseas (23,3%). The health problems that were consequences of the violence suffered were mentioned by 59,1%, and the major part had a relation with mental health. The results indicate that this situation demands an immediate intervention based especially on the providing that women with means of coping with their problems, as well as the support of the State and the University of São Paulo, so that all together can struggle to win this battle for a more respectful and honorable reality.

Keywords: Identity of gender. Violence against women. Health-disease process.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMA	Assistência Médica Ambulatorial
ADM.	Administrativo
Amig.	Amigo(a)
ASS	Abuse Assessment Screen
Audit.	Problemas auditivos
Aux.	Auxiliar
CEP/EEUSP	Conselho Nacional de Saúde. O projeto obteve aprovação do Conselho de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo,
CEPEUSP	Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo
CID	Classificação Internacional de Doenças
Circ.	Problemas circulatórios
CM	Coeficiente de Mortalidade
CONFAD	Programa de Atendimento para conflitos familiares difíceis
Coseas	Superintendência da Coordenadoria de Assistência Social
Cocesp	Coordenadoria do Campus da Capital do Estado de São Paulo
COVISA	Coordenação de Vigilância em Saúde
COMP.	Completo
CRM	Centro de Referência da Mulher
CRUSP	Conjunto Residencial da Universidade de São Paulo

DATASUS	Banco de dados do Sistema Único de Saúde
DDM	Delegacia da Mulher
Deleg.	Delegacia
Derm.	Problemas dermatológicos
Desc.	Desconhecida
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
Digest.	Problemas digestórios
DVADM	Divisão Administrativa
DVALIM	Divisão de Alimentação
DVCRE	Divisão de Creches
DVFINAN	Divisão Financeira
DVPROSO	Divisão de Promoção Social
EACH	Escola de Artes e Ciências Humanas
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Emplasa	Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano
ENS	Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Enf. SM	Enfermeira de saúde mental
EPI	Equipamento de Proteção individual
FSP	Faculdade de Saúde Pública

Fund.	Fundamental
Ginec.	Problemas ginecológicos
Hab.	Habitantes
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de desenvolvimento Humano
IE	Índice de Envelhecimento
IML	Instituto Médico Legal
INC.	Incompleto
INT.	Interior
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
Km2	Quilômetro quadrado
Metab.	Problemas metabólicos
Mental	Problemas de saúde mental
MHD	Materialismo Histórico e Dialético
Mioost.	Problemas mioosteoarticulares
MP	Ministério Público
NAVIS	Núcleo de Atendimento às vítimas de Violência Sexual
NEMGE	Núcleo de Estudos da Mulher e Relações Sociais de Gênero

NEV/USP	Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo
NR	Norma Regulamentadora
NV	Nascidos Vivos
Oftalm.	Problemas oftalmológicos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OR	Odds ratio
p	P valor
PATH	Programa para Tecnologia Apropriada em Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
Psic.	Psicólogo(a)
Reg.	Região
Resp.	Problemas respiratórios
Rest.	Restaurante
RMSP	Região Metropolitana de São Paulo
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SESMT/HU	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho do Hospital Universitário da USP
SM	Salário Mínimo
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde

SUVIS	Supervisão de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Tec.	Técnico
TIPESC	Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
Urin.	Problemas unrinários
USP	Universidade de São Paulo
VBG	Violência Baseada no Gênero
VIVA	Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes
Vírus	Doenças causadas por vírus
ZL	Zona Leste
ZN	Zona Norte
ZO	Zona Oeste
ZS	Zona Sul

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Dimensões do fenômeno da violência de gênero perpetrada por parceiros íntimos	40
Figura 2 -	Mapa da Região Metropolitana de São Paulo, com destaque para os lugares de procedência das trabalhadoras, São Paulo, 2011	64
Figura 3 -	Local de procedência das trabalhadoras, São Paulo, 2012	65
Figura 4 –	Distribuição da população, por grupos de idade - São Paulo, 2010	67
Figura 5 -	Pirâmide etária da população do município de São Paulo, 2009	68
Figura 6 -	Pirâmides etárias da população residente, por sexo, Estado de São Paulo, 1950-2050	70
Figura 7 –	Distribuição da população do Estado de São Paulo, RMSP e Município de São Paulo por raça/cor - São Paulo, 2010	71
Figura 8 –	Taxa de analfabetismo entre pessoas de 15 anos de idade e mais, por faixa etária - São Paulo, 2010	72
Figura 9 -	Distribuição de pessoas com 10 anos ou mais, segundo ano de estudo - Brasil, Estado de São Paulo e Grande São Paulo, 1989-2001	73
Figura 10 –	População em extrema pobreza - São Paulo, 2010	76
Figura 11 –	Taxas de mortalidade por agressão, segundo sexo, São Paulo – 1980 - 2003	87
Figura 12 -	Faixa etária das trabalhadoras - São Paulo, 2012	91
Figura 13 –	Frequência dos problemas de saúde declarados pelas mulheres entrevistadas - São Paulo, 2012	96
Figura 14 –	Ocorrência de restrição ocupacional e frequência dos tipos de restrição - São Paulo, 2012	102
Figura 15 –	Frequência de riscos aos quais as trabalhadoras se sentem expostas no ambiente de trabalho, por restaurante - São Paulo, 2012.	104
Figura 16 –	Frequência e sobreposição dos casos de violência psicológica, física e sexual na vida adulta - São Paulo, 2012	110
Figura 17 –	Relação entre a idade da mulher ao casar e a ocorrência de violência física perpetrada por parceiro íntimo - São Paulo, 2012	125
Figura 18 –	Relação entre a chefia da família e a ocorrência de violência física contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo - São Paulo, 2012	130
Figura 19 –	Relação entre o uso de álcool pelo parceiro e a violência física contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo - São Paulo, 2012	132
Figura 20 –	Ajuda procurada após a experiência de violência - São Paulo, 2012	150

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Óbito por homicídio – taxa de mortalidade por agressão (por cem mil habitantes) no município de São Paulo, 2002	36
Tabela 2 -	Mortalidade Feminina - Taxa de Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil (Por cem mil mulheres entre 15 e 49 anos) no Município de São Paulo, 2008	37
Tabela 3 -	Número de refeições diárias servidas nos restaurantes da Coseas, 2011	55
Tabela 4	Porcentagem de chefes (homens ou mulheres) responsáveis pelo domicílio, agrupados por classe de rendimento expresso em salários mínimos - São Paulo, 2000	81
Tabela 5 –	Proporção de mulheres chefes de famílias e cônjuges, por setor de atividade, Regiões metropolitanas e Distrito Federal, 2010 (em %)	82
Tabela 6 –	Mortalidade proporcional (%) por faixa etária, segundo grupos de causas - São Paulo, 2009	85
Tabela 7 –	Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (por cem mil habitantes). São Paulo, 2009	86
Tabela 8 –	Taxas de Mortalidade Feminina por causas externas, segundo grupo de causas, Município de São Paulo, de 2000 a 2002	89
Tabela 9 –	Indicadores da Atenção Básica - São Paulo, 2010	91
Tabela 10 –	Percentual de trabalhadoras por função exercida - São Paulo, 2012	102
Tabela 11 –	Riscos aos quais as trabalhadoras se sentem expostas no ambiente de trabalho por restaurante - São Paulo, 2012	106
Tabela 12 -	Frequência da violência psicológica na vida adulta, início, número de vezes, última ocorrência e agressor(a) - São Paulo, 2012	114
Tabela 13 –	Frequência de violência psicológica segundo categorias de identificação das mulheres - São Paulo, 2012	119
Tabela 14 –	Frequência de violência psicológica segundo categorias do modo de reprodução das mulheres - São Paulo, 2012	120
Tabela 15 –	Frequência de violência psicológica segundo categorias do modo de produção das mulheres - São Paulo, 2012	121
Tabela 16 -	Frequência da violência física na vida adulta, início, número de vezes, última ocorrência e agressor (a) - São Paulo, 2012	124
Tabela 17 –	Frequência de violência física segundo categorias de identificação das mulheres - São Paulo, 2012	128
Tabela 18 –	Frequência de violência física segundo categorias do modo de reprodução das mulheres - São Paulo, 2012	130

Tabela 19 –	Frequência de violência física segundo categorias do modo de produção das mulheres - São Paulo, 2012	134
Tabela 20 -	Frequência da violência sexual na vida adulta, início, número de vezes, última ocorrência e agressor (a) - São Paulo, 2012	138
Tabela 21 –	Frequência de violência sexual segundo categorias de identificação das mulheres - São Paulo, 2012	141
Tabela 22 –	Frequência de violência sexual segundo categorias do modo de reprodução das mulheres - São Paulo, 2012	143
Tabela 23 –	Frequência de violência sexual segundo categorias do modo de produção das mulheres - São Paulo, 2012	144
Tabela 24 –	Problemas de saúde referidos pelas mulheres decorrentes da violência que sofreram - São Paulo, 2012	158

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	22
1.1	VIOLÊNCIA – UM FENÔMENO SOCIAL	22
1.2	VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER – UM FENÔMENO PREVALENTE	25
1.3	VIOLÊNCIA DE GÊNERO E REPERCUSSÕES NA SAÚDE	30
1.4	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESPAÇO DE RECONHECIMENTO E ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO	31
2	OBJETIVOS	38
2.1	OBJETIVO GERAL	38
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
3	REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	39
3.1	TIPESC - DA TEORIA AO MÉTODO	39
3.2	TEORIA DA DETERMINAÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	41
3.3	GÊNERO – CATEGORIA DE ANÁLISE	42
3.4	VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E VIOLÊNCIA DE GÊNERO	47
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	52
4.1	PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	55
4.1.1	Captação de dados em fontes primárias e secundárias	55
4.1.2	Primeiro momento – apresentação do projeto às chefias dos restaurantes	56
4.1.3	Segundo momento – apresentação do projeto às trabalhadoras dos restaurantes	57
4.1.4	Terceiro momento - realização das entrevistas	57
4.1.5	Tratamento e análise dos dados	58
4.1.6	Aspectos éticos	60
5	CONSIDERAÇÕES ACERCA DAS LIMITAÇÕES DO ESTUDO	61
5.1	DA EPIDEMIOLOGIA DE RISCO À VULNERABILIDADE	61
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	64
6.1	CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DO TERRITÓRIO	64
6.1.1	População	64

6.1.2	Educação	72
6.1.3	Condições de vida.....	74
6.1.4	Habitação e infraestrutura urbana.....	76
6.1.5	Rendimentos	78
6.1.6	Perfil de saúde-doença do território	81
6.2	PERFIL DE REPRODUÇÃO SOCIAL DAS TRABALHADORAS	91
6.2.1	Caracterização dos sujeitos	91
6.2.2	Processo saúde-doença.....	95
6.3	PERFIL DE PRODUÇÃO SOCIAL DAS TRABALHADORAS	100
6.4	A VIOLÊNCIA DE GÊNERO E SUAS FACES	107
6.4.1	Violência Psicológica.....	111
6.4.2	Violência física	120
6.4.3	Violência Sexual.....	135
6.4.4	A reprodução da violência - também bate quem apanha	143
6.4.5	Enfrentamento da violência.....	147
6.5.6	Problemas de saúde decorrentes da violência	153
6.4.7	Perfil da mulher em situação de violência.....	158
7	CONCLUSÃO	163
	REFERÊNCIAS.....	169
	APÊNDICES	178
	Apêndice 1	178
	Apêndice 2	179
	Apêndice 3	183
	ANEXOS	186
	Anexo 1	186
	Anexo 2.....	187
	Anexo 3.....	189

1 INTRODUÇÃO

1.1 VIOLÊNCIA – UM FENÔMENO SOCIAL

A violência é um fenômeno histórico e socialmente determinado que vem se manifestando e deixando rastros ao longo da história da humanidade. Recentemente tem sido tema de discussão nos cenários nacional e internacional, dada sua repercussão econômico-social e na saúde dos indivíduos.

Frente à complexidade do tema, sua definição também não é fácil. No entanto, diante da magnitude do fenômeno, visando ao seu enfrentamento e à sua padronização para a mensuração científica, organismos internacionais trataram de conceituar a violência, como o faz a Organização Mundial da Saúde – OMS (2002, p. 5):

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (1994, p. 5), “a violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu em um problema de saúde pública em muitos países”. Esse fenômeno vem se perpetuando ao longo da história, resultando em danos de caráter econômico, político e social, principalmente danos à saúde e à qualidade de vida dos indivíduos.

O Informe Mundial sobre a violência e a Saúde da OMS (2002) e Minayo (2006) descrevem três grandes grupos para caracterizar a violência de acordo com autor da agressão: violência contra si mesmo ou auto-infligida (refere-se aos comportamentos suicidas, às agressões a si próprio e às automutilações), violência interpessoal (intrafamiliar ou cometida por parceiro íntimo e comunitária) e violência coletiva (uso instrumental da violência por pessoas que se identificam como membros de um grupo hierarquicamente superior a outro grupo ou conjunto de indivíduos).

A violência interpessoal é dividida em duas subcategorias: a primeira diz respeito à violência que acontece entre os membros de uma família ou entre parceiros íntimos. Neste tipo de violência se inserem aquelas praticadas contra os idosos, contra as crianças e contra a mulher ou homem quando o agressor é o(a) parceiro(a) íntimo(a); a segunda, no entanto, se refere à violência ocorrida entre indivíduos não relacionados entre si, que não necessariamente se conheçam ou tenham qualquer vínculo estabelecido, como nos casos de estupro ou violência sexual praticados por estranhos, *bullying* ou qualquer tipo de violência praticada dentro de espaços públicos como escolas, ambientes de trabalho, asilos, prisões, entre outros.

A violência coletiva tem objetivos políticos, econômicos ou sociais. Esse tipo se manifesta na forma de conflitos armados, genocídio, repressão e outras violações dos direitos humanos, terrorismo, crime organizado, dentre outras (OMS, 2002).

Minayo (2006, p. 81) acrescenta à classificação proposta pela OMS um tipo de violência que denomina como violência estrutural:

Essa categoria se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e “cronificam” a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantém o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes. Difícil de ser quantificada, pois aparentemente ocorre sem a consciência explícita dos sujeitos, a violência estrutural se perpetua nos micro e macroprocessos sócio-históricos, se repete e se naturaliza na cultura e é responsável por privilégios e formas de

dominação. A maioria dos tipos de violência citados anteriormente tem sua base na violência estrutural (grifo da autora).

A classificação proposta pela OMS (2002) leva em conta também a natureza dos atos violentos, que pode ser física, sexual, psicológica ou ainda a que envolve abandono, negligência ou privação de cuidados. Essas modalidades de expressão dos atos violentos podem também ser denominadas como abusos ou maus-tratos. Para conceituá-las melhor, Minayo (2006) definiu cada uma:

- Abuso físico é manifestado por meio do uso da força para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade em outra pessoa;
- Abuso psicológico consiste nas agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar outra pessoa, privá-la do convívio social ou restringir sua liberdade;
- Abuso sexual se refere ao ato sexual em si ou ao jogo que o envolve quando, por meio de aliciamento, força física ou ameaças, usa a vítima para conseguir estímulo, excitação sexual, práticas eróticas, pornográficas e sexuais, podendo acontecer em relações homo ou heterossexuais,
- Negligência ou abandono consiste na ausência, na recusa ou na deserção da atenção necessária a alguém que deveria receber cuidados.

Apesar de existirem essas definições, dadas tanto por órgãos oficiais quanto por pesquisadores, e de haver cada vez mais iniciativas tentando trazer à luz as formas de violência menos visíveis, há agressões que acontecem chamando pouca ou nenhuma atenção dos que estão ao redor, por serem tipos de violência ainda naturalizados e reproduzidos socialmente. Como exemplo desse tipo de violência, encontra-se a de gênero, que tem suas “raízes na construção histórica, cultural e social das relações de gênero” (Guedes, Silva, Fonseca, 2009, p. 630). Disso decorre o fato de a repercussão mais ampla acontecer apenas para aqueles tipos de violência avidamente condenados e

rechaçados pela sociedade, como os homicídios e infanticídios, enquanto a violência de gênero, principalmente aquela perpetrada por parceiros íntimos, tem pouca visibilidade social.

1.2 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER – UM FENÔMENO PREVALENTE

Embora a violência de gênero ainda seja bastante tolerada socialmente, ela é considerada um problema de saúde pública desde a década de 1990. Convencidos das repercussões negativas que este fenômeno causa na vida das pessoas que a vivenciam, órgãos internacionais e nacionais procuram proporcionar diferentes enfrentamentos contra ela. A OPAS situa a violência baseada no gênero (VBG) como:

(...) um dos abusos contra os direitos humanos e um dos problemas de saúde pública mais difundidos no mundo atual, que afeta uma em cada três mulheres. É também uma manifestação extrema da desigualdade relacionada com gênero imposta às mulheres e meninas devido à posição subordinada que ocupam na sociedade. As consequências da VBG são devastadoras e prolongadas e afetam a saúde física e o bem-estar mental das mulheres e meninas (OPAS, 2003, p. 3).¹

Uma definição de violência de gênero bastante difundida no meio científico é a apresentada pelo Programa para Tecnologia Apropriada em Saúde – PATH (2002, p. 1), que a define como

¹ Tradução da autora. No original: “La violencia basada en el género (VBG) es uno de los abusos contra los derechos humanos y uno de los problemas de salud pública más difundidos en el mundo actual, que afecta a una de cada tres mujeres. Es también una manifestación extrema de la desigualdad relacionada con el género, impuesta a las mujeres y a las niñas a causa de su posición subordinada dentro de la sociedad. Las consecuencias de la VBG a menudo son devastadoras y prolongadas y afectan la salud física y el bienestar mental de las mujeres y las niñas. Al mismo tiempo, sus repercusiones ponen en peligro el desarrollo social de otros niños en la familia, de la familia como unidad, de las comunidades donde viven las personas afectadas y de la sociedad en general”.

(...) qualquer ato de violência baseada no gênero que resulta ou que provavelmente resultará em dano físico, sexual, emocional ou sofrimento para as mulheres incluindo ameaças, coerções ou privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada.

Como se vê, diversos esforços vêm sendo realizados por organismos nacionais e internacionais para dar visibilidade a esse problema que por séculos vem sendo ocultado. Uma vez conhecidas sua prevalência e suas conseqüências para o processo saúde-doença e para a qualidade de vida das mulheres, pretende-se proporcionar estratégias para seu enfrentamento, visando a sua superação. Assim, a fim de evidenciar o caráter transcultural do fenômeno da violência de gênero, será apresentada a seguir sua prevalência ao redor do mundo e a forma como o problema afeta as mulheres brasileiras.

A OMS (2002) traz os resultados de pesquisas realizadas em 48 países sobre violência contra a mulher. No texto de origem não foram apontadas informações imprescindíveis para se compreender com exatidão o viés dessas pesquisas, tais como o referencial teórico-metodológico adotado, como foi feito o acesso às mulheres, se foram adotados os mesmos instrumentos de coleta de dados, entre outras. Ainda assim, os dados apresentados dão uma noção da incidência desse tipo de violência entre diversas populações e de seu caráter transcultural. Com relação às mulheres que relataram ter sofrido agressão física por um parceiro íntimo em alguma ocasião de suas vidas, foi encontrado um percentual de 69% nos locais com taxas mais altas, nunca sendo inferior a 10% nos países com incidência mais baixa, o que mostra que essa forma de violência está sempre presente, mesmo com as inúmeras diferenças sociais e culturais que se verificam em uma quantidade tão grande de países. O percentual de mulheres que foram agredidas por um parceiro nos 12 meses anteriores às pesquisas variou de 3% ou menos na Austrália, no Canadá e nos Estados Unidos da América a 27% das mulheres que algum dia já tiveram um parceiro sexual em León, na Nicarágua; 38% das mulheres que estão casadas na República da Coreia; e 52% das mulheres palestinas casadas na Cisjordânia e na Faixa de Gaza. Para muitas dessas mulheres, a agressão física não é um evento isolado, mas parte

de um padrão contínuo de comportamento abusivo. Esses estudos indicam que a violência física nos relacionamentos íntimos normalmente é acompanhada por abuso psicológico e, de um terço a mais da metade dos casos, por abuso sexual. No Japão, dentre 613 mulheres que alguma vez sofreram abuso, 57% sofreram os três tipos de abuso – físico, psicológico e sexual. Menos de 10% dessas mulheres vivenciaram apenas o abuso físico. Da mesma forma, em Monterrey, México, 52% das mulheres agredidas fisicamente também sofreram abuso sexual praticado por seus parceiros. Em síntese, essas pesquisas evidenciam que, em geral, as mulheres que são alvo de agressão física passam por múltiplos atos de agressão no decorrer do tempo.

Assim, segundo o relatório “Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e outras, notificadas na Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes” (VIVA), publicado pelo Ministério da Saúde, das ocorrências de violência doméstica notificadas no Brasil, entre os anos de 2006 e 2007, houve 4.050 casos. Entre as vítimas, 80% eram do sexo feminino, 48% de cor branca e 46% parda/preta. No que se refere à escolaridade, 39% das vítimas tinham completado a 8ª série do Ensino Fundamental, 24% o Ensino Médio, 14% a 4ª série do Ensino Fundamental e apenas 3% não tinham escolaridade. Em relação aos tipos de violência, 73% das mulheres referiram ter sofrido violência física, 72% psicológica, 23% sexual, 8% citaram negligência ou abandono e 89% violência relacionada a questões financeiras e patrimoniais. No que tange ao perfil do autor da agressão, 74% das vítimas foram agredidas por apenas uma pessoa, 75% dos agressores eram do sexo masculino, 30% eram cônjuges, 16% eram desconhecidos e 11% ex-cônjuges. Dos agressores, 38% estavam sob efeito de álcool e/ou outras drogas. Em relação ao direcionamento dado aos casos de violência, 38% foram encaminhados às Delegacias Especializadas da Mulher, 14% ao Instituto Médico Legal, 13% a Centros de Referência da Mulher, 11% a outras delegacias e 8% ao Ministério Público (Brasil, 2008).

Um estudo de base populacional que verificou a ocorrência de violência contra mulheres constatou que 43% das brasileiras entrevistadas

declararam ter sofrido violência praticada por um homem na vida, sendo que um terço admitiu ter sofrido alguma forma de violência física, 13% sexual e 27% psicológica. Maridos, ex-maridos, namorados e ex-namorados foram os principais agressores, variando de 88% dos autores de tapas e empurrões a 79% dos perpetradores de relações sexuais forçadas (Schraiber *et al.*, 2007).

Muito do que se sabe sobre essa temática provém de pesquisas e estudos realizados em diferentes grupos populacionais. Tratando-se de violência contra a mulher, sobretudo aquela praticada por parceiro íntimo, comunicar o agravo não é tarefa simples, pelo fato de esse ser um fenômeno complexo, de difícil abordagem e que se dá no âmbito das relações interpessoais. Assim, dada a complexidade e a gravidade do problema, os órgãos governamentais e não governamentais vêm buscando dar maior visibilidade aos assuntos relacionados à violência contra a mulher, com o objetivo de facilitar o seu enfrentamento.

Como resultado dos muitos esforços que o Ministério da Saúde vem realizando na última década para estruturar uma rede de informações sobre a notificação da violência, em 2004 foi proposta a estruturação da Rede Nacional de Prevenção de Acidentes e Violências e Promoção da Saúde, “que incentiva por meio de orientações e recursos financeiros a organização dos Núcleos de Prevenção de Violências e Acidentes e Promoção da Saúde nos Estados e Municípios” (São Paulo, 2009, p. 3). Estes núcleos têm como função primordial a sistematização das informações advindas das notificações de agressão e a construção de redes de atenção às situações de violência. Em 2006, foi criada a Rede VIVA, que, entre outras coisas, atua na vigilância das violências sexual, doméstica e outras em serviços de referência, por meio de uma coleta universal e contínua (São Paulo, 2009).

Em pesquisa de base populacional, verificou-se que as mulheres residentes em São Paulo, quando comparadas àquelas residentes na zona da mata Pernambucana, tinham maior escolaridade, menor número de filhos e maior frequência de renda própria. Destas mulheres, 46,4% citaram ter sofrido pelo menos uma forma de violência perpetrada por parceiro íntimo em algum

momento de suas vidas. No que se refere à tipologia da violência, a violência psicológica foi o evento mais frequente em suas vidas. Em relação à frequência dos episódios de violência, apenas 22,9% das mulheres de São Paulo disseram que a violência ocorreu apenas uma vez, ao passo que 40% informaram que os episódios de violência ocorreram muitas vezes (Schraiber *et al.*, 2007).

No município de São Paulo, segundo o Boletim de Vigilância de Violências, de junho de 2008 a julho de 2009, dentre as Supervisões de Vigilância em Saúde (SUVIS) que mais realizaram notificações de violência, a SUVIS Butantã – que conta com 18 Unidades de Saúde, somando as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) – liderou o *ranking*, com 206 notificações e média anual de 11,44, seguida da SUVIS M'Boi Mirim – que conta com 42 unidades (UBS/AMA) –, tendo realizado 317 notificações, tendo média anual de 7,55 no mesmo período (São Paulo, 2009).

É provável que o maior número de notificações da SUVIS Butantã esteja relacionado ao melhor preparo e capacitação dos serviços e profissionais de saúde para reconhecer os casos de violência do que necessariamente ao maior número de ocorrências desse tipo no território de abrangência de sua SUVIS. Logo, a melhora do sistema de notificação propicia uma melhor mensuração do problema.

Um indicador que está diretamente ligado à violência contra a mulher é a taxa de mortalidade de mulheres em idade fértil. As causas externas constituem o segundo maior motivo de mortalidade em mulheres e, diferentemente dos homens, a violência contra a mulher se dá muito mais nos espaços privados do que nos espaços públicos (Gomes, Minayo, Silva, 2005).

No município de São Paulo, entre 2000 a 2002, a taxa de mortalidade de mulheres em idade fértil (de 15 a 24 anos) por agressões/homicídios foi de 14,4, ou seja, a cada 100 mil mulheres na referida faixa etária, cerca de 14 morreram vítimas de agressão (Fundação SEADE,

2011), evidenciando um alto índice de violência perpetrada contra a mulher com desfecho fatal.

Ainda assim, a violência contra a mulher com desfecho fatal representa apenas uma parcela do total de mulheres que vivenciam cotidianamente a violência. Na grande maioria dos casos, os efeitos destrutivos na qualidade de vida e no processo saúde-doença dessas mulheres se tornam crônicos (Fonseca, 2007).

1.3 VIOLÊNCIA DE GÊNERO E REPERCUSSÕES NA SAÚDE

D'Oliveira e Schraiber (1999) indicam a relação entre a violência doméstica e os problemas de saúde das mulheres, tais como depressão, suicídio, uso abusivo de álcool e outras drogas, queixas vagas como cefaleia, distúrbios gastrintestinais e sofrimento psíquico em geral.

Outro estudo, realizado por Heise, Ellsberg e Gottemoeller (1999) relaciona a violência sexual contra a mulher por parceiro íntimo, com efeitos fatais e não fatais. Entre os efeitos fatais estão homicídio, suicídio, mortalidade materna e efeitos relacionados ao HIV. Nesse estudo, os efeitos não fatais estão subdivididos em aqueles que acometem a saúde física (lesões, alterações funcionais, sintomas físicos e obesidade severa), os que se referem a transtornos crônicos (dor crônica, síndrome do intestino irritável, transtornos gastrointestinais, fibromialgia) e os que se referem a problemas de saúde mental (estresse pós-traumático, depressão, fobias, síndrome de pânico, transtornos alimentares, disfunção sexual, baixa autoestima, abuso de substâncias psicotrópicas). O estudo relaciona ainda a violência sexual com comportamentos negativos em relação à saúde da mulher, como tabagismo, uso abusivo de álcool e outras drogas, comportamentos sexuais arriscados, sedentarismo e distúrbios alimentares. Entre as repercussões da violência sexual na saúde reprodutiva estão a gravidez indesejada, abortos,

complicações na gravidez, baixo peso da criança ao nascer e doença inflamatória pélvica.

A violência de gênero é um fenômeno complexo e multifacetado, que traz prejuízos devastadores no âmbito dos direitos humanos, econômicos e sociais. Assim compreendido, torna-se imprescindível a integração de diversos setores da sociedade, a fim de, primeiramente, dar visibilidade a este fenômeno que por vezes é naturalizado na sociedade, e depois proporcionar diferentes enfrentamentos visando a sua superação.

1.4 UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESPAÇO DE RECONHECIMENTO E ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO

A Universidade de São Paulo (USP) foi fundada em 1934 e tornou-se uma das instituições de ensino superior mais importantes da América Latina. Sua atuação fundamenta-se no tripé formado por ensino, pesquisa e extensão. Portanto, além de atividades acadêmicas propriamente ditas, com seus cursos de graduação e pós-graduação e sua produção científica, a USP também oferece diversos serviços à comunidade. Conta atualmente com *campi* em sete cidades do estado de São Paulo, sendo que o mais conhecido é o localizado no bairro do Butantã, na cidade de São Paulo, a Cidade Universitária Armando de Salles Oliveira, que conta com a administração central da USP, unidades de ensino e pesquisa, o Conjunto Residencial (CRUSP), o Centro de Práticas Esportivas (CEPEUSP), um Hospital Universitário (HU), hospitais veterinários para animais de pequeno e grande porte, o restaurante central e outros restaurantes institucionais, um cinema, museus, vasta área verde, além de outros locais que abrigam iniciativas de produção e reprodução artística e científica e serviços à comunidade do campus e/ou à população do município. A USP é mantida pelo governo do estado de São Paulo e é vinculada à Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico, Ciência e Tecnologia (Universidade de São Paulo - USP, 2011a).

Os órgãos e serviços mais importantes da Universidade que lidam com a violência são o Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (NEV/USP), o Núcleo de Estudos da Mulher e Relações Sociais de Gênero (NEMGE), o Núcleo de Atendimento às vítimas de Violência Sexual (NAVIS), o Programa de Atendimento para conflitos familiares difíceis (CONFAD) e o Projeto SOS Mulher vinculado à Superintendência da Coordenadoria de Assistência Social (Coseas).

O NEV foi criado em 1987 e é um dos Núcleos de Apoio à Pesquisa da USP. Atua desenvolvendo projetos de pesquisa, cursos de extensão e atividades voltadas à promoção e proteção dos direitos humanos, como a promoção do acesso universal aos direitos humanos e denúncias de suas violações. Atualmente, suas principais linhas de pesquisa são a de Monitoramento de Violações aos Direitos Humanos e a de Democracia, Estado de Direito e Direitos Humanos (USP, 2007).

O NEMGE atua principalmente no desenvolvimento de pesquisas e cursos a respeito da temática da discriminação, em especial da discriminação contra a mulher. Todas as suas pesquisas, cursos, publicações e eventos que promove têm o objetivo de buscar meios de superação de todas as formas de discriminação e da iniquidade nas relações de gênero (USP, 2010).

O NAVIS é um núcleo de atendimento às vítimas de violência sexual ligado ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), cujos objetivos consistem em dar assistência médica, psicológica e social a pessoas que foram vítimas de violência sexual (USP, 2009).

O CONFAD, Programa de Atendimento para Conflitos Familiares Difíceis, vinculado ao Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa da FMUSP, tem por objetivo oferecer à mulher em situação de violência uma escuta atenta e qualificada de seus problemas, apoiando, acolhendo e informando sobre os serviços que compõem a rede de apoio à mulher nessa situação (USP, 2009).

O Grupo de Pesquisa “Violência e Gênero nas Práticas de Saúde”, do Departamento de Medicina Preventiva da USP publicou um guia de serviços voltados às mulheres em situação de violência, para facilitar o referenciamento e o contra referenciamento desse problema na rede intersetorial. Este guia está disponível *on line* e é uma ferramenta bastante interessante para tornar visível a rede de referência e os serviços disponibilizados à mulher em situação de violência (USP, 2009).

Também a Superintendência da Coordenadoria de Assistência Social (Coseas) é uma unidade prestadora de serviços, estando subordinada à Reitoria da Universidade de São Paulo (USP) e contando atualmente com um quadro de 625 trabalhadores distribuídos em cinco divisões. São elas: Divisão de Promoção Social (DVPROSO), Divisão de Creches (DVCRE), Divisão Administrativa (DVADM), Divisão Financeira (DVFINAN) e Divisão de Alimentação (DVALIM), que administram sete restaurantes universitários, cinco creches e 1.300 vagas na moradia estudantil. É ainda o órgão responsável pela administração de bolsas e apoios de diversas naturezas que dão suporte a alunos com dificuldades socioeconômicas impeditivas para a conclusão de seus cursos de graduação e pós-graduação de maneira adequada (Fonseca *et al.*, 1998).

Embora não faça parte da missão da Coseas intervir nos perfis de morbidade da população que assiste (alunos da Universidade e trabalhadores da Coseas), na última década, por meio da DVPROSO, alguns projetos de intervenção que possuem interface com a saúde têm sido desenvolvidos. Tais projetos atuam em temáticas como o uso abusivo de álcool e outras drogas (Na Boca do CRUSP), violência contra a mulher (SOS Mulher).

O projeto SOS² Mulher foi criado no ano de 2000, em virtude da necessidade de acolher alunas moradoras do Conjunto Residencial da USP vítimas de violência por parte de homens. Esse projeto está atualmente

² Informações cedidas pela assistente social da Divisão de Promoção Social da Superintendência da Coordenadoria de Assistência Social da Universidade de São Paulo em 25 de setembro de 2011.

vinculado à Pró-reitoria de Cultura e Extensão da Universidade. Desde sua criação, acolhe, orienta e encaminha para recursos especializados, se necessário, alunas e alunos moradores do CRUSP que se relacionam de maneira violenta. Suas atividades concentram-se em prevenir ocorrências violentas no espaço da moradia estudantil, mediante atividades educativas como folhetos, murais, boletins e outros. Além disso, realiza uma caminhada anual no campus Butantã e EACH (Escola de Artes e Ciências Humanas), no dia 25 de novembro, o Dia Internacional da Não Violência contra a Mulher, visando estimular o debate sobre o tema.

Esses projetos e inúmeras oportunidades de aproximação com suas temáticas no processo de trabalho da Divisão de Promoção Social vêm possibilitando uma maior sensibilização por parte dos profissionais frente às condições de vida e trabalho dos alunos e trabalhadores que possam estar relacionadas à vivência de situações de violência e uso de álcool e outras drogas.

Atualmente, estou vinculada à DVPROSO, atuando como enfermeira de saúde coletiva. Dentro da população sob minha responsabilidade, constituída por alunos moradores do CRUSP e trabalhadores da Coseas, tenho observado que os trabalhadores dos restaurantes, nosso maior contingente, têm manifestado problemas de saúde relacionados, majoritariamente, à saúde mental, abuso de álcool e outras drogas e doenças crônico-degenerativas que vêm comprometendo significativamente a qualidade de vida dessas pessoas.

Estudos (D'Oliveira, Schraiber, 1999; OMS, 2002; Andrade, Amaral, Fonseca, 2008; Guedes, Silva, Fonseca, 2009;) tratam da relação entre a violência doméstica e agravos à saúde das mulheres de ordem social, física, mental e emocional. Ainda Meneghel *et al.* (2000) revelam a maior vulnerabilidade à violência doméstica por parte das mulheres que lidam com atividades ligadas ao âmbito doméstico, tais como donas de casa, faxineiras, copeiras, serventes e empregadas domésticas. Visto que a atividade laboral das mulheres, sujeitos desta investigação, é essencialmente ligada ao âmbito doméstico e ainda considerando o alto índice de absenteísmo e afastamentos

por motivos de saúde por parte dessa categoria profissional, foi questionado se pelo menos uma parte dos agravos à saúde apresentados por essas mulheres poderia estar relacionada a situações de violência doméstica.

As informações fornecidas em julho de 2010 pela seção de pessoal da Coseas revelam que as mulheres representavam cerca de 60% do total de trabalhadores dos restaurantes (231) e tinham idade entre 24 e 67 anos. No que se refere ao tempo de serviço, a mais antiga trabalhava há 28 anos na Universidade, e a mais nova havia sido contratada cerca de três meses antes do fornecimento desses dados. Todas têm jornada de trabalho de 40 horas semanais. Em relação à exigência mínima de escolaridade, para as funções de cozinheiro e auxiliar de cozinha é necessário o nível fundamental; para os técnicos de nutrição, o nível médio; e a única função que exige nível superior é a de nutricionista. A maioria dessas mulheres reside em comunidades carentes da região do Butantã; outras ainda vêm de municípios próximos à Universidade, como Carapicuíba, Osasco e Taboão da Serra, entre outros.

O levantamento realizado na Fundação SEADE mostrou que esses municípios apresentam altas taxas de mortalidade por agressão e mortalidade de mulheres em idade fértil, conforme os dados das Tabelas 1 e 2:

Tabela 1 - Óbito por homicídio – taxa de mortalidade por agressão (por cem mil habitantes) no município de São Paulo, 2002

Município	Taxa de mortalidade por agressão (por cem mil habitantes)
São Paulo	39,02
Carapicuíba	53,19
Osasco	74,81
Taboão da Serra	78,14

Fonte: Fundação SEADE

Tabela 2 - Mortalidade Feminina - Taxa de Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil (Por cem mil mulheres entre 15 e 49 anos) no Município de São Paulo, 2008

Município	Taxa de mortalidade de mulheres (por cem mil mulheres entre 15 e 49 anos)
São Paulo	130,78
Carapicuíba	114,21
Osasco	130,50
Taboão da Serra	150,38

Fonte: Fundação SEADE

Os dados indicam que onde estas mulheres vivem a violência é um fenômeno prevalente. No que se refere à forma de trabalhar, a grande maioria desempenha as funções de cozinheira e auxiliar de cozinha, atividades vinculadas ao preparo e distribuição de alimentos, o que requer grande esforço físico, levantamento de peso, movimentos repetitivos, trabalho realizado em condições bastante adversas, com altas temperaturas e poluição sonora. Essas condições exaustivas de trabalho estão relacionadas a altas taxas de afastamentos por problemas de saúde e acidentes de trabalho.

A presente investigação toma como objeto o perfil de produção e reprodução social de mulheres trabalhadoras dos restaurantes universitários e como o fenômeno da violência de gênero manifesta-se entre elas. Assim, pretende-se responder:

Quais os perfis de produção e reprodução social das trabalhadoras dos restaurantes universitários?

Qual a magnitude do fenômeno da violência entre parceiros íntimos entre essas mulheres?

Com base nas informações adquiridas, espera-se subsidiar intervenções junto às trabalhadoras da Coseas no que se refere ao enfrentamento e à superação de situações de violência, aprimorando as intervenções existentes ou instituindo novas formas de reconhecimento e enfrentamento das situações de violência.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a magnitude do fenômeno da violência de gênero cometida por parceiros íntimos entre as mulheres trabalhadoras de restaurantes universitários.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer os perfis de produção e reprodução social das trabalhadoras dos restaurantes universitários e os potenciais de desgaste e fortalecimento intrínsecos a essas formas de viver e trabalhar;
- Identificar os tipos de violência que essas mulheres vivenciam e seus agressores, bem como as formas de enfrentamento utilizadas por elas frente à violência sofrida;
- Verificar a possível relação entre os problemas de saúde apresentados pelas mulheres com a situação de violência que vivenciam.

3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

3.1 TIPESC - DA TEORIA AO MÉTODO

A Teoria da Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) forneceu as bases teóricas e metodológicas que nortearam o presente estudo. Segundo Egry (1996, p. 23), a TIPESC

na sua vertente metodológica, é a sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social referentes à saúde e à doença de uma dada coletividade, no marco de sua conjuntura e estrutura, dentro de um contexto social historicamente determinado.

Seus momentos compreendem a captação da realidade objetiva, a interpretação dessa realidade, a construção do projeto de intervenção nessa realidade, a intervenção propriamente dita e a reinterpretação da realidade objetiva.

Neste estudo foram abordados com maior aprofundamento o primeiro e o segundo momentos, destacando-os dos outros, mas sem perder de vista “o caráter de totalidade e interpenetrabilidade” apontado por Egry (1996).

Os fenômenos que emergiram do objeto de estudo foram interpretados sob a perspectiva Materialista Histórica e Dialética (MHD), teoria do conhecimento que tem sua origem na visão de mundo Materialista Histórica, que é antagônica à visão idealista de mundo. Egry (1996, p. 30) postula que

O materialismo histórico tem como objeto de estudo a sociedade e as leis gerais de seu desenvolvimento. É materialismo porque sustenta que a produção material é a base sobre a qual se estabelece o modo de viver dos homens, o que determina toda a vida da sociedade. O materialismo histórico atribui caráter histórico aos fenômenos sociais,

considerando-os suscetíveis de serem transformados pela ação dos homens. Nesse sentido, diferencia-se do funcionalismo, que considera os fenômenos sociais como a-históricos.

Entende-se que visão de mundo é um “sistema de pontos de vista que permite ao homem elaborar uma atitude perante a realidade”, ou seja, “está na base da compreensão e da ação do homem” (Fonseca, 2007, p. 30).

A partir do recorte dimensional da realidade objetiva – estrutural, particular e singular –, o fenômeno estudado será iluminado em sua dimensão singular. No entanto, vale salientar que as três dimensões fazem parte da mesma totalidade e estão articuladas entre si, sendo impossível compreender o fenômeno em sua totalidade sem a visualização de todas (Egry, 1996, p. 103).

Na **Figura 1** está representado o objeto fenomênico desdobrado em suas três dimensões:

Figura 1 - Dimensões do fenômeno da violência de gênero perpetrada por parceiros íntimos

Assim, na dimensão singular, que segundo Egry (1996, p. 84) “compreende os processos que, em última instância, levam a adoecer e a morrer”, estariam os processos saúde e doença das mulheres em situação de violência. Na dimensão particular, que “compreende os processos de reprodução social manifestos nos perfis epidemiológicos de classe”, estariam os perfis epidemiológicos das mulheres. Por último, na dimensão estrutural, onde são compreendidos “os processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e do desenvolvimento das relações de produção, da formação econômica e social e das formas político-ideológicas derivadas”, estaria a violência estrutural, definida por Minayo (2006) e entendida como os processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem a desigualdade de gênero, mantendo a dominação masculina sobre a mulher na sociedade.

3.2 TEORIA DA DETERMINAÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Dentre as categorias conceituais da TIPESEC que, segundo a autora, consistem em “um conjunto totalizante de noções e ideias historicamente construídas que demarcam em seus espaços as partes interligadas do fenômeno considerado”, está a categoria processo saúde-doença que no marco do materialismo histórico e dialético é interpretada pela Teoria da Determinação Social do Processo Saúde e Doença (Egry, 1996, p. 51).

Segundo a referida teoria, “a causa última do comportamento do processo saúde-doença deve ser buscada na forma como a sociedade se organiza para a construção da vida social” (Fonseca, Egry, Bertolozzi, 2006, p. 57).

Conforme as autoras, a teoria da determinação social do processo saúde-doença possibilita

(...) compreender como cada sociedade cria um determinado padrão de desgastes em função do consumo e gasto de energia pelos indivíduos no processo de reprodução social. Nas sociedades classistas, especificamente aquelas organizadas sob o modo capitalista de produção, a cada classe social corresponderia um determinado padrão de desgastes e potencialidades, manifestos através de condições negativas (risco de adoecer ou morrer) ou positivas (possibilidades de sobrevivência), conseqüentes às formas historicamente adotadas pela sociedade para conduzir a sua vida social (Fonseca, Egry, Bertolozzi, 2006, p. 58).

A partir desta teoria tem-se que os fenômenos saúde e doença são interpretados como

expressões de um mesmo processo, evidenciando o seu duplo caráter – biológico e social, uma vez que encara a que a natureza humana apesar de ter um lastro biológico, determina-se a partir da vida do homem em sociedade (Fonseca, 2007, p. 37).

Assim, a organização social passa a ser o principal determinante das manifestações do processo saúde-doença, evidenciando-se por meio das manifestações da qualidade de vida dos agentes sociais, que por sua vez é determinada pelos processos de produção e reprodução da vida em sociedade – trabalho e formas de viver (Fonseca, 2007).

3.3 GÊNERO – CATEGORIA DE ANÁLISE

Fonseca explica que, para além da causa imediata ou diretamente relacionada ao adoecimento dos indivíduos, deve-se considerar “o lugar que o indivíduo ou grupo ocupa na sociedade (situação de classe) ou a vivência social das diferenças biológicas que porta (sexo/gênero, idade/geração, raça/etnia)” (Fonseca, 2007, p. 38).

Para a autora, além da classe social existem outras categorias que determinam a condição de desigualdade social imposta aos indivíduos, que muitas vezes se referem a atributos biológicos e que, por expressarem uma condição de desigualdade na sociedade, acabam por também determinar o

lugar que o indivíduo ocupa no espaço social. Assim, faz-se necessário olhar a realidade através de outros recortes analíticos, a fim de se compreender os fenômenos sociais em sua complexidade, inclusive o processo saúde-doença. As categorias analíticas às quais se faz referência são: raça/etnia, geração e gênero.

No presente estudo, a categoria analítica que será predominantemente utilizada para explicar os elementos que emergirem da realidade objetiva, será *gênero*, que, segundo Fonseca (2007, p. 41),

pressupõe a compreensão das relações que se estabelecem entre os sexos na sociedade, diferenciando o sexo biológico do sexo social. Enquanto o primeiro refere-se às diferenças anátomo-fisiológicas, portanto biológicas, existentes entre homens e mulheres, o segundo diz respeito à importância que essas diferenças assumem nas diferentes sociedades, no transcorrer da história.

O conceito de gênero surgiu na década de 1980, sendo primeiramente empregado pelas feministas como uma forma de rejeitar outras denominações que traziam a noção do determinismo biológico ao referir-se ao feminino-masculino. “Gênero” era um termo potente para abarcar o caráter relacional das definições de feminino-masculino e dar conta da organização social e da relação entre os sexos (Scott, 1995).

Recentemente, o vocábulo “gênero” tem sido empregado de maneira mais abrangente, vislumbrando a compreensão das relações sociais e historicamente construídas estabelecidas entre “homens e mulheres, mulheres e mulheres e homens e homens, na tentativa, inclusive, de romper com a dualidade homem/mulher e desfazer as amarras da heterossexualidade” (Fonseca, 2008, p. 9).

Historicamente, a construção do pensamento feminista utilizou distintas abordagens na análise de gênero para explicar a desigualdade entre homens e mulheres. Scott (1995) analisou as três posições teóricas na análise

do gênero, quais sejam, as teóricas do patriarcado, as marxistas e as de base psicanalítica.

As teóricas do patriarcado defendem uma adaptação da teoria hegeliana, focando a teoria em suposta necessidade dos homens em subordinar as mulheres para fins de controlar os meios de reprodução da espécie. Segundo elas, a libertação feminina estaria diretamente vinculada a revoluções tecnológicas que permitem a eliminação da necessidade do corpo feminino para a reprodução da espécie. A crítica de Scott a esta posição teórica se pauta no fato de ela desenvolver-se sobre diferenças físicas entre os sexos. Ao analisar essa única variação como fonte de toda desigualdade de gênero, “a história se torna um epifenômeno que oferece variações intermináveis sobre o tema imutável de uma desigualdade de gênero fixa” (Scott, 1995, p. 78).

As teóricas marxistas, segundo Scott (1995), se apropriaram dos estudos de Engels, conformando a desigualdade de gêneros em função dos modos de produção. O capitalismo e o patriarcado seriam dois sistemas distintos, mas em constante interação; o segundo se desenvolvendo e adaptando em função do primeiro. As feministas marxistas problematizaram as formas de interação entre os sistemas econômicos e as relações de gênero, pois, segundo elas, a divisão sexual do trabalho precedeu ao modo de produção capitalista e se manteve em outros modos de produção, como o socialismo. A partir dessas discussões, houve uma ruptura do paradigma com a afirmação de que os sistemas de gênero têm uma existência independente dos sistemas socioeconômicos, mas, ao explicar as formas de interação entre esses sistemas, há uma tendência a sobrevalorizar o econômico sobre o social e o sexual. Scott (1995) elucida que as dificuldades teóricas residem nas próprias limitações da matriz marxista, que acaba sempre subordinando o conceito de gênero ao de uma estrutura econômica.

As teóricas psicanalíticas seguem principalmente duas escolas, a anglo-saxônica, que trabalha com a teoria das relações objetais, e a francesa, que se desenvolve a partir do pós-estruturalismo de Freud. Tais escolas

compartilham o enfoque nas etapas de formação do indivíduo, no entanto, sob perspectivas distintas. A teoria das relações objetais defende que a identidade de gênero é formada a partir de experiências concretas, principalmente as vivenciadas domesticamente, como a divisão de trabalho familiar e a atribuição de tarefas entre os pais. Já a teoria pós-estruturalista da linguagem vincula a identidade de gênero aos sistemas de significação, que considera não apenas as palavras, mas também todo um sistema simbólico que faz referência ao gênero. Joan Scott critica a teoria psicanalista, pois, segundo ela, “esta interpretação limita o conceito de gênero à esfera da família e à experiência doméstica, (...) não deixa meios para ligar esse conceito a outros sistemas sociais, econômicos, políticos ou de poder” (Scott, 1995, p. 81).

A partir das construções do feminismo, Joan Scott (1995), historiadora feminista, contribuiu grandemente para a concepção do conceito de gênero como uma categoria analítica atualmente utilizada na academia. Fonseca (2007, p. 11) avalia a contribuição de Joan Scott à medida que ela

propõe rejeitar os sistemas binários, historicizando e desconstruindo os termos da diferenciação sexual. Ela tenta encontrar meios para submeter as categorias à crítica, entendendo que desconstruir significa criticar, analisando, em cada contexto específico, a maneira como qualquer oposição binária opera, revertendo e deslocando a sua construção hierárquica em vez de aceitá-la como óbvia ou como fazendo parte da natureza das coisas.

A definição de gênero defendida por Scott (1995, p. 86) apresenta duas partes e diversos subconjuntos ao afirmar que “o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder” (Scott, 1995, p. 86).

No que se refere à primeira parte do conceito, a autora defende que o gênero implica quatro elementos inter-relacionados:

Os símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações simbólicas (e com frequência contraditórias) – Eva e Maria como símbolos da mulher;

Os conceitos normativos que expressam interpretações dos significados dos símbolos, que tentam limitar e conter suas possibilidades metafóricas. Esses conceitos estão expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas ou jurídicas e tomam a forma típica de uma oposição binária fixa, que afirma de maneira categórica e inequívoca o significado do homem e da mulher, do masculino e do feminino.

As instituições e a organização social, este é o terceiro aspecto das relações de gênero.

O quarto aspecto de gênero é a identidade de gênero (Scott, 1995, p. 88).

A segunda parte do conceito, onde postula que “gênero é a forma primeira de significar as relações de poder”, a autora defende que é nesta parte que se dá a “teorização do gênero”, pois segundo ela

O gênero é um campo primário no interior do qual, ou por meio do qual, o poder é articulado. O gênero não é o único campo, mas ele parece ter sido uma forma persistente e recorrente de possibilitar a significação do poder no ocidente, nas tradições judaico-cristãs e islâmicas (Scott, 1995, p. 88).

Assim, a partir dessas proposições, olhar a realidade sob a perspectiva de gênero significa considerar os processos de socialização de homens e mulheres levando-se em conta a ideologia dominante na sociedade, segundo a qual a mulher ocupa um lugar desprivilegiado na esfera de poder. A ideologia patriarcalista pressupõe que ao homem são reservados os papéis centrais de poder, liderança e governança; e à mulher, atividades que tradicionalmente são tidas como femininas, aquelas que tratam da reprodução da espécie, da manutenção do lar e da criação/ educação dos filhos (Scott, 1995).

Fonseca afirma que há vantagens em se valer da categoria gênero para explicar, à luz das relações de poder, alguns fenômenos sociais, dentre eles o processo saúde-doença das mulheres. No entanto, a autora adverte:

Esta categoria [gênero] não pode ser vista ou utilizada isoladamente (...). Na verdade, o que se propõe é a compreensão da realidade alquimizada pelas diferentes categorias, ressaltando-se uma ou outra ou a junção de várias, dependendo do fenômeno a ser iluminado (Fonseca, 2007, p. 41).

3.4 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Ser mulher em sociedade é um papel carregado de inúmeras formas de subordinação que são naturalizadas e reproduzidas ao longo da história e, “por ocuparem lugares desprivilegiados nas esferas de poder, têm sido imposto às mulheres condições extremamente precárias de vida e trabalho, que desencadeiam sérias implicações para o seu processo saúde-doença” (Fonseca, 2007, p. 36).

Dentre os fenômenos destrutivos na vida das mulheres, a violência configura-se como um elemento que tem íntima relação com sua qualidade de vida e seu processo de saúde-doença, causando-lhes prejuízos incomensuráveis. No entanto, a invisibilidade e naturalização social dessa violência inviabilizam o dimensionamento do problema, assim como o seu enfrentamento.

A violência, segundo Chauí (1985, p. 35), precisa ser considerada sob dois ângulos:

Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela

inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência.

Para compreender melhor tais proposições, há que se valer da diferenciação entre relação de poder e relação de dominação. A primeira se relaciona com a capacidade de agir sobre a ação do outro, reconhecido como sujeito da ação; já a segunda é “caracterizada como conjunto de relações fixas de poder, assimétricas, em que a possibilidade de resistência (como estratégia concreta de reação) deixa de existir” (Fonseca, 2007, p. 15).

Segundo Chauí (1985), a violência é uma relação de dominação que tem particularidades, pois a pura relação de dominação busca, em última instância, aniquilar o outro, destruir uma das partes. A violência, no entanto, visa não destruir, mas manter a outra parte, anulando-a nas suas diferenças e a submetendo à vontade e à ação da outra parte. A autora descreve a violência perfeita como aquela que

Obtém a interiorização da vontade e da ação alheias pela vontade e pela ação da parte dominada, de modo a fazer com que a perda da autonomia não seja percebida nem reconhecida, mas submersa numa heteronímia que não se percebe como tal (Chauí, 1985, p. 35).

Para a autora, a “violência perfeita” é aquela que tem como produto a alienação do indivíduo. Diferentemente do poder, onde a luta se faz presente como instrumento de transformação, na violência não há luta.

É no âmbito dessa conceituação de violência que a assimetria de poder é desencadeante de uma relação de dominação. Refletindo uma iniquidade de gênero é que se define a violência contra a mulher como

Qualquer ato de violência baseada no gênero que resulta ou que provavelmente resultará em dano físico, sexual, emocional ou sofrimento para as mulheres incluindo ameaças, coerções ou privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada (PATH, 2002, p. 1).

O que se constata é que meninas e mulheres são alvo de atos que agridem sua integridade física, psicológica e social apenas pelo fato de serem mulheres.

A violência contra a mulher, para além de apresentar uma alta frequência, apresenta características bem peculiares. Enquanto a violência contra os homens se dá prioritariamente em espaços públicos, tendo como principal agressor homens estranhos, na violência contra a mulher o cenário privilegiado é o ambiente doméstico, e o perpetrador da violência é majoritariamente seu parceiro íntimo, aquele que ela “escolheu” para partilhar a vida (Schraiber *et al.*, 2005, p. 39).

No Brasil, no final da década de 1980, por meio dos movimentos sociais feministas, introduziu-se o conceito de relações de gênero na produção de pesquisas científicas e prática política. Trazendo a possibilidade de ampliar a visão sobre as questões relativas às mulheres. Tal conceito foi também incorporado nos estudos sobre violência contra a mulher, que, por meio da ampliação do conceito, passou a ser chamado de violência de gênero (D'Oliveira, 2000).

Atualmente, ainda se observa muita confusão no uso desses conceitos, muitas vezes usados como sinônimos. No entanto, a utilização de um ou outro requer um posicionamento teórico que nada tem de ingênuo.

Segundo D'Oliveira (2000, p. 33) incorporar a perspectiva de gênero para tratar da violência contra a mulher vislumbra a superação de dois riscos muito recorrentes neste campo: o essencialismo e o vitimismo.

O risco da essencialização e universalização consiste em admitir algum fundamento único, imutável e absoluto, para explicar as desigualdades de poder nas relações de gênero. Assim, todas as mulheres seriam vítimas em potencial e todos os homens agressores, sem perspectivas de mediação entre norma social e existência particular e sem perspectivas de mudança. **O risco de vitimismo** diz respeito, correlatamente a esta visão essencialista, a conceber as mulheres como seres não responsáveis por suas próprias ações e portanto pessoas desprovidas de capacidade de ação, pensamento e

juízo, que apenas introjetam a vontade alheia e a norma social sem possibilidade de reflexão e crítica [grifos nossos].

Acerca de tais riscos, Fonseca (2008) salienta que é preciso reconhecer a articulação entre as diversas categorias, tais como classe, etnia, geração, gênero, dentre outras, para ampliar a compreensão das relações de poder, o que requer ultrapassar a visão de que a mulher é sempre a vítima, dominada, enquanto ao homem cabe o papel de algoz, dominador, pois isso seria simplificar por demais as relações de poder, que são por definição complexas. A autora acrescenta ainda que

O poder aparece como ações exercidas entre os sujeitos na dialética, entre resistência, dominação e contestação, deslocando de um para o outro. Assim, as relações de classe, de gênero, de raça-etnia e de geração constroem-se, reproduzem-se e reconstroem-se juntas, permeadas por outras, dependendo do fenômeno considerado (Fonseca, 2008, p. 25).

No entanto, olhar a violência contra a mulher sob a perspectiva de gênero não significa de forma alguma anular a verdade que se impõe, que diz respeito à iniquidade de gênero; pelo contrário, significa considerá-la como sujeito de ação e transformação da realidade na qual está inserida e tirá-la do papel de vítima que a imobiliza, perpetuando uma situação de desigualdade sem vislumbrar a possibilidade de superação (D'Oliveira, 2000).

E a definição de sujeito foi apresentada por Chauí (1985, p. 36) como

A liberdade não é, pois, a escolha voluntária entre várias opções, mas a capacidade de autodeterminação para pensar, querer, sentir e agir. É autonomia. Nessa perspectiva, ser **sujeito** é construir-se como capaz de autonomia numa relação de tal que as coisas e os demais não se ofereçam como determinadores de que somos e fazemos, mas como campo no qual o que somos e fazemos pode ter a capacidade aumentada ou diminuída, segundo nos submetamos ou não à força e à violência ou sejamos agentes delas [grifo nosso].

Para Andrade (2009), valer-se da perspectiva de gênero para compreender a violência praticada contra a mulher significa olhá-la em toda a sua complexidade como violência de gênero.

Sobre a violência de gênero, Minayo (2006) acrescenta que, embora se refira a relações violentas entre homens e mulheres, tem maior incidência sobre os indivíduos do sexo feminino e se constitui como um problema de saúde pública, para além de ser considerado como violação explícita dos direitos humanos.

Assim, neste estudo a violência contra a mulher será analisada na perspectiva de violência de gênero, em que as mulheres são vistas como **sujeitos**. Muito embora, também vivenciem as mais diversas alienações, como sujeitos são elas **agentes de transformação** da realidade em que vivem, de tal forma que a violência é uma **situação** que elas são plenamente capazes de enfrentar e **superar**.

A análise dos dados foi feita por meio da confrontação do arcabouço teórico apresentado com os elementos que emergiram da realidade objetiva, visando a atender à finalidade e aos objetivos propostos nesta investigação.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente investigação tem caráter exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa. A utilização desta abordagem, segundo Dyniewicz (2009), deve ser feita quando se pretende verificar e explicar a influência de variáveis pré-estabelecidas sobre outras, mediante a análise da frequência de incidências e correlações estatísticas e, ainda segundo a autora, o caráter exploratório da pesquisa tem por finalidade saber como determinado fenômeno manifesta-se por meio de uma visão ampliada do mesmo, o que está em pleno acordo com a proposta deste estudo.

No entanto, uma vez que a violência é um fenômeno complexo, determinado historicamente, e permeia as relações que se processam na teia da sociedade, por meio de crenças e representações culturais, sentiu-se a necessidade de valer-se de trechos de discursos dos sujeitos da pesquisa para uma compreensão mais ampla do fenômeno estudado. Os discursos são objeto do estudo do método qualitativo, que, segundo Minayo (2008, p. 57),

é aquele que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Minayo (2008, p. 63), trata ainda da possibilidade de se fazer uso das duas abordagens, a depender do fenômeno estudado, como apresenta a seguir:

A questão das relações entre quantitativo e qualitativo, porém, secundada pelo problema epistemológico da objetividade e da subjetividade não pode ser assumida de forma simplista como uma opção pessoal do cientista ao abordar a realidade. Ela tem que ver com o caráter do objeto específico de conhecimento aqui tratado: com o entendimento de que nos fenômenos sociais há possibilidade de se analisarem regularidades, frequências, mas também relações,

histórias, representações, pontos de vista e lógica interna dos sujeitos em ação.

A autora diz ainda que é inócuo atribuir prioridade de uma abordagem sobre a outra, pois ambas, a qualitativa e a quantitativa, podem conduzir a resultados importantes sobre a realidade social (Minayo, 2008).

O cenário deste estudo é a Superintendência da Coordenadoria de Assistência Social da Universidade de São Paulo.

Em 2011, segundo dados do seu Departamento de Pessoal³, a Coseas contava com um quadro de 625 trabalhadores distribuídos em suas cinco divisões. Destas, a que continha o maior número de trabalhadores era a Divisão de Alimentação, com 231 funcionários que, de maneira geral, atuavam no preparo e distribuição de alimentos e em atividades administrativas correlatas.

A Divisão de Alimentação é responsável pela administração dos restaurantes universitários do campus da Cidade Universitária (Restaurante Central, Restaurante da Faculdade de Física, Restaurante da Coordenadoria do Campus da Capital [Cocesp] e Restaurante dos Docentes) do Quadrilátero Saúde e Direito (Restaurante da Faculdade de Saúde Pública, Restaurante da Escola de Enfermagem e Restaurante da Faculdade de Direito), supervisionando ainda três serviços de alimentação terceirizados (Restaurante das Químicas, Restaurante da Escola de Artes, Ciência e Humanidades (EACH) e jantar servido no Restaurante da Faculdade de Direito). Esses restaurantes atendem à comunidade USP, ou seja, alunos, docentes e trabalhadores.

No Restaurante das Químicas, a empresa contratada utiliza as dependências da Universidade para o preparo e distribuição das refeições. O Restaurante da EACH e o jantar do Restaurante da Faculdade de Direito

³ Dados cedidos pelo departamento de pessoal da Superintendência da Coordenadoria de Assistência Social em 22 de agosto de 2011.

recebem refeições transportadas de empresas contratadas, distribuindo-as nos refeitórios da USP.

A Divisão de Alimentação é composta por uma diretoria técnica, uma assessoria de planejamento, um serviço de distribuição de gêneros e materiais, uma seção de manutenção e sete serviços de alimentação que são distribuídos em: unidades produtoras e distribuidoras (Restaurante Central, Restaurante da Física, Restaurante da Saúde Pública e Restaurante da Escola de Enfermagem) e unidades distribuidoras (Restaurante da Cocesp e Restaurante da Faculdade de Direito). O Restaurante do Clube dos Professores da USP oferece um serviço diferenciado por meio de um restaurante *self-service*, churrascaria e bar noturno.

A demanda dos restaurantes pode ser constatada na **Tabela 3**:

Tabela 3 - Número de refeições diárias servidas nos restaurantes da Coseas, 2011

Refeições Diárias servidas nos Restaurantes da COSEAS				
Restaurante	Café da manhã (nº refeições)	Almoço (nº refeições)	Jantar (nº refeições)	Total (nº refeições)
Central	750	5.000 ¹	1.800	7.550
Física	-	1.200	800	2.000
Escola de Enfermagem (EE)	-	750 ²	-	750
Faculdade de Direito	-	400 ³	100 ⁴	500
Faculdade de Saúde Pública (FSP)	-	350	100	450
Clube dos professores	-	200 ⁵		200
Restaurante da EACH ⁶	-	900	800	1.700
Restaurante das Químicas ⁶	-	2.600	1.000	3.600
Total	750	11.400	4.600	16.750

¹ 1.000 refeições produzidas neste restaurante são transportadas e servidas no restaurante da Cocesp;

² 350 para consumo no próprio restaurante da EE e 400 são transportadas e servidas no restaurante da Faculdade de Direito

³ Produzidas no restaurante da EE

⁴ 100 refeições (produzidas por empresa contratada)

⁵ *Self-Service*: 100 refeições/ Churrascaria: 100 refeições

⁶ Restaurantes Terceirizados

Fonte: Coordenadoria de Assistência Social da Universidade de São Paulo. Disponível em:
http://www.usp.br/coseas/COEASHP/COEAS2010_DAlm.html Acessado no dia 25/11/2011

Outras informações referentes à caracterização do território onde se situa o cenário desta investigação serão apresentadas nos resultados, visto que elas fazem parte do primeiro momento da investigação, que foi a captação da realidade objetiva.

Foram convidadas a participar deste estudo as mulheres trabalhadoras dos restaurantes universitários administrados pela Coseas com tempo de trabalho na instituição maior do que seis meses.

Na ocasião da coleta de dados (dezembro de 2010 a junho de 2011), os restaurantes da Coseas contavam com 126 trabalhadoras. Foram entrevistadas 91 mulheres, 16 não aceitaram participar do estudo, 11 estavam afastadas por motivos de saúde e 8 não atendiam aos critérios de inclusão.

4.1 PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

4.1.1 Captação de dados em fontes primárias e secundárias

A captação dos dados realizou-se em dois momentos. Os dados secundários, referentes à caracterização do cenário, foram coletados nas fontes de dados documentais, dados estatísticos dos bancos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados (Fundação SEADE), entre outras.

Os dados de fontes primárias foram coletados por meio de entrevistas com a aplicação de instrumento semiestruturado às trabalhadoras dos restaurantes.

Foi aplicado um questionário individual elaborado com base na adaptação dos Instrumentos Abuse Assessment Screen (ASS) (Reichenhein, Moraes, Hasselmann, 2000) e do instrumento utilizado na disciplina ENS-0235

- Fundamentos e Práticas da Enfermagem em Saúde Coletiva, ministrada no Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), para captação das formas de viver e trabalhar relacionadas ao processo saúde-doença dos indivíduos.

O instrumento contou com perguntas abertas e fechadas que versaram sobre os dados relativos aos perfis de produção e reprodução social das trabalhadoras e da ocorrência de experiências violentas em suas vidas. Caso tais experiências aparecessem, eram feitas questões que tratavam da caracterização dos tipos de violência sofrida e de seus respectivos agressores, assim como o encaminhamento dado à situação vivenciada (Apêndice 2).

Para melhor compreensão de como se deu essa fase de coleta de dados, ela será apresentada de acordo com seus momentos:

4.1.2 Primeiro momento – apresentação do projeto às chefias dos restaurantes

Foi realizada uma reunião para a apresentação do projeto à Chefe Técnica da Divisão de Alimentação. Posteriormente, o mesmo projeto foi apresentado às supervisoras dos restaurantes, que são todas nutricionistas. Nessa reunião, foi solicitado a cada nutricionista que propusesse um calendário para coleta de dados no restaurante sob sua supervisão, levando em consideração a rotina, os horários de maior demanda de serviços, a escala funcional, as licenças e férias das trabalhadoras, além de outras questões que pudessem influenciar diretamente na disponibilidade das trabalhadoras, a fim de causar a menor interferência possível na rotina dos restaurantes e das entrevistadas.

4.1.3 Segundo momento – apresentação do projeto às trabalhadoras dos restaurantes

O momento seguinte foi o da apresentação do projeto às demais funcionárias no próprio local de trabalho. No caso de restaurantes que contavam com um maior número de trabalhadoras, como o restaurante central, foram organizados pequenos grupos em diferentes dias e horários, a fim de conseguir o máximo de participação possível. Depois de apresentado o projeto, foi solicitado que aquelas que não tivessem interesse em participar do estudo assinalassem um “X” ao lado do seu nome na lista de presença e que as que concordassem apenas assinassem seus nomes.

4.1.4 Terceiro momento - realização das entrevistas

O terceiro momento foi o da coleta de dados propriamente dita. Foram agendadas datas convenientes tanto para as trabalhadoras quanto para a rotina dos restaurantes. Os agendamentos foram feitos sempre em horário de trabalho e nunca nos horários de almoço e descanso das trabalhadoras. A pesquisadora compareceu nos dias e horários pré-agendados, e as supervisoras dos restaurantes encaminharam as trabalhadoras que tinham concordado previamente em participar do estudo, uma após a outra, para as entrevistas. Estas foram realizadas individualmente, com uma duração média de 40 minutos cada, em ambiente que garantiu a privacidade da entrevistada. Cada entrevista foi registrada com um gravador digital, com o conhecimento e prévia autorização da entrevistada.

Depois de realizadas cerca de 20 entrevistas, a pesquisadora observou que havia certa dificuldade por parte das entrevistadas em responder a questão que tratava dos riscos aos quais elas se sentiam expostas no ambiente de trabalho (questão 38). Visando otimizar a coleta de dados, alterou-se o instrumento. Foi criado um quadro com todos os riscos mencionados até então pelas trabalhadoras. No momento da entrevista, este quadro era lido item

a item e pedia-se que a entrevistada respondesse sim ou não para cada risco, caso se sentisse ou não exposta a ele. Cada vez que aparecia um risco diferente dos que já haviam sido citados, ele era adicionado ao quadro e modificado para as próximas entrevistas. O quadro contendo todos os itens citados consta do instrumento apresentado no Apêndice 2.

Outras questões que foram inseridas depois do início da coleta de dados foram a 41.1 e a 41.2, que tratam de saber se a trabalhadora tem restrição de atividades no trabalho ou não e, caso a tenha, classificar se parcial ou total. Essas perguntas foram inseridas porque, a cada entrevista, ao se questionar sobre acidentes sofridos no ambiente de trabalho e sobre afastamentos por motivo de saúde, as trabalhadoras faziam referência ao fato de terem restrições de executar determinadas atividades laborais por determinação do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho do Hospital Universitário da USP (SESMT/HU). Então procurou-se esclarecer com as chefias o significado das referidas restrições.

As nutricionistas utilizam uma classificação funcional que, embora não seja oficial, divide as trabalhadoras em dois grupos, a fim de facilitar a confecção da escala de trabalho: aquelas com restrição parcial e aquelas com restrição total. Assim, quando verificado no SESMT que um(a) funcionário(a) tem uma doença ocupacional que acarreta restrições de determinadas atividades, a chefia (nutricionista) imediatamente o(a) coloca em um desses grupos, a depender das restrições e orientações determinadas pelo o(a) médico(a) do trabalho.

4.1.5 Tratamento e análise dos dados

Após as entrevistas, os questionários foram digitados em planilhas de Excel, organizados, decodificados e categorizados, a fim de facilitar o trabalho a ser realizado depois por um profissional estatístico.

Na análise estatística, foram descritos os dados categóricos por meio de tabelas de frequência absolutas e relativas (Vieira, 1998). Num segundo momento, a fim de avaliar associações entre variáveis categóricas escolhidas, foram realizados Testes de Associação Qui-quadrado de Pearson (Armitage, Berry, 1994). Para a análise inferencial, foi considerado um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) e todos os testes tiveram conclusão sob hipótese bicaudal.

Para a análise de variáveis categóricas em relação a variáveis de violência binária (do tipo sim ou não), foram calculadas as razões de chances para cada categoria em relação às demais e realizados testes de confiança para essa estatística (Lowry, 2012).

Para as análises de variáveis numéricas (quantitativas ordinais ou de razão), em relação a variáveis de violência binárias (do tipo sim ou não), foram usadas regressões logísticas simples. Com base na regressão, foram calculadas as razões de chances médias e seus respectivos testes de confiança (Lowry, 2012).

Todas as análises foram feitas no próprio Microsoft Excel 2007, usando suas funções de estatística. A análise de regressão logística e os cálculos de razões de chances foram programados no Microsoft Excel 2007, utilizando como suporte o suplemento para Excel denominado EXStat (Peixoto, 2012).

Conforme já foi citado, as entrevistas foram gravadas e, visando exemplificar e clarificar os achados quantitativos do fenômeno, foram utilizados trechos dos discursos de algumas mulheres. Assim, depois de descritos os resultados, as entrevistas foram ouvidas novamente e, quando um discurso trazia elementos que completavam o dado estatístico, o trecho em tela era transcrito e utilizado.

4.1.6 Aspectos éticos

Por tratar-se de pesquisa com seres humanos, o estudo atendeu aos requisitos propostos pela Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto obteve aprovação do Conselho de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o processo número 969/2010/CEP/EEUSP (Anexo 2), assim como a autorização do superintendente da Coseas para a realização da pesquisa nas dependências da Coseas e com suas trabalhadoras (Anexo 1).

Em consonância com a resolução citada, foi entregue a cada participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3), contendo os objetivos e o tema da investigação, assegurando que as informações seriam tratadas no anonimato e que serviriam exclusivamente para fins científicos. O termo foi lido e explicado a cada entrevistada e depois assinado em duas vias, tendo uma cópia ficado com a participante e outra com a pesquisadora. Foi pedida permissão para gravar as entrevistas, e apenas duas mulheres recusaram, tendo sido atendidas. Participaram do estudo somente as mulheres que apresentaram disponibilidade, interesse e concordância com o caminho metodológico. As que vivenciaram violência de gênero foram encaminhadas ao Projeto SOS Mulher, que lida especificamente com essa temática, e para outras instâncias, de acordo com a necessidade que manifestavam.

Os questionários individuais não foram identificados com os dados pessoais das entrevistadas, de forma que a identidade das mulheres fosse mantida em sigilo.

5 CONSIDERAÇÕES ACERCA DAS LIMITAÇÕES DO ESTUDO

5.1 DA EPIDEMIOLOGIA DE RISCO À VULNERABILIDADE

Os resultados deste estudo, no que concerne à prevalência da violência de gênero entre as mulheres trabalhadoras dos restaurantes universitários, serão apresentados por meio da frequência absoluta e relativa de tais ocorrências. Procurou-se também estabelecer associação entre as variáveis dos perfis de produção e reprodução das mulheres com a ocorrência da violência. Os testes estatísticos utilizados para verificar tais associações foram apresentados no capítulo de procedimentos metodológicos.

À luz do materialismo histórico e dialético, que, por meio da epidemiologia social, procura compreender os fenômenos de saúde e doença dos indivíduos e grupos sociais, é que se evidencia a principal limitação deste estudo. O referencial teórico e metodológico apresentado possibilitou ensejar que o fenômeno abordado nesta investigação é, por definição, complexo, determinado historicamente e se processa na teia da sociedade por meio de sua ideologia, cultura e representações. No entanto, lançou-se mão de ferramenta própria da epidemiologia clássica, a estatística, para compreender como a violência se dá, entre as mulheres estudadas, por meio de associações probabilísticas que, longe de fazer referência à epidemiologia social, se inserem no bojo da epidemiologia de risco.

Segundo Ayres (2002, p. 37), “a epidemiologia do risco restringiu-se à construção e verificação de associações probabilísticas entre eventos empíricos de interesse no campo da saúde”. As autoras Nichiatta, Takahashi e Bertolozzi (2008), a partir de Ayres *et al.* (2008), apontam que os estudos feitos nessa perspectiva isolam o fenômeno a ser analisado e o associam a variáveis

dependentes e independentes, controlando rigidamente o grau de incerteza acerca do não acaso das associações realizadas.

A principal crítica reside, portanto, no fato de que, por meio de uma análise matemática, se obtém um conhecimento objetivo e, uma vez que o risco foi identificado, descrito e analisado, verifica-se a probabilidade de um indivíduo qualquer exposto a este risco passar a manifestar o agravo (Nichiatta, Takahashi, Bertolozzi, 2008). As condições sociais (classe social), gênero, raça/etnia, geração, passariam a meros fatores de risco, recaindo-se na teoria da multicausalidade para explicar a saúde e a doença.

Como forma de superação da epidemiologia de risco, lança-se mão do conceito de *vulnerabilidade*, que, segundo as referidas autoras, enquanto os fatores de risco se assentam sobre equações matemáticas que geram probabilidades, “a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social. Nesse sentido, a vulnerabilidade antecede o risco e determina processos diferenciados de saúde e doença e as possibilidades para o seu enfrentamento” (Nichiatta, Takahashi, Bertolozzi, 2008, p. 42).

Assim, a respeito do conceito de vulnerabilidade, as autoras explicam que

a vulnerabilidade tem como propósito a busca da “síntese”, ou seja, trazer os elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimentos para planos de elaboração teórica mais concretos e particularizados, onde os nexos e mediações entre esses fenômenos sejam o objeto do conhecimento sobre vulnerabilidade (Nichiatta, Takahashi, Bertolozzi, 2008, p. 42).

Acrescentam ainda que a vulnerabilidade não se encerra no indivíduo, mas comporta o social.

A vulnerabilidade não é só individual, embora atinja pessoas, mas é de uma lógica que está presente nas várias formas de relações econômicas, sociais, culturais e políticas da sociedade. A vulnerabilidade quer expressar os potenciais existentes nos

processos saúde e doença relacionados a indivíduos e grupos que vivem em um certo conjunto de condições históricas e sociais (Nichiatta, Takahashi, Bertolozzi, 2008, p. 42).

Frente ao exposto, olhar a realidade na perspectiva da vulnerabilidade significa entender que tanto a exposição a um determinado agravo como a possibilidade de superá-lo resultam de aspectos peculiares ao indivíduo e das condições coletivas que geram maior suscetibilidade ao agravo (Nichiatta, Takahashi, Bertolozzi, 2008).

Uma grande contribuição do conceito de vulnerabilidade está em sua operacionalização, que, segundo as autoras, permite olhar a realidade objetiva visando avaliar as condições de vida dos indivíduos de maneira ética e política, identificando ao mesmo tempo os elementos que tornam tais indivíduos mais suscetíveis a adoecer e seu potencial de fortalecimento, o que favorece a construção de alternativas de enfrentamento dos possíveis agravos.

É nesse âmbito que se insere outro conceito, o *empowerment*, que, segundo Chiesa (2005) incorpora o aspecto de mudança de atitude como sendo determinante do empoderamento, no sentido em que o sujeito deixa de ser passivo para ser ator participativo no processo de superação. De tal forma que os conceitos de vulnerabilidade e empoderamento se tornam interdependentes, indissolúveis, pois um grupo ou indivíduo está mais ou menos vulnerável na medida em que existem condições que favoreçam o empoderamento (Nichiatta, Takahashi, Bertolozzi, 2008).

Diante do que foi apresentado, embora parte dos resultados do presente estudo tenha sido analisada por meio de instrumentos próprios da matemática que se referem a inferências probabilísticas, a interpretação será feita na perspectiva da vulnerabilidade.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DO TERRITÓRIO

6.1.1 População

O território onde se processa a maior parte dos momentos produtivos e reprodutivos dos sujeitos da presente investigação é a Região Metropolitana de São Paulo (RMSP). No entanto, dada a grande diversidade existente entre os municípios dessa região quanto aos dados sócio-demográficos e indicadores sociais e de saúde, optou-se por utilizar alguns dados de municípios de onde procede a maior parcela da população estudada: São Paulo, Osasco, Taboão da Serra e Carapicuíba.

Mapa da Região Metropolitana de São Paulo, 2011.

Fonte: Emplasa, 2012. Disponível em: www.emplasa.sp.gov.br. Acessado em: 02/01/2012.
1- Zona Oeste do Município de São Paulo; 2- Osasco; 3 - Carapicuíba e 4 - Taboão da Serra.

Figura 2 - Mapa da Região Metropolitana de São Paulo, com destaque para os lugares de procedência das trabalhadoras, São Paulo, 2011

Como pode ser observado na **Figura 3**, quase metade das mulheres (49,5%) procede da cidade de São Paulo. Destas, a maior parte reside em bairros da Zona Oeste circunvizinhos à Universidade. As demais procedem de municípios da Grande São Paulo, como Osasco (17,6%), Taboão da Serra (11%), Carapicuíba (7,7%), dentre outros.

ZS – Zona Sul da Cidade de São Paulo; ZO – Zona Oeste da Cidade de São Paulo; ZN – Zona Norte da Cidade de São Paulo e ZL – Zona Leste da Cidade de São Paulo

Figura 3 - Local de procedência das trabalhadoras, São Paulo, 2012

Segundo a Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano (Emplasa, 2011), a Região Metropolitana de São Paulo é constituída por 39 municípios, que representam 3,24% do total do território do estado, numa área de 7.943,82 km², concentrando 48,04% da população estadual. A área urbanizada corresponde a 2.209 km². A mancha urbana passou de 874km² em 1962 para 2.209 km² em 2002.

No que tange a aspectos econômicos, a RMSP é o maior pólo de riqueza nacional. Seu Produto Interno Bruto (PIB) atingiu, em 2008, algo em torno de R\$ 572 bilhões, o que corresponde a cerca de 20% do total brasileiro.

Tal região é responsável ainda por deter o domínio de grande parte do capital privado. Isso porque é nesta região que estão sediados os mais

importantes complexos industriais, financeiros e comerciais que movem a economia brasileira (Emplasa, 2011).

A população da RMSP, no ano de 2011, era de 19,8 milhões de habitantes. Este contingente é cerca de 70% superior ao da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, a segunda maior do país, com 11,8 milhões de pessoas (Emplasa, 2011). A densidade demográfica da região é de 2.501 habitantes/ km², densidade expressivamente mais elevada que a do Estado (167,9 hab./ km²).

A taxa Geométrica de Crescimento Anual da População entre os anos 2000/2010 foi de 0,97% ao ano.

As pessoas de 15 a 29 anos compõem o maior contingente populacional da RMSP. Na Grande São Paulo, a participação desse grupo etário é de 26,3%. As crianças (menores de 14 anos) representam 21,9% da população; e os idosos (60 anos e mais), 10,5%. Este dado nos remete ao fato de que a maior parcela da população é economicamente ativa (PEA). Tal realidade está em consonância com as realidades do estado e do município de São Paulo, como pode ser observado na **Figura 4**.

Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2010 (resultados preliminares); Fundação SEADE

Figura 4 – Distribuição da população, por grupos de idade - São Paulo, 2010

A pirâmide etária da população do município de São Paulo, representada na **Figura 5**, evidencia que a população tem um componente feminino mais expressivo que o masculino em todas as faixas etárias, muito semelhante ao que ocorre nos demais municípios de onde procede a grande parte dos sujeitos desse estudo (Brasil, 2010).. Tal informação foi verificada na razão de sexos, de 2011, constatando-se que, para cada 100 mulheres na população residente da RMSP, havia 92 homens (Fundação SEADE, 2011a).

No que se refere à forma da pirâmide, o que destoa do município de São Paulo em relação aos demais é a base da pirâmide, que, de maneira geral, é mais larga nos demais municípios, e o topo é mais estreito, indicando populações mais jovens e características de regiões em desenvolvimento.

Fonte: IBGE, censos, 2009.

Figura 5 - Pirâmide etária da população do município de São Paulo, 2009

A taxa de natalidade da Região Metropolitana de São Paulo em 2010 foi de 15,76 por mil nascidos vivos. Quando comparada à taxa do estado de São Paulo (14,59 por mil nascidos vivos), essa taxa apresenta-se ligeiramente maior, tal como a taxa de fecundidade geral, que no mesmo período registrou a marca de 53,71 por mil mulheres entre 15 e 49 anos, enquanto no estado a taxa foi de 51,12. O fenômeno que se observa de maneira global é o declínio acentuado, ao longo dos anos, desses dois indicadores.

Esse dado se justifica, uma vez que a maior parcela da população é composta por pessoas em idade reprodutiva. Percebe-se, no entanto, que, embora as taxas de natalidade e fertilidade estejam elevadas frente às taxas do estado de São Paulo, a diminuição da taxa de fertilidade é uma realidade. Ocorre ainda um aumento significativo do Índice de Envelhecimento⁴ (IE). No

⁴ **Índice de envelhecimento** é a proporção de pessoas de 60 anos ou mais por 100 indivíduos de 0 a 14 anos. Adota-se o corte etário da população idosa em 60 anos, de acordo com Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) e a 25ª Conferência Sanitária Pan-Americana da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Alguns países desenvolvidos adotam, todavia, 65 anos (Fundação SEADE, 2011).

ano 2000, na RMSP este índice era de 30%, tendo passado a 48,5% em 2011. O IE registrado na RMSP se comportou de forma muito semelhante nos demais municípios, favorecendo o fenômeno do envelhecimento demográfico (Fundação SEADE, 2011a).

O acentuado declínio da taxa de natalidade em contraposição ao aumento bastante expressivo do índice de envelhecimento denota um envelhecimento da população, que requer políticas sociais e de saúde que atendam a essa demanda significativa de problemas de idosos, que vêm aumentando em todo o território nacional. Este fenômeno pode ser verificado na estimativa feita para o estado de São Paulo pela Fundação SEADE (**Figura 6**).

Fonte: Fundação SEADE; IBGE.

Figura 6 - Pirâmides etárias da população residente, por sexo, Estado de São Paulo, 1950-2050

Em se tratando da cor de pele da população, 58,8% dos habitantes da RMSP se declararam brancos; 32,7%, pardos; 6,4%, pretos; 1,9%, outras. No estado de São Paulo, esses valores são, respectivamente, 63,9%, 29,1%, 5,5% e 1,5, como pode ser verificado na **Figura 7**.

A partir do gráfico (**Figura 7**), observa-se que as pessoas que se declaram brancas representam a maioria da população na Região Metropolitana de São Paulo. Segundo os dados empíricos desse estudo,

verificou-se que as mulheres que se declararam *afrodescendentes* ou *afrobrasileiras* somaram 56,1% (pretas 28,6% e pardas 27,5%), o que representa a maior parte da população estudada. As mulheres que disseram ser da cor branca foram 42,9%, e apenas 1% se autodenominou como sendo da cor amarela. Vale salientar que, nos parâmetros da pesquisa, adotou-se a nomenclatura utilizada pelo IBGE.

Essa informação remete à pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (Venturi, Bokany, Dias, 2010), com homens e mulheres brasileiros com mais de 15 anos, distribuídos em 25 unidades federativas, na qual verificou-se que, das mulheres que se declararam pretas e pardas, 76% sofreram algum tipo de violência durante a vida, perpetrada por um homem, contra 38% das que se declararam brancas. Esses apontam que provavelmente as mulheres pretas e pardas são mais vulneráveis à violência que as mulheres brancas.

Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2010 (resultados preliminares); Fundação SEADE.

Figura 7 – Distribuição da população do Estado de São Paulo, RMSP e Município de São Paulo por raça/cor - São Paulo, 2010

6.1.2 Educação

Em se tratando de dados educacionais, verificou-se que a taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais, na RMSP, atinge 3,6%, em comparação a 4,3% no estado. Entre os idosos, o analfabetismo é de 11,2%, ao passo que entre os mais jovens (15 a 29 anos) a proporção de analfabetos é de 1,0% (**Figura 8**). No estado, esses valores são, respectivamente, 14,1% e 1,1%. Segundo dados do ano de 2000, cerca de metade da população com 25 anos ou mais, na RMSP, tinha menos de oito anos de estudo. E 43,2% da população de 18 a 24 anos tinham ensino médio completo.

Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2010 (resultados preliminares); Fundação SEADE.

Figura 8 – Taxa de analfabetismo entre pessoas de 15 anos de idade e mais, por faixa etária - São Paulo, 2010

Observa-se na **Figura 9** um fenômeno bastante interessante. Ao fazer-se um comparativo dos anos de escolaridade da população do Brasil, do estado de São Paulo e da RMSP entre os anos de 1989 e 2001, ou seja, depois de um intervalo de 12 anos, verificou-se que houve um aumento expressivo dos anos de estudo da população. Em especial na RMSP a população sem instrução, que em 1989 representava 9,3% da população,

passou a 6,3% em 2001; e considerando-se as pessoas que tinham de 9 a 11 anos de estudo, que representavam 14,1% da população, passou a cerca de 30% da população em 2001.

Fonte: IBGE pesquisas e censos. Elaboração Emplasa, 2002.

Figura 9 - Distribuição de pessoas com 10 anos ou mais, segundo ano de estudo - Brasil, Estado de São Paulo e Grande São Paulo, 1989-2001

Segundo a Fundação SEADE (2010a), em 2000 a média de anos de estudo da população da RMSP, considerando-se a população de 15 a 64 anos, era de 7,9 anos de estudo.

A maioria das mulheres entrevistadas apresentava o ensino médio completo, ou seja, 11 anos de estudo, estando acima da média da população da RMSP em 2000. Dentre as entrevistadas, 12,1% têm menos de oito anos de estudo, 8,8% têm oito anos de estudo, 9,9% têm entre 8 e 11 anos de estudo e 14,3% têm 15 anos ou mais de estudo.

6.1.3 Condições de vida

A fim de se mensurar as condições de vida da população, foi desenvolvido o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), este índice reúne indicadores que sintetizam a situação de cada município no que diz respeito à riqueza, escolaridade e longevidade, e quando combinados geram uma tipologia que classifica os municípios do Estado de São Paulo em cinco grupos a depender dos critérios apresentados acima.

Em 2000, o município de São Paulo se enquadrava no Grupo 1, com municípios que se caracterizam por um nível elevado de riqueza e com bom nível nos indicadores sociais. Porém, os demais municípios (Taboão da Serra, Osasco e Carapicuíba) constituem o Grupo 2, com municípios que, embora com níveis de riqueza elevados, não são capazes de atingir bons indicadores sociais (Fundação SEADE, 2010a).

O Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) busca identificar, nos municípios do estado de São Paulo, áreas em que predominam famílias expostas a diferentes níveis de vulnerabilidade social. Segundo a Fundação SEADE (2010b),

O IPVS baseou-se em dois pressupostos: que as múltiplas dimensões da pobreza devem ser consideradas em um estudo sobre vulnerabilidade social; e que a segregação espacial é um fenômeno presente nos centros urbanos paulistas e contribui decisivamente para a permanência dos padrões de desigualdade social que os caracterizam. Assim, buscou-se a criação de uma tipologia de situações de vulnerabilidade, agregando-se, aos indicadores de renda, outros referentes à escolaridade e ao ciclo de vida familiar.

Tomando como referência esse índice, verificou-se que, na RMSP, mais da metade da população está exposta a níveis baixo a médio de vulnerabilidade, sendo que 11,5% da população está exposta a uma vulnerabilidade muito alta. Em Carapicuíba, a maior parcela da população (47,5%) encontra-se no Grupo 4 (média vulnerabilidade), e 13% da população se insere no Grupo 6 (vulnerabilidade muito alta). Em relação a este município,

seu IDH é 0,793, ocupando o 218 lugar do ranking dos municípios paulistas. Em Osasco, 33,3% da população encontra-se no grupo 4 (média vulnerabilidade), seu IDH é de 0,818 e no ranking dos municípios paulistas está no 72º lugar. Taboão da serra tem 38,4% da sua população exposta a um nível médio de vulnerabilidade, seu IDH de 0,809 e no ranking dos municípios paulistas ocupa o 112º lugar. Por último, o município de São Paulo, que tem 26,7% da sua população inserida no grupo 2 (de vulnerabilidade muito baixa), 24,1% da população no grupo 3 (vulnerabilidade baixa), 22,3% no grupo 4 e 9,5% no grupo 5 (vulnerabilidade muito alta); seu IDH é 0,841, e no ranking dos municípios paulistas ocupa o 17º lugar (Fundação SEADE, 2011).

A RMSP, segundo a Fundação SEADE (2010b), contava com 6.089.847 domicílios particulares permanentes no ano de 2010. No que se refere à existência de favelas nos municípios, verificou-se que em 2003 todos eles registravam favelas em seus territórios, ao passo que cortiços foram registrados apenas no território dos municípios de São Paulo e Taboão da Serra, sendo que, neste último, no ano de 2003 foram registrados 410 cortiços (Fundação SEADE, 2011).

Outro dado que reflete fortemente aspectos sociais é a existência de moradias em áreas de risco. Verificou-se que todos os municípios as possuíam em 2003, sendo que no município de São Paulo o número dessas áreas foi de 522. Em Osasco, no mesmo ano, existia o registro de nove áreas de risco com moradias. Já os demais municípios não trazem essa informação (Fundação SEADE, 2011).

Há que se levar em conta as diferenças entre os dois municípios no que se refere a população e área. São Paulo tem uma área de 1.523,28 km, enquanto Osasco possui apenas 64.037 km; a população do município de São Paulo, em 2010, chegou a 11.253,503 habitantes, e Osasco tem 666.740 habitantes, o que justifica a diferença expressiva no número de domicílios em áreas de risco. No entanto, Osasco tem maior densidade demográfica que São Paulo, o que explica talvez seu número de áreas de risco com domicílios.

Embora esse número seja menor que o de São Paulo, é bastante expressivo quando se leva em consideração tamanho e a população do território.

Vale salientar que, segundo a Fundação SEADE (2011), dentre os municípios citados, apenas em São Paulo há um Fundo Municipal de Habitação, cuja implantação se deu no ano de 1994, além de um Conselho Municipal de Habitação, cuja implantação data do ano de 2003.

Na Região Metropolitana de São Paulo, 3,2% dos habitantes vivem em situação de extrema pobreza. A comparação entre o município e o estado de São Paulo pode ser observada na **Figura 10**.

Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2010 (resultados preliminares); MDS. Brasil Sem Miséria; Fundação SEADE.

Figura 10 – População em extrema pobreza - São Paulo, 2010

6.1.4 Habitação e infraestrutura urbana

De acordo com dados de saneamento básico, no ano 2000 verificou-se que todos os municípios apresentavam entre 98,5% e 99% de rede geral de abastecimento de água. Em se tratando do tipo de instalação sanitária,

observou-se que o município de São Paulo é o que apresenta maior acesso da população à rede de esgoto (85,7%); em segundo lugar fica Taboão da Serra, com cobertura de 84,3%; Carapicuíba tem 72,9%; e o pior acesso dentre os municípios apresentados foi o de Osasco, onde apenas 69% da população possuem rede de esgoto. Cerca de 15% dos indivíduos desse município tem como tipo de instalação fossa séptica, fossa rudimentar, vala, rio, lago, mar ou outro escoadouro. No mesmo ano, a cobertura de coleta de lixo variava de 98,6% em Carapicuíba a 99,4% em Taboão da Serra (Brasil, 2010).

Estes dados refletem em grande medida a realidade das mulheres entrevistadas, pois verificou-se que 100% delas têm acesso aos serviços de saneamento básico. Apenas uma mulher referiu não ter acesso à rede de esgoto, fazendo uso de fossa séptica.

Em 2000, na RMSP, 77,9% da população vivia em domicílio com espaços suficiente, ou seja, domicílios com pelo menos quatro cômodos, sendo um deles banheiro ou sanitário. Em relação às mulheres aqui estudadas, o número total de cômodos de seus domicílios varia de 2 a 17, sendo que a média é de seis cômodos por domicílio. Entre as trabalhadoras, a maioria (69,2%) tem residência própria, 13,2% têm residência cedida, 11% moram de aluguel e 6% têm residência invadida/ocupada. Das mulheres entrevistadas, 89% disseram que suas residências são de alvenaria com acabamento, e as demais (11%) referiram que a residência é de alvenaria, porém sem acabamento.

Frente ao exposto, as condições de habitação e infraestrutura urbana das mulheres entrevistadas estão em consonância com a realidade da RMSP.

6.1.5 Rendimentos

O rendimento médio no total de vínculos empregatícios de homens⁵, no ano de 2010, era de R\$ 2.352,75 (4,3 salários mínimos³), enquanto o rendimento médio no total de vínculos empregatícios de mulheres⁶, no mesmo período, era de R\$ 986,47 (1,8 salários mínimos). O rendimento médio nos vínculos empregatícios no setor de serviços era de R\$ 1.143,00 (2 salários mínimos), sendo que para os homens a média atingiu R\$ 1.375,60 (2,5 salários mínimos) enquanto para as mulheres foi de R\$ 960,16 (1,7 salários mínimos). E essa discrepância entre a média de rendimento entre homens e mulheres aparece em todos os municípios (Fundação SEADE, 2010b).

O que pode ser verificado é que, embora homens e mulheres trabalhem nos mesmos setores de atividades, ainda há uma desigualdade bastante expressiva em termos salariais. Essa desigualdade é relacionada sobretudo à desigualdade de gênero, visto que as mulheres ocupam historicamente um lugar social de menor poder e valor do que o dos homens. Portanto, nessas circunstâncias, não devem em hipótese alguma receber um salário maior que o deles. Quando isso acontece, esse fenômeno pode ser interpretado por muitos como um impropério.

Uma das entrevistadas referiu que seu parceiro também exercia função de cozinheiro – função majoritariamente feminina – em um restaurante terceirizado, onde recebia praticamente a metade do salário dela na Universidade. No entanto, os motivos que o levavam a permanecer nesse trabalho também são originados nas questões de gênero, pois ele se recusa a trabalhar nos restaurantes administrados pela Coseas, pelo fato de os cargos de chefia serem ocupados apenas por mulheres, as nutricionistas. Não por

⁵ O valor de salário mínimo considerado foi de R\$ 545,00, salário mínimo preconizado para o Brasil em 2011 (Brasil, 2011).

⁶ Soma dos salários nos vínculos empregatícios de homens/mulheres dividida pelo total de vínculos de homens/mulheres.

qualquer determinação, senão pelo fato de nutricionista ser uma profissão também essencialmente feminina.

O meu marido também é cozinheiro, ele trabalha aqui na USP, mas não faz parte da USP, é terceirizado. O trabalho lá é bem puxado, e ele ganha muito pouco. Eu já pedi muitas vezes pra ele prestar aqui, mas ele não quer. Ele disse que não dá certo trabalhar com mulher. Lá ele trabalha só com homem, o chefe dele é homem. Uma vez ele trabalhou aqui como temporário e não se sentiu bem em ser mandado por mulher. Ele já trabalhou como pedreiro. Então prefere trabalho mais assim, de homem. Ele diz que prefere ganhar pouco, mas estar feliz do que ganhar mais e levar desaforo de mulher pra casa. Então eu respeito a opinião dele.

O analisar a **Tabela 4**, pode-se verificar que, em linhas gerais, os municípios têm rendimento, expresso em salários mínimos, muito parecido. A maior discrepância aparece em chefes de famílias que têm rendimento maior que dez salários mínimos. Enquanto a média na RMSP é de 16,9%, o município de São Paulo apresenta percentual de 21%. Por sua vez, o município de Osasco tem o menor percentual, 5,4%.

No que se refere aos dados empíricos desse estudo, verificou-se que a maior parte das entrevistadas (71,4%) chefia suas famílias, enquanto essa chefia cabe ao cônjuge em 26,4% dos casos, e em 2,2% dos casos ela cabe a outros familiares, indicando que essas mulheres são as principais provedoras de suas famílias, além de serem protagonistas das principais decisões tomadas em seus lares.

Tabela 4 Porcentagem de chefes (homens ou mulheres) responsáveis pelo domicílio, agrupados por classe de rendimento expresso em salários mínimos - São Paulo, 2000

% SM	RMSP	Carapicuíba	Osasco	São Paulo	T. da Serra
Menos de ½ SM	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
½ a 1 SM	6,8	7,4	7,2	6,1	6,5
1 – 2 SM	12,5	14,1	12,7	11,4	12,7
2 – 3 SM	12,6	15	13,4	11,7	14,2
3 – 5 SM	18,8	22,9	20,2	17,9	20,8
5 – 10 SM	20,6	20,1	21,6	20,9	20,9
Mais de 10 SM	16,9	5,4	11,7	21	9,5

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, adaptado da Fundação SEADE, 2011. Nota: SM – Salário Mínimo

Em consonância com os dados sóciodemográficos da RMSP, 82,4% das mulheres declaram receber de dois a cinco salários mínimos, e 12,1% declaram receber mais de cinco salários mínimos. Entre as entrevistadas, cinco mulheres declararam receber de um a dois salários mínimos, abaixo do piso salarial pago pela Universidade. Isso se deve ao fato de que as trabalhadoras declararam sua remuneração líquida, e algumas deduziram de seus salários os valores de empréstimos consignados. Vale salientar que foi considerado o salário mínimo vigente no Brasil no ano de 2011, no valor de R\$ 545,00 (Brasil, 2011).

Segundo dados publicados pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) (2011), no *Anuário das Mulheres Brasileiras*, a inserção das mulheres no mercado de trabalho reflete as funções sociais historicamente desempenhadas por elas, relacionando-as ao espaço privado, ao cuidado do lar e dos filhos. Como pode ser verificado na **Tabela 5**, a maioria das mulheres ocupadas está alocada em setores relacionados aos serviços domésticos. Os dados indicam que, por mais que as mulheres tenham ampliado sua participação na sociedade e no mercado de trabalho, elas ainda encontram dificuldades para se inserir em setores que oferecem maior remuneração e que são menos precários.

Tabela 5 – Proporção de mulheres chefes de famílias e cônjuges, por setor de atividade, Regiões metropolitanas e Distrito Federal, 2010 (em %)

Setor de atividade e posição no domicílio	Belo Horizonte	Distrito Federal	Porto Alegre	Fortaleza	Recife	Salvador	São Paulo
Chefes							
Total	24,8	22,4	22,8	24,3	22,6	26,0	21,6
Indústria	14,1	(1)	12,3	26,3	11,0	(1)	14,2
Comércio	20,4	17,2	20,6	21,9	20,5	25,9	18,6
Serviços	27,2	21,2	25,2	23,2	21,7	27,2	21,6
Construção Civil	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Serviços Domésticos	91,1	89,0	94,5	80,3	87,9	89,6	92,1
Outros	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Cônjuge							
Total	88,6	98,1	93,3	87,9	92,6	90,8	94,3
Indústria	79,9	97,8	92,3	89,9	83,3	76,4	91,3
Comércio	87,7	97,8	93,4	89,6	91,9	92,4	93,5
Serviços	91,3	98,3	93,7	87,1	93,7	91,7	95,3
Construção Civil	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Serviços Domésticos	99,3	99,8	99,9	99,2	99,7	99,4	99,8
Outros	(1)	99,0	(1)	(1)	89,0	(1)	(1)

Fonte: DIEESE/SEADE, MTE/FAT e convênios regionais. PED – Pesquisa de Emprego e Desemprego. Elaboração: DIEESE.

Nota: (1) A amostra não comporta desagregação para esta categoria.

6.1.6 Perfil de saúde-doença do território

A situação de saúde da população residente da RMSP pode ser analisada por diversos indicadores. Alguns deles serão apresentados e discutidos a seguir.

Um indicador de extrema importância é o de mortalidade materna, que pode ser considerado um excelente indicador de saúde, não apenas da mulher, mas da população como um todo (Laurenti, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (1995) define morte materna, segundo expresso na Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10), como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada

com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não relacionadas a causas acidentais ou incidentais.

Segundo dados da Fundação SEADE (2011), em 1980 a taxa de mortalidade materna na RMSP era de 51/100.000 nascidos vivos. Em 2005 apresentou o menor índice do período, com 26,5/100.000 nascidos vivos. Levando-se em consideração os dados mais recentes, de 2010, a taxa de mortalidade materna estava em 50,9/100.000 nascidos vivos. Vale destacar que no ano de 2009 a taxa de mortalidade materna da RMSP foi a maior dos últimos 30 anos, registrando 61,44/100.000 nascidos vivos. Verificou-se que essa taxa estava mais elevada que a do Estado de São Paulo (46,5/100.000 nascidos vivos) no mesmo período. Esse é um dado bastante alarmante, haja vista a quantidade de políticas públicas de saúde e os programas de atendimento à saúde da mulher no seu ciclo reprodutivo, que têm causado muito pouco impacto nos indicadores de saúde da população.

Outro indicador importante para mapear as condições de saúde da população é o percentual de mães adolescentes na população. Esse indicador é construído a partir da proporção de mulheres com idade inferior a 18 anos que tenham tido pelo menos um filho nascido vivo no ano de referência, em relação ao total de mulheres que tiveram filhos nesse mesmo período. No ano de 2010, esse percentual, na RMSP, foi de 6,37%, ligeiramente inferior à taxa do Estado de São Paulo, 6,96% (Fundação SEADE, 2010b).

Verificou-se que no ano de 2010 as gestantes que tiveram sete ou mais consultas de pré-natal somaram 75,3%, número inferior ao do Estado de São Paulo, que no mesmo período registrou o percentual de 78,1%. Esses dados, associados ao percentual de partos cesáreos, que foi de 53,6%, à taxa de gestações pré-termo, que ficou em 8,8%, e ao número de nascimento de crianças com baixo peso (menos de 2,5kg), que somou 9,4%, indicam que a RMSP carece de políticas de saúde que causem impacto nos perfis epidemiológicos das mulheres em idade reprodutiva.

O índice de mortalidade infantil, assim como o de mortalidade materna, é considerado um importante indicador de saúde e tem sido frequentemente apontado como indicador sensível da qualidade de vida de uma determinada população em sua dimensão mais ampla, pelas condições sociais, econômicas e culturais dos indivíduos e da comunidade a que pertence (Mansano, 2005). Na RMSP, a mortalidade infantil tem apresentado tendências declinantes nos últimos anos. Segundo dados da Fundação SEADE (2010b), em 2000 essa taxa foi de 16,9/mil NV, e em 2010, de 11,8/mil NV, apresentando uma redução expressiva.

A redução da mortalidade materna e infantil depende de componentes estruturais na organização da assistência ao pré-natal, ao parto e ao planejamento familiar, das condições socioeconômicas da população – especialmente no que se refere a educação e renda – e dos componentes destinados à sensibilização para a prática da assistência à mulher de forma integral, preventiva e articulada, tendo em vista as consequências sociais do óbito materno para a família e a sociedade. Através dessa pequena análise, pode-se observar que, embora as esferas federal, estadual e municipal tenham empreendido esforços visando a reduzir os índices de mortalidade materna e infantil, ainda há muito a se fazer, porque, enquanto houver uma mulher ou criança que morre por causas evitáveis, isso indicará a incompetência do serviço de saúde que a assiste e, por conseguinte, a incompetência de todas as esferas governamentais.

A **Tabela 6** traz dados extraídos do Caderno de Informações de Saúde, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, de 2009. Ela apresenta os grupos de causa de mortalidade proporcional por faixa etária, com sua incidência no município de São Paulo.

Verifica-se que a faixa etária de 1 a 4 anos é a que apresenta a maior mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias (15,2%). As neoplasias e doenças do aparelho circulatório acometem mais a população na faixa etária de 50 a 64 anos. A mortalidade por doenças do aparelho respiratório incide quase no mesmo percentual em crianças de 1 a 4 anos

(17,7%) e idosos de 65 anos ou mais (16%). Outro dado bastante alarmante é a mortalidade por causas externas, em que a incidência maior se dá na faixa etária de 15 a 19 anos (68,1%).

Tabela 6 – Mortalidade proporcional (%) por faixa etária, segundo grupos de causas - São Paulo, 2009

Grupo de Causas	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5,0	15,2	7,0	5,3	4,9	10,9	4,9	2,1	2,3	4,3
II. Neoplasias (tumores)	0,2	10,0	21,0	18,1	7,7	15,3	28,2	19,5	20,8	19,8
IX. Doenças do aparelho circulatório	1,0	2,6	5,4	6,6	2,1	19,5	35,9	40,2	39,9	33,9
X. Doenças do aparelho respiratório	6,5	17,7	6,5	5,7	4,4	5,6	7,8	16,0	15,1	12,1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	57,2	1,0	-	-	-	-	0,0	-	0,0	1,8
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3,2	13,9	28,0	32,6	68,1	31,9	6,3	3,0	3,2	9,5
Demais causas definidas	27,0	39,7	32,3	31,7	12,8	16,8	17,0	19,0	18,7	18,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

Nota: Dados de 2008 são preliminares.

Ao se comparar esses dados com os dos demais municípios (Osasco, Taboão da Serra e Carapicuíba), verifica-se que em Osasco a mortalidade por doenças do aparelho respiratório incidiu principalmente na população de 10 a 14 anos (26,7%), e a mortalidade por causas externas na população de 15 a 19 anos foi 10% maior que no município de São Paulo (78,3%).

Em Taboão da Serra, a mortalidade por neoplasias foi maior na população de 5 a 9 anos (30,8%), enquanto a mortalidade por causas externas foi menor que nos municípios de São Paulo e Osasco (64%).

Em Carapicuíba, a mortalidade por neoplasias foi maior na faixa etária de 10 a 14 anos (33,3%). A taxa de mortalidade por doenças do aparelho respiratório incidiu principalmente na faixa etária de um a quatro anos. Logo depois, a maior taxa de mortalidade por esse grupo de causas se deu entre os menores de um ano. A mortalidade por causas externas na faixa etária de 15 a 19 anos é a segunda no *ranking* dos municípios citados, 75%, ficando atrás apenas de Osasco (78,3%).

A **Tabela 7**, que também foi extraída do Caderno de informações de Saúde (Brasil, 2010), traz dados importantes no que se refere aos indicadores de saúde da população do município de São Paulo e seu coeficiente de mortalidade (CM) por algumas causas.

Observa-se que a mortalidade por AIDS está diminuindo ao longo dos anos, muito embora seu menor coeficiente tenha sido no ano de 2007 (8,5/mil hab.), voltando a aumentar em 2008 (9,3/ mil hab.). A mortalidade por câncer de mama, ao contrário tem aumentado o seu CM desde 2002, quando era 18,8/100.000 mulheres, passando a 20,8/100.000 mulheres. Outro CM em declínio no período demarcado é o de câncer do colo uterino, que variou, de 2002 a 2008, de 5,2 a 4,2/100.000 mulheres.

Tabela 7 – Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (por cem mil habitantes). São Paulo, 2009

Causa do Óbito	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aids	11,4	10,7	9,5	9,4	9,4	8,5	9,3
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	18,8	19,2	18,6	19,7	20,4	20,0	20,8
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mull)	5,2	4,8	4,4	5,5	4,5	4,6	4,2
Infarto agudo do miocárdio	56,0	56,6	53,8	47,9	49,9	52,0	52,9
Doenças cerebrovasculares	54,5	52,0	53,8	49,6	50,8	50,1	52,6
Diabetes mellitus	21,2	21,2	21,5	18,6	19,5	20,5	20,7
Acidentes de transporte	9,5	13,8	13,4	14,2	14,9	15,7	14,3
Agressões	50,2	47,0	36,8	25,8	23,0	17,4	14,9

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

Nota: Dados de 2008 são preliminares.

Em Osasco, todos os coeficientes de mortalidade apresentaram-se com ligeira diminuição em relação à realidade da cidade de São Paulo, exceto o CM por agressões, que em 2008 foi de 26,6/1000.000 habitantes.

Em Taboão da Serra, o coeficiente de mortalidade por câncer de mama foi bem menor que o apresentado nos demais municípios estudados, 8,5/100.000 mulheres.

Em Carapicuíba, o que chama a atenção também é o CM por agressões, 25/100.000 habitantes.

Estes dados parecem indicar uma ineficiência do setor saúde no enfrentamento de problemas da mulher nos municípios citados, haja vista as elevadas taxas de mortalidade materna, de câncer de mama e colo uterino que são potentes indicadores de saúde não só das mulheres, mas da população como um todo, ainda que a violência venha dizimando uma parcela expressiva da população, sendo que essa realidade é ainda mais grave nos municípios de Osasco e Carapicuíba, onde os coeficientes de mortalidade por agressão superou a marca de 25/100.000 habitantes.

Outro indicador bastante relevante é aquele que trata das Mortes por agressões. Segundo a Classificação Internacional de Doenças (OMS,1995), são compreendidos nessa categoria os homicídios e as lesões infligidas por outra pessoa, utilizando qualquer meio, com intenção de ferir ou de matar. Estão incluídos também os óbitos por negligência, abandono e maus tratos. Esse indicador é potente para verificar o nível de violência a qual uma dada população está exposta.

Segundo o caderno *SP Demográfico - Resenha de Estatísticas Vitais* do Estado de São Paulo (Fundação SEADE, 2011), o risco de morte por agressão está em tendência de reversão, ou seja, as taxas no estado de São Paulo diminuíram em 17% de 1999 a 2003.

Observa-se que este fenômeno atinge os homens com maior intensidade do que as mulheres, sendo eles responsáveis por 92,7% dos óbitos. Para os homens, as mortes por agressão passaram de 14.599, em 1999, para 12.831, em 2003; e para as mulheres, corresponderam a 1.120 e 1.023, respectivamente (Fundação SEADE, 2011).

Fonte: Fundação Seade. Sistema de Estatísticas Vitais

Figura 11 – Taxas de mortalidade por agressão, segundo sexo, São Paulo – 1980 - 2003

Ao se considerar a taxa de mortalidade feminina por causas externas, verifica-se que a causa mais expressiva são agressões e homicídios 7,0 /100.000 mulheres (**Tabela 8**).

Este tipo de fenômeno, conforme verificado, acomete diferentemente homens e mulheres. Os homens são as maiores vítimas desse tipo de violência quando comparados às mulheres. No entanto, ao se verificar o local de ocorrência, os homens são violentados majoritariamente nos ambientes públicos, enquanto as mulheres em ambientes privados, na maior parte das vezes em seus próprios lares. Os homens são os agressores, na maior parte das vezes, contra as mulheres e contra os outros homens. Porém, em sua maioria eles são agredidos por estranhos, enquanto as mulheres o são por parceiros ou ex-parceiros íntimos (Schraiber *et al.*, 2005).

Tabela 8 – Taxas de Mortalidade Feminina por causas externas, segundo grupo de causas, Município de São Paulo, de 2000 a 2002

Causas externas	Taxas por mil mulheres
Agressões/ homicídios	7,0
Outros acidentes	5,6
Acidentes de trânsito	4,8
Outras causas externas	4,1
Suicídios	1,7
Total	23,3

Fonte: Fundação SEADE.

Merece ser ressaltado que, embora se utilizem taxas de mortalidade feminina por causas externas, por agressões e homicídios, dentre outras, para mensurar a violência cometida contra a mulher, principalmente a perpetrada por seus parceiros de intimidade, muitas dessas formas de violência, que podem resultar em danos de ordem física, psicológica e social, não são contabilizadas nessas taxas. Muitas formas de agressão não provocam necessariamente lesões, invalidez e morte. No entanto, as consequências podem ser tão devastadoras quanto as já citadas e ainda perdurar por muitos anos, senão por toda a vida.

Falar, portanto, da magnitude e do impacto da violência de gênero sobre as pessoas, as comunidades e a sociedade como um todo, pautando-se apenas em indicadores de lesões e mortalidade, limita a compreensão da totalidade do fenômeno (OMS, 2002).

A atenção básica é a porta de entrada dos indivíduos no sistema de saúde. Nesta esfera, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem se mostrado, por meio dos indicadores de saúde, uma ferramenta potente de intervenção nos perfis epidemiológicos da população.

De acordo com os indicadores de atenção básica do município de São Paulo em 2010, entre os anos de 2004 e 2009 o percentual da população coberta pelo programa de atenção básica aumentou de 25,1% para 35,3%, e a modalidade de atenção básica que se manteve prevalente no período foi a Estratégia Saúde da Família (ESF). A taxa de cobertura vacinal aumentou no período, chegando a 97,1% em 2009 (**Tabela 9**) (Brasil, 2010).

Os benefícios advindos da ESF para a melhoria da saúde da população são de conhecimento comum. No entanto, contradizendo o princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde, verifica-se que o percentual da população do município de São Paulo coberto pela ESF ainda é muito pequeno (35%). Nos demais municípios estudados, a situação se torna ainda mais alarmante, como no caso de Osasco, que no ano de 2010 tinha apenas 4,1% da população coberta pela ESF.

Verifica-se que, embora a ESF tenha tido um papel decisivo na melhora de alguns indicadores de saúde, ainda se faz necessária uma maior cobertura da população pelo programa e uma intervenção mais efetiva na esfera da atenção básica, principalmente no que diz respeito à saúde da mulher.

Tabela 9 – Indicadores da Atenção Básica - São Paulo, 2010

Ano	Modelo de Atenção	População coberta ⁽¹⁾	% população coberta pelo programa	Média mensal de visitas por família ⁽²⁾	% de crianças c/ esq.vacinal básico em dia ⁽²⁾	% de crianças c/aleit. materno exclusivo ⁽²⁾	% de cobertura de consultas de pré-natal ⁽²⁾	Taxa mortalidade infantil por diarreia ⁽³⁾	Prevalência de desnutrição ⁽⁴⁾	Taxa hospitalização por pneumonia ⁽⁵⁾	Taxa hospitalização por desidratação ⁽⁵⁾
2004	PACS	556.164	5,2	0,07	96,0	72,5	88,5	7,7	1,2	7,4	1,6
	PSF	2.130.830	19,8	0,06	95,7	73,9	93,5	0,6	1,3	9,1	1,3
	Outros	17.370	0,2	0,07	96,6	77,7	91,8	-	1,0	12,3	2,5
	Total	2.704.364	25,1	0,06	95,8	73,7	92,7	1,8	1,3	8,8	1,4
2005	PACS	554.608	5,1	0,54	94,9	74,4	90,3	20,2	1,1	7,6	1,5
	PSF	2.468.033	22,6	0,68	95,7	75,2	93,7	0,6	1,0	8,8	1,9
	Outros	12.698	0,1	0,70	98,4	63,3	94,3	-	1,6	2,9	-
	Total	3.035.339	27,8	0,65	95,6	75,1	93,3	3,4	1,1	8,6	1,8
2006	PACS	349.725	3,2	0,59	94,8	71,1	91,0	0,3	0,7	7,3	1,4
	PSF	3.001.894	27,2	0,65	97,2	74,5	94,6	0,5	0,8	10,5	1,5
	Outros	16.398	0,1	0,67	98,6	70,8	94,0	-	1,2	7,4	-
	Total	3.368.017	30,6	0,64	97,0	74,2	94,3	0,5	0,8	10,2	1,5
2007	PACS	231.145	2,1	0,07	96,4	69,6	93,7	1,6	0,6	8,3	1,1
	PSF	3.328.525	30,0	0,07	97,1	74,3	95,4	0,6	0,7	9,2	1,1
	Outros	2.588	0,0	0,06	98,4	77,2	92,8	-	1,4	4,9	-
	Total	3.562.258	32,1	0,07	97,0	74,0	95,3	0,6	0,7	9,1	1,1
2008	PACS	140.812	1,3	0,07	96,2	74,0	95,3	0,6	0,8	12,4	1,3
	PSF	3.365.627	30,6	0,07	96,6	74,7	95,8	0,3	0,6	9,0	1,1
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	3.506.439	31,9	0,07	96,6	74,7	95,8	0,4	0,6	9,1	1,1
2009	PACS	578.299	5,2	0,07	96,7	75,3	96,5	-	0,4	4,4	0,3
	PSF	3.322.595	30,1	0,07	97,2	75,4	96,2	0,2	0,5	9,3	0,8
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	3.900.894	35,3	0,07	97,1	75,4	96,2	0,2	0,5	8,6	0,8

Fonte: SIAB. Situação da base de dados nacional em 22/02/2010

Notas:

- (1): Situação no final do ano
 (2): Como numeradores e denominadores, foi utilizada a média mensal dos mesmos
 (3): por 1.000 nascidos vivos
 (4): em menores de 2 anos, por 100
 (5): em menores de 5 anos, por 1000; menores de 5 anos na situação do final do ano

6.2 PERFIL DE REPRODUÇÃO SOCIAL DAS TRABALHADORAS

6.2.1 Caracterização dos sujeitos

Foram entrevistadas 91 mulheres, trabalhadoras dos restaurantes universitários vinculados à Coseas.

A faixa etária dessas mulheres pode ser observada na **Figura 12**, onde se verifica que cerca de 60% delas estão na faixa etária de 45 a 59 anos.

Figura 12 - Faixa etária das trabalhadoras - São Paulo, 2012

Quanto ao local de nascimento das trabalhadoras, verificou-se que 45,1% nasceram na região metropolitana de São Paulo e cerca de 30% nasceram em estados da região Nordeste do Brasil.

Sobre a religião professada pelas entrevistadas, a maioria (50,5%) é adepta do catolicismo, 31,9% são evangélicas e 13,2% declararam não seguir nenhuma religião.

Foi observado que, quanto à condição marital atual, entre as mulheres que vivem com parceiro, 40,7% são casadas, 20,9% são separadas e 1,1% eram viúvas e voltaram a ter uma união estável. Das mulheres que não têm parceiro, 29,7% são separadas, 5,5% solteiras e 2,2% viúvas.

Sobre as características da habitação das mulheres, verificou-se que a maioria (69,2%) tem residência própria, 89% disseram que suas residências são de alvenaria com acabamento, 89% consideram adequada a ventilação natural, 80,2% relataram ter iluminação natural adequada e 63,7% referem não haver presença de mofo e bolores. Além disso, todas as mulheres têm acesso aos serviços de saneamento básico.

Dentre as atividades de lazer mais comuns realizadas pelas entrevistadas estão passeios pela cidade (54,9%), TV/vídeo (38,5%), visitas a amigos/parentes (37,4%), cinema (30,8%), prática de esportes (26,4%), leitura (26,4%), teatro (12,1%), outras atividades de lazer que não as especificadas (13,2%), como sair para dançar, fazer tricô e crochê, cozinhar.

Ginástica aqui no CEPE, que me distrai muito e danço muito. É o que distrai a gente. Às vezes vou com o marido, e quando ele não vai, eu vou sozinha.

Verificou-se que 19,8% das mulheres não têm atividade de lazer, o que evidencia uma parcela expressiva que não identifica em suas vidas quaisquer atividades que lhes dêem prazer, que representem fortalecimento frente aos processos de produção e reprodução social.

Eu não faço nada de lazer, não dá tempo.

Meu lazer mesmo é serviço, casa, só isso.

Não tenho ânimo pra fazer nada. Chego em casa moída e ainda tenho que cuidar de casa, comida. Não vejo a hora de deitar na minha cama pra descansar, e no outro dia começa tudo de novo. Como ter lazer?

A participação política não é uma característica das entrevistadas: 81,3% não participam de grupos, associações, sindicatos ou partidos, 9,9% participam de sindicato ligado ao trabalho, 1,1% de grupo ligado a partido político.

Nessas circunstâncias, percebe-se que, em seus momentos reprodutivos, as mulheres têm potenciais de fortalecimentos que são refletidos no acesso a bens de consumo, como casa própria, acesso aos serviços de saneamento básico, atividades de lazer, dentre outros. No entanto, a participação política como uma forma de se tornarem agentes de transformação da realidade onde vivem e trabalham, ao mesmo tempo em que se transformam a si próprias, foi muito pouco expressiva entre as mulheres. Na maior parte das vezes, elas referiram não ter tempo para se dedicarem a essas práticas. Isto pode ser observado no discurso a seguir:

Antes eu até pagava o Sintusp, mas parei. Tava só gastando dinheiro à toa. Não tenho nem tempo nem cabeça pra mexer com essas coisas.

No entanto, pode-se observar que a violência é responsável pelas maiores preocupações que cercam a vida dessas mulheres, no que se refere à segurança pública. Das entrevistadas, 49,5% disseram se sentir expostas à violência nos locais onde moram. O contato com vetores (ratos e insetos) e o risco de acidente de trânsito também foram citados como expressivos, representando as queixas das mulheres em 38,5% e 35,2% das vezes, respectivamente. Também foram referidos o risco de contaminação (17,6%), desmoração e enchente (6,6%) e outros riscos (6,6%). Vale ressaltar que 25,3% das mulheres não se consideram expostas a riscos.

A violência urbana representou uma de suas maiores preocupações, como pode ser observado nas seguintes falas,

Violência lá tem muita. Eu já fui assaltada, mas aí eu reagi e graças a Deus ficou tudo bem...

Eu acho que é uma violência isso. Você chegar na sua casa, abrir sua porta e ter um cara da Rota com uma puta de uma arma apontada pra você. E já aconteceu de entrar um, e o meu filho tá em casa assistindo televisão, e policial sair procurando as coisas lá dentro. Isso aí com ele é uma violência terrível. E não importa se você mora só ou com quem você mora, então, nesse lugar que eu moro... em todo lugar existe, mas esse aí eu acho que é mais vulnerável.

Ainda quanto à violência, ressalta-se que muitas mulheres recorreram a essa denominação para se referirem ao tráfico, contato com donos de “bocas”, traficantes e usuários. Há ainda o problema do fácil acesso às drogas por parte de seus filhos e netos.

Eu já perdi um filho por causa de droga. Não quero agora perder o meu neto. Meu filho tava devendo um dinheiro para um traficante de lá, e ele mandou matar o meu filho. Foi na esquina da minha casa. Toda vez que passo lá, lembro da cena. Se eu tivesse condições, eu saía de lá. Agora ver meu neto andando com essa gente errada, me dá um desespero.

Dentre os processos destrutivos, a violência se apresenta como aquilo que traz as marcas mais profundas na vida dessas mulheres. Em consonância com os dados do território apresentados, os lugares de onde elas procedem têm altos índices de violência contra a mulher e violência em geral, criando um clima de insegurança que se reflete na piora da qualidade de vida das mulheres. Observa-se, em uma das falas, que a violência foi praticada pela polícia (Rota), instituição essa que deveria trabalhar em prol do cidadão, salvaguardando a sua vida, mas que acaba por agir violentamente. A violência também é colocada como produto do tráfico, gerando insegurança em mães e avós, por temerem o envolvimento com drogas por parte de seus filhos e netos.

6.2.2 Processo saúde-doença

Em se tratando da prevalência de problemas de saúde entre as mulheres entrevistadas, verificou-se que 87,9% declararam ter ao menos um problema de saúde, contra apenas 12% que declararam não apresentar qualquer problema de saúde. Os problemas mais referidos foram os mioosteoarticulares, declarados por 63,7% das delas. Nessa categoria estão os problemas de coluna (como hérnia de disco, bico de papagaio e dores nas costas em geral), os problemas musculares e de tendões (tendinites, síndrome do túnel do carpo, bursites) e articulares (dores nos joelhos, artrites e artroses, dores nos quadril, dentre outros).

Estes problemas de saúde estão fortemente associados à prática laboral, ou seja, são considerados doenças ocupacionais.

Depois dos problemas de saúde mioosteoarticulares, os mais citados foram os problemas de saúde mental, referidos por 33% das mulheres. Estão compreendidos nesta categoria os seguintes: depressão, síndrome de pânico, transtorno de humor, tabagismo, insônia e ansiedade.

A frequência dos demais problemas de saúde declarados pelas trabalhadoras pode ser observada na **Figura 13**.

Figura 13 – Frequência dos problemas de saúde declarados pelas mulheres entrevistadas - São Paulo, 2012

Das mulheres entrevistadas, 54,9% referiram fazer uso de medicação de forma contínua, cerca de 20% fazem uso de anti-hipertensivos; 14,3% das trabalhadoras tomam medicamentos psicoativos, 11% fazem uso de sinvastatina, 9,9% disseram fazer uso de anticoncepcional e 8,8% fazem uso contínuo de analgésicos e antiinflamatórios. Esse é um dado bastante preocupante, pois em geral o uso de analgésicos e antiinflamatórios deve se restringir a momentos pontuais de dores agudas ou, em casos mais extremos, para lidar com a dor crônica. Nesses casos, o uso contínuo desses medicamentos pode ser feito, porém com rigoroso acompanhamento e supervisão médica. No caso das mulheres estudadas, um número expressivo (8,8%) referiu usar analgésicos e antiinflamatórios de maneira indiscriminada e sem orientação médica, como pode ser verificado nos discursos que seguem:

A dor é tão insuportável. Se eu não tomo esse remédio, que prefiro não arriscar, se eu não tomo, não consigo nem fazer isso com o braço olha (...) [refere-se a levantá-lo na altura do ombro].

O ortopedista do HU me prescreveu esse remédio quando eu tive uma crise feia. Tem uns dois anos, fui até afastada. Aí, quando eu sinto que a dor tá voltando, eu tomo ele e parece que eu tiro com a mão (a dor).

Em se tratando dos equipamentos de saúde que as trabalhadoras declararam acessar para fazer o acompanhamento dos seus problemas, verificou-se que 68,8% utilizam apenas o Hospital Universitário (HU) da USP, 13,8% frequentam hospital ou clínica particular; 10% fazem acompanhamento no HU e outro serviço. Uma trabalhadora faz acompanhamento apenas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, e outra faz acompanhamento na Unidade Básica de Saúde próxima de sua residência. Embora tenham problemas de saúde, 5% das trabalhadoras declararam não fazer acompanhamento para o referido problema.

As mulheres não acessam as unidades básicas de saúde (UBS) para tratar ou controlar seus problemas, com exceção de uma. Em geral, buscam serviços de saúde de nível secundário. Esse é um dado preocupante, pois, como já mencionado, a esfera da atenção básica à saúde tem entre seus princípios básicos de ação a promoção à saúde e prevenção de agravos, e não apenas o tratamento ou acompanhamento dos problemas de saúde, tendo impacto decisivo sobre os perfis epidemiológicos da população. As UBS são a porta de entrada dos serviços de saúde. A partir delas, caso haja necessidade, se dão os encaminhamentos para outros serviços. O serviço de saúde secundário, dadas as suas especificidades, tem atuação pontual sobre a queixa do usuário. O estabelecimento de vínculo não é prioritário, o que torna mais difícil a investigação de queixas subliminares ou não tão evidentes.

A majoritária utilização do HU pelas trabalhadoras se dá principalmente pela facilidade de acesso (para aquelas que trabalham no campus da Capital), além da obrigatoriedade de realização de consultas médicas periódicas no SESMT, principalmente para aquelas que têm algum tipo de restrição de movimento e foram encaminhadas pelo médico do trabalho, que geralmente realiza os devidos encaminhamentos às especialidades.

No que se refere ao uso de álcool e ou outras drogas pelas mulheres estudadas, verificou-se que a maior parte (57,2%) referiu fazer uso de álcool e/ou outras drogas, sendo que 39,6% referiram fazer uso apenas de álcool, 8,8% associam esta droga ao tabaco, 7,7% disseram fazer uso apenas de tabaco e 1,1% referiu ter usado maconha em alguma fase de sua vida. Das mulheres que disseram fazer uso de álcool, verificou-se que em uma única ocasião 26,2% ingere até uma dose, 45,2% de uma a duas doses e 28,6% de duas a quatro doses. Quanto à frequência da ingestão de álcool, 4,8% ingerem todos os dias, 64,3% uma vez por semana, 11,9% duas vezes por mês, 9,5% uma vez por mês e 9,5% raramente.

Segundo Brewer e Swahn (2005), a partir de quatro doses de álcool para mulher e cinco doses para homem, em uma mesma ocasião, considera-se esse comportamento como “binge drinking” ou “uso pesado episódico do álcool”, o que representa um nível de consumo prejudicial. Isto se dá porque este consumo está associado a problemas físicos, sociais e mentais devido, dentre outros motivos, a intoxicações e a modificações neurofisiológicas no organismo, expondo o usuário a situações de risco, como danos à saúde física, sexo desprotegido, overdose alcoólica, violência (incluindo brigas, violência doméstica e homicídios), acidentes de trânsito, comportamento antissocial (p. ex., na família e no trabalho) e dificuldades escolares, tanto entre jovens como entre a população em geral (Silveira *et al.*, 2008).

Nos discursos das mulheres, pode ser observado que o álcool era muitas vezes utilizado por elas como “analgésico” para as dores da vida, inclusive contra a violência doméstica.

Eu bebia bastante, três garrafas de cerveja, fora as bebidas quentes. Era um jeito de esquecer os problemas. Se eu estivesse bebendo até hoje, eu já estava morta.

Ele se drogando e eu bebendo. Eu perdia as contas de quantas garrafas de cerveja eu bebia.

Eu já sabia que, na hora que ele chegasse do bar mamado, já vinha me encher o saco e começaria a baixaria, pancadaria mesmo. O negócio era feio mesmo. Aí eu bebia também, pra aguentar as pancadas. Era o jeito.

A relação entre a violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo e o uso de álcool por parte das mulheres foi discutida por Heise, Ellsberg e Gottemoeller (1999). O estudo aponta o abuso de substâncias psicotrópicas como efeito não fatal da violência sexual contra a mulher cometida por parceiros íntimos e ainda relaciona esse tipo de violência a comportamentos negativos em relação à saúde da mulher, como o tabagismo, o abuso de álcool e outras drogas, dentre outros.

6.3 PERFIL DE PRODUÇÃO SOCIAL DAS TRABALHADORAS

No que se refere ao momento produtivo das mulheres, verificou-se que a maior parte delas está lotada no Restaurante Central (59,3%); seguido do Restaurante dos docentes, onde trabalham 12,1% das mulheres; no Restaurante da Física trabalham 8,8% delas; e os restaurantes da Enfermagem, da Faculdade de Saúde Pública, da prefeitura do campus e da Faculdade de Direito contam com o mesmo número de trabalhadoras (4,4%). O restaurante que conta com o menor número de trabalhadoras é o Restaurante da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH), porque, embora ele seja administrado pela Coseas, seus trabalhadores são terceirizados.

Em se tratando da função exercida pelas mulheres, cerca de 70% das entrevistadas exercem função de auxiliar de cozinha e cozinheira (**Tabela 10**), ou seja, executam atividades ligadas à manipulação, preparo e distribuição de gêneros alimentícios, atividades estas previstas no Plano de Classificação de Funções (Anexo 3).

Dentre as entrevistadas, 16,5% executam atividades administrativas (auxiliares administrativos, auxiliares de caixa e almoxarifes). Os cargos de chefia são ocupados por 13,2% das entrevistadas (nutricionistas e técnicas em nutrição). Vale salientar que em alguns restaurantes, na ausência da nutricionista, algumas trabalhadoras que exercem função administrativa chefiavam a unidade de serviços.

Tabela 10 – Percentual de trabalhadoras por função exercida - São Paulo, 2012

Função	N	%
Auxiliar de cozinha	52	57,1
Cozinheiro	12	13,2
Nutricionistas	7	7,7
Técnicas em nutrição	5	5,5
Auxiliares administrativos	8	8,8
Auxiliares de caixa	5	5,5
Almoxarifes	2	2,2
Total	91	100

De acordo com a posição que ocupam no trabalho, 82,4% das trabalhadoras disseram ser subalternas, 12% ocupam simultaneamente posições de mando e subalternidade (percentual composto majoritariamente por técnicas em nutrição e trabalhadoras de funções administrativas que são subordinadas diretamente às nutricionistas) e apenas 5% têm função essencialmente de comando. Vale salientar que algumas nutricionistas consideraram fazer parte de uma hierarquia maior, estando elas próprias subordinadas a outras profissionais, ocupando, assim, posição simultânea de comando e subalternidade.

Verificou-se que a maior parte das trabalhadoras (51,7%) tem algum tipo de restrição no trabalho, entre parcial e total, tomando por base uma classificação utilizada pelas nutricionistas para operacionalizar as escalas de trabalho de acordo com as atividades recomendadas pelo SESMT. Tais restrições são desencadeadas por doenças ocupacionais adquiridas no processo laboral.

Figura 14 – Ocorrência de restrição ocupacional e frequência dos tipos de restrição - São Paulo, 2012

O processo de trabalho de grande parte das trabalhadoras (cozinheiras e auxiliares de cozinha) exige intenso esforço físico, levantamento de peso e movimentos repetitivos. Tais atividades são realizadas em condições bastante adversas, como altas temperaturas e grande poluição sonora. Como consequência de condições exaustivas de trabalho, ocorrem vários problemas de saúde, que nos últimos doze meses da investigação justificaram as faltas e afastamentos de 56,7% das trabalhadoras. Além disso, verificou-se que, nos últimos doze meses, aproximadamente 15% delas sofreram acidentes de trabalho.

A situação alarmante da saúde das trabalhadoras dos restaurantes pode ser representada na fala que segue:

Aqui [no restaurante] é um lugar onde você não tem perspectiva, aqui você só sabe que um dia vai subir pro HU por problema ortopédico. Então, quando eu me vejo numa situação dessa [em um trabalho onde não se sente realizada], eu penso: “Meu reage, porque você tem capacidade, não, mas é mais cômodo [a entrevistada se refere à capacidade que tem de conseguir um trabalho onde se sinta

realizada, no entanto, acaba permanecendo no restaurante por comodismo].

A **Figura 15** traz a frequência relativa e absoluta dos riscos aos quais as trabalhadoras se sentem expostas em seu ambiente de trabalho. Verifica-se que entre os riscos mais frequentemente citados está o de queda (76,9%), seguido do risco de desenvolver e/ou piorar doenças mioosteoarticulares (67%). O estresse no ambiente de trabalho foi citado por 63% das entrevistadas.

Ao observar a frequência dos riscos citados por restaurantes (**Figura 15**) observa-se um dado bastante interessante no que se refere principalmente à agressão por parte dos usuários. Este foi apontado como risco em maior frequência pelas trabalhadoras do Restaurante da Física (50%); depois, em semelhante proporção, pelas trabalhadoras do Restaurante Central (43%); 25% das trabalhadoras do Restaurante da Cocesp disseram se sentir expostas a esse tipo de risco, bem como 9,1% das trabalhadoras do Restaurante dos Docentes. Nos restaurantes da EACH, da Faculdade de Direito, da Escola de Enfermagem e da Faculdade de Saúde Pública, nenhuma trabalhadora referiu se sentir exposta a agressão por parte dos usuários dos restaurantes.

Ao observar como se comporta o risco de estresse entre as trabalhadoras, por restaurante, verifica-se que em todos eles o estresse apareceu com muita frequência, variando de 25% entre as trabalhadoras do Restaurante da Escola de Enfermagem a 100% das mulheres que trabalham no Restaurante da Cocesp.

Figura 15 – Frequência de riscos aos quais as trabalhadoras se sentem expostas no ambiente de trabalho, por restaurante - São Paulo, 2012.

Tabela 11 – Riscos aos quais as trabalhadoras se sentem expostas no ambiente de trabalho por restaurante - São Paulo, 2012

[illegible]

Há riscos que fazem parte da prática laboral de alguns trabalhadores. No caso das trabalhadoras dos restaurantes universitários, há o risco de queimarem-se em panelas e caldeirões quentes, cortarem-se ao manipular facas e utensílios perfuro-cortantes, ter problemas com o excesso de umidade, dentre outros. Para estes riscos é previsto o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), que, segundo a Norma Regulamentadora⁷ n° 6 (Pinto, Santos, Céspedes, 2010, p. 120), é “todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho”.

Nos restaurantes da Coseas são fornecidos aos trabalhadores equipamentos conjugados de proteção individual, ou seja, vários dispositivos usados para proteger o trabalhador de riscos que ocorram simultaneamente, como o risco de cortes com utensílios perfuro-cortantes e para proteção contra a poluição auditiva. Nesses casos, são utilizadas luvas de segurança para proteção das mãos e protetores auditivos. Vale salientar que é de responsabilidade do empregador fornecer gratuitamente o EPI adequado em perfeitas condições de uso. Embora a Coseas forneça EPI's de acordo com os riscos a que os trabalhadores estão expostos no ambiente de trabalho, muitas vezes eles não os usam por considerarem incômodo ou desconfortável utilizá-los, indicando que são necessárias atividades de educação em saúde, visando a uma maior adesão aos dispositivos por parte dos trabalhadores.

O risco de desenvolver ou piorar doenças mioosteoarticulares, citado com maior frequência pelas trabalhadoras, envolve atividades de sobrecarga muscular estática ou dinâmica do pescoço, ombros, dorso e membros superiores e inferiores. A análise ergonômica do trabalho, segundo a NR 17,

⁷ As Normas Regulamentadoras, conhecidas como NRs, regulamentam e fornecem orientações sobre procedimentos obrigatórios relacionados à segurança e medicina do trabalho no Brasil. São as Normas Regulamentadoras do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), relativas à Segurança e Medicina do Trabalho, tendo sido aprovadas pela Portaria N.º 3.214, 08 de junho de 1978. São de observância obrigatória por todas as empresas brasileiras regidas pela (CLT) (Pinto, Santos, Céspedes, 2010, p. 120).

que trata do tema de ergonomia (Pinto, Santos, Céspedes, 2010, p. 120), diz que no contexto do trabalho deve ser observado o seguinte:

- todo e qualquer sistema de avaliação de desempenho para efeito de remuneração e vantagens de qualquer espécie deve levar em consideração as repercussões sobre a saúde dos trabalhadores;
- devem ser incluídas pausas para descanso;
- quando do retorno do trabalho, após qualquer tipo de afastamento igual ou superior a 15 (quinze) dias, a exigência de produção deverá permitir um retorno gradativo aos níveis de produção vigentes na época anterior ao afastamento.

Esta norma preconiza que todo trabalhador que, dentre as atividades laborais, esteja contemplado o transporte manual de cargas, como é o caso das trabalhadoras dos restaurantes, deve receber treinamento ou receber instruções satisfatórias quanto aos métodos de trabalho que deverá utilizar, com vistas a salvaguardar sua saúde e prevenir acidentes (Pinto, Santos, Céspedes, 2010, p. 120).

6.4 A VIOLÊNCIA DE GÊNERO E SUAS FACES

A violência contra a mulher, para ser entendida dentro de sua concepção sócio-histórica, deve ser vista a partir da perspectiva de gênero, que “diz respeito às relações de poder e à distinção entre características culturais atribuídas a cada um dos sexos e às suas peculiaridades biológicas” (Minayo, 2006, p. 93). Em outras palavras, gênero diz respeito aos papéis sociais de homens e mulheres, historicamente construídos e determinados socialmente.

Segundo Minayo (2006, p. 93), a violência de gênero

distingue um tipo de dominação, de opressão e crueldade estruturalmente construídos nas relações entre homens e mulheres, reproduzido na cotidianidade e subjetivamente assumido, atravessando classes sociais, raças, etnias e faixas etárias.

A experiência de violência foi referida por cerca de 70% das mulheres entrevistadas, um percentual bastante expressivo quando comparado a outros estudos de base populacional, como o realizado pela Fundação Perseu Abramo (Venturi G, Bokany V, Dias, 2010) que entrevistou 2.365 mulheres, distribuídas em 25 unidades federativas do Brasil. Verificou-se que 40% das mulheres referiram ter sofrido algum episódio de violência perpetrada por homem em algum momento de suas vidas. Outro estudo (Schraiber *et al.*, 2007), realizado na cidade de São Paulo e Zona da Mata Pernambucana, verificou que na primeira localidade 46,4%, e na segunda, 54,2% das mulheres referiram ao menos uma forma de violência por parceiro íntimo.

Na presente investigação, embora tenha sido verificado que cerca de 70% das mulheres referiram ao menos um episódio de violência na vida adulta, tais episódios não foram exclusivamente perpetrados por parceiros íntimos. No entanto, estes foram referidos como agressores, nas diferentes naturezas de violência, em percentual superior a 85%, representando o principal agressor das violências mencionadas.

Essa grande frequência de violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo acaba muitas vezes sendo interpretada como um fenômeno naturalizado. Por ser corriqueiro, acaba sendo um potente invisibilizador da violência. Como afirma Schraiber:

Esse modo de pensar banaliza a violência, torna-a uma situação comum e natural, pois ela passa a ser vista como episódio corriqueiro, sem importância e parte inexorável das relações de casal, sejam elas o casamento formal, como na conjugalidade, sejam nos relacionamentos de parceria (Schraiber *et al.*, 2005, p. 28).

Isto é reproduzido na fala de muitas das mulheres entrevistadas, como pode ser observado a seguir:

Quem mandou eu nascer mulher? Duvido que, se eu fosse homem, ele me batia.

Eu disse pra ela: 'Não casa menina, você sabe o que eu já passei na mão do seu pai, sofri que nem Jesus na cruz. Você casa se for besta'. E deu no que deu. Apanhou dele e depois veio de volta pra casa e ainda eu tive que ir dar parte na polícia com ela. Ela me pediu pra ir com ela, e não tinha como eu falar não pra minha filha.

A minha mãe apanhou do meu pai, eu apanhei dele e agora o que dá mais sofrimento é saber que a minha filha também apanha daquele drogado maldito. Parece que, não sei, é um carma que a gente carrega.

Schraiber *et al.* (2007) explicam que provavelmente os altos índices de violência contra a mulher, verificados em pesquisas de base populacional, seja reflexo de cerca de três décadas de ativismo e respostas institucionais no enfrentamento desse tipo de violência. Apesar de estas medidas não se refletirem na diminuição das taxas de violência contra a mulher, torna-a mais visível e menos aceitável. Assim, a menor aceitabilidade e a maior sensibilidade a este tipo de violência promoveriam uma expressão de insatisfação e revolta por parte das mulheres que o vivenciam.

A alta frequência de violência contra a mulher, perpetrada por parceiro íntimo, como se verifica entre as mulheres entrevistadas, é melhor compreendida por meio da fala de uma delas:

Teve um tempo que parecia que tinham juntado todas as mulheres que apanhavam dos maridos e colocaram tudo dentro dos restaurantes. Uma começava a falar sobre isso, a outra começava a chorar do outro lado, outra despençava acolá. Era uma coisa que só vendo.

Quanto à natureza da violência na vida adulta, 66% das mulheres entrevistadas sofreram violência psicológica, 36,3% sofreram violência física e 28,6% sofreram violência sexual. A **Figura 16** demonstra, além das frequências, também as sobreposições entre violências de diferentes naturezas.

A violência psicológica foi o tipo de violência que apareceu isolada com maior frequência (23,1%); a violência física apareceu sozinha em apenas 3,3% das declarações; e a sexual, em 2,2%. O fato é que, para além de apresentar uma frequência muito alta, a violência contra a mulher apresenta-se com associações de suas naturezas psicológica, física ou sexual (Schraiber *et al.*, 2005). Observa-se ainda que os demais tipos de violência (física e sexual) apresentam um forte componente psicológico.

Shraiber *et al.* (2007) afirmam que a violência mais grave parece estar associada à sobreposição das diversas naturezas de violência. Em seu estudo, a associação de violência psicológica, física e sexual responde por aproximadamente 20% dos casos, constituindo uma situação extremamente grave.

Figura 16 – Frequência e sobreposição dos casos de violência psicológica, física e sexual na vida adulta - São Paulo, 2012

A seguir, será apresentada a caracterização geral das três principais naturezas de violência de gênero encontradas nesse estudo.

6.4.1 Violência Psicológica

Segundo o Protocolo de Atenção à Mulher em Situação de Violência, utilizado pelo município de Curitiba (Curitiba, 2008, p. 10), a violência psicológica

consiste na sujeição a agressões verbais constantes, ameaças, chantagem, privação de liberdade, humilhação, desvalorização, hostilidade, culpabilização, rejeição, indiferença, causando danos à autoestima, à identidade e ao desenvolvimento e equilíbrio emocional da pessoa.

Entre as mulheres entrevistadas, 66% referiram ter sofrido violência psicológica na vida adulta, sendo este um percentual bastante alto que revela uma situação alarmante no que concerne à qualidade de vida dessas mulheres. Esse percentual é expressivamente maior do que o verificado entre mulheres da cidade de São Paulo (41,8%) e da Zona da Mata Pernambucana (48,8%), que disseram ter sofrido ao menos um episódio de violência psicológica durante a vida (Schaiber *et al.*, 2007). Outro estudo de base populacional verificou que a prevalência de violência psicológica entre mulheres foi de 23% (Venturi G, Bokany V, Dias, 2010).

Evidencia-se, assim, que a violência psicológica entre as mulheres entrevistadas é um fenômeno frequente e comum, mas nem por isso deve ser naturalizada ou ser tida como uma não transgressão dos direitos humanos.

Os parceiros íntimos foram apontados como agressores em 86,7% das vezes, outros familiares do sexo masculino foram agressores em 8,4% e apenas uma mulher apontou como agressor uma pessoa estranha.

Esses resultados estão em consonância com os estudos de Schraiber *et al.* (2005), em que as mulheres encontram em seus parceiros íntimos seus principais agressores, seguido de familiares do sexo masculino.

Meu filho ficou muito agressivo uma vez que eu pus ele [o parceiro] pra fora de casa de novo, porque eu peguei ele olhando a vizinha de novo. Aí meu filho viu e estourou o guarda-roupa que eu tinha comprado. Estourou todo o meu vidro, porque ele não queria que o pai dele saísse de casa. Aí ele saiu pra fora de casa também. Aí eu pedi pra ele ficar, e eles ficaram.

Embora não tenha sido objetivo da pesquisa observar violência institucional, a chefia do restaurante foi apontada como perpetradora de violência psicológica em 5% das vezes.

Eu já briguei com todas elas [chefias]. A situação que eu tô hoje é culpa delas. Elas queriam que eu fosse trabalhar na cozinha mesmo eu sendo readaptada. Eu tive que ficar brigando por uma coisa que é meu direito. Eu tive que bater o pé por uma coisa que estava escrita no papel. Eu tinha pavor de pensar que eu tinha que vir trabalhar. Passava mal quando pensava em vir pra cá.

Aqui você não pode falar o que você pensa, porque aí elas pegam birra e ficam pegando no seu pé, te colocam na pior escala, ficam te perseguindo.

Todos os tipos de violência cometidos contra a mulher, seja nos espaços públicos, seja nos privados, possuem um denominador comum, que são questões de gênero. Quando os atores envolvidos são todos do sexo feminino, emergem as questões intragênero, por envolver problemas que na nossa sociedade são vistos como pertencendo ao universo feminino (Schraiber *et al.*, 2005).

Um exemplo disso é o fato de as chefias (que são todas ocupadas por mulheres) serem acusadas por perpetrarem a violência psicológica contra as trabalhadoras que lhes são subordinadas. Verifica-se aí uma assimetria de poder, com as primeiras representando o poder institucional e as demais, para além de serem submissas pela função que ocupam no momento produtivo, são submissas também por serem mulheres na sociedade. Trata-se, assim, de dupla determinação – de posição social no trabalho (provavelmente aliada à classe social) e de gênero.

Tabela 12 - Freqüência da violência psicológica na vida adulta, início, número de vezes, última ocorrência e agressor(a) - São Paulo, 2012

Variáveis	Fator	Total	N	%
Violência Psicológica	Sim	91	60	65,9
Desde quando essa situação acontece	1. Desde que o conheceu/ Sempre/ A vida toda	47	8	17
	2. Nos primeiros 5 anos de casamento		20	42,6
	3. Entre 5 e 10 anos de casamento		8	17
	4. Depois de 10 anos de casamento		5	10,6
	Não sabe		6	12,8
	Não respondeu		13	-
Quantas vezes aconteceu	1 vez	58	4	7,1
	2 vezes		2	3,4
	3 vezes		2	3,4
	Várias vezes		48	82,7
	Não sabe		2	3,4
	Não respondeu		2	-
Quando foi a última vez	1. De 1 ano até hoje	48	18	37,6
	2. De 1 a 5 anos		3	6,2
	3. De 5 a 10 anos		3	6,2
	4. Mais de 10 anos		14	29,2
	Não sabe		10	20,8
	Não respondeu		12	-
Quem foi o(a) agressor(a)	Estranho	60	1	1,6
	Ex-marido		25	41,7
	Irmã(o)		3	5
	Marido		20	33,3
	Marido e ex		2	3,3
	Marido e irmã(o)		1	1,7
	Namorado		4	6,7
	Pai. tio. tia		1	1,7
	Profissional		3	5

Nota: Os valores do total se referem às respondentes.

Das mulheres que sofreram violência psicológica perpetrada por parceiros íntimos, 42,6% referiu que a violência aconteceu pela primeira vez nos primeiros cinco anos de casamento ou união estável. A freqüência destes atos também é um dado bastante expressivo, pois 82,7% das mulheres disseram que esses abusos aconteceram várias vezes. No que se refere à última vez em que sofreram esse tipo de violência, constatou-se que 37,6% referem terem sido violentadas há menos de um ano. Os dados indicam que cerca de 40% das mulheres ainda vivem em situação de violência.

Constata-se, então que, além de ser um fenômeno que assola grande número de mulheres, ele se repete várias vezes. Embora esse tipo de

violência não deixe marcas físicas, como hematomas e cicatrizes, as marcas que ele deixa nas mulheres que o vivenciam são tão devastadoras ou ainda mais devastadoras que aquelas deixadas no corpo. Como escreve Minayo (2006, p. 96), “o que mais provoca sofrimentos às mulheres são as lesões e traumas de que são vítimas nas interações cotidianas e naturalizadas”.

A seguir serão citados alguns trechos dos discursos das mulheres entrevistadas acerca da violência psicológica:

Ameaçar, ele me ameaça até hoje [depois da separação]. A última vez foi na semana passada...

Destaca-se o discurso que faz referência ao fato de o homem ver a mulher como um objeto de sua posse, ameaçando-a, caso a veja se relacionando com outro homem.

Aí a gente começou a se encontrar depois de uns 3 ou 4 meses da separação, pra falar dos filhos. Aí, porque depois ainda tive um relacionamento com ele mesmo separada, pra ver se a gente voltava, mas aí eu não quis mais. Então ele acha que eu tenho que voltar, que sou obrigada a ficar com ele, qualquer coisa assim, desse tipo. Aí eu falo que não quero mais, e aí ele fala um monte de bobagem, que se me pegar com outro que vai fazer isso, que vai fazer aquilo.

Muitas mulheres referiram que, em muitos casos, a violência psicológica deixa marcas piores que a violência física, marcas essas que não desaparecem mesmo tendo passado muito tempo após a agressão. Tobo *et al.* (2011) constataram, em estudo sobre os efeitos na saúde decorrentes da exposição da mulher à violência por parceiro íntimo, que a violência física não foi a que produziu as maiores consequências para a saúde da mulher, e sim a violência psicológica, que gerou sintomas depressivos e estresse.

...é a xingação, porque eu achava assim que eu não merecia as palavras que ele falava. Acho que a surra não era tanto, mais era os xingamentos. Me chamava daqueles nomes horrorosos, e eu sabia

que eu não era aquilo, (...) Ele xingava, me chamava de puta, de galinha, que eu tava com macho. Só que não tinha nada disso, eu não era nada disso. Eu perdi todas as minhas amizades de solteira, porque eu não podia conversar mais com ninguém, depois que eu conheci ele. Depois que eu me envolvi com ele, era eu e ele e pronto, e a minha família lá eu cá, não podia se ajuntar. Se eu encontrasse com você na rua, e você fosse minha amiga, eu não poderia ficar conversando com você, porque aí começava a falar aqueles nomes horrorosos. Aí me envergonhava na frente dos outros e, então, esse tipo de coisa. Pode passar anos e anos, eu vou morrer, mas não vou me esquecer.

A violência contra a mulher praticada por parceiro íntimo é mais bem aceita por parte das mulheres quando acontece em ambiente privado, pois observa-se que, quando a violência ocorre em ambientes públicos, o constrangimento advindo da exposição da mulher potencializa as marcas da violência.

Teve um dia que uma senhora estava aqui no ponto. Antigamente o ponto era em frente à reitoria, logo quando eu entrei aqui [Coseas], e ele tava lá mais eu esperando o circular, porque ele trabalhava, na época, na prefeitura do campus. Aí eu não sei o que aconteceu que ele começou a me xingar tanto, e eu fingi que não era comigo, disfarçando, e aí a senhora que tava atrás de mim olhou e falou assim: "Não sei como uma moça tão bonitinha dessa suporta um homem desse". Olha, isso tem mais de 20 anos, mas a fala daquela mulher ficou gravada, porque eu não consegui esquecer mais. Ele foi me xingando até em casa. Aí, quando chegou em casa, eu explodi, porque fazer isso dentro de casa é uma coisa, mas fazer vergonha na gente na rua, ah, isso me deixava doida. Doía mais aqui dentro, eu não merecia aquilo.

Algumas mulheres apontam a dependência emocional como sendo um motivo que as condicionam a permanecerem em uma relação violenta.

O meu psicológico em relação a homem, um dia eu tenho um pensamento e no outro eu tenho outro. Vai muito do meu humor, porque tem dia que eu falo: "Não, eu preciso me libertar, eu preciso ser mais eu". Mas no outro eu estou totalmente dependente, como se fosse uma droga, de alguém que me maltrata. Eu não consigo me libertar dele.

A dependência emocional e a dificuldade para mudança são comparadas a um câncer por uma das entrevistadas, algo que a consome e paralisa. A busca por ajuda profissional também é vista como uma manifestação de fragilidade e incompetência para enfrentar os problemas que, sob sua ótica, só podem ser resolvidos por ela.

Às vezes parece que é um câncer tanto o meu relacionamento, quanto você se acostumar num lugar em que você não está satisfeito. E aquilo vai te consumindo e você vai perdendo as forças. Eu peço a Deus; “Me ajuda, meu Deus!” Mas Ele não pode, eu preciso fazer a minha parte. Eu não tô encontrando nesse momento apoio. Eu não acho justo eu chegar numa pessoa [profissional de saúde] que não tem nada a ver e ficar incomodando com os meus problemas. Eu acho injusto.

Segundo os dados de identificação das mulheres que referiram violência psicológica (**Tabela 13**), verificou-se que a maior parte delas reside na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) (53,3%), seguido das que residem da zona oeste de São Paulo (30%). No que se refere à faixa etária, a maior parte das mulheres que tiveram experiência de violência psicológica está na faixa etária de 45 a 59 anos (37%). Foi constatado que todas as mulheres com 60 anos ou mais que participaram do estudo sofreram violência psicológica.

Em se tratando de raça/etnia, constatou-se que entre as mulheres que sofreram violência psicológica, 65% se autodenominaram afrodescendentes. Estatisticamente, verificou-se que há relação entre a mulher se declarar da cor preta e a ocorrência da violência psicológica na vida adulta. Essa relação foi quantificada por meio da razão de chances em 3,90 ($p=0,01$). Isso significa dizer que o fato de uma mulher ser negra aumenta suas chances de sofrer violência psicológica em 390%. Em contrapartida, o fato de a mulher ser branca faz com que as chances de ser maltratada psicologicamente na vida adulta sejam muito menores ($OR= 0,39/ p=0.02$).

No que se refere ao local de nascimento, metade das mulheres que vivenciaram violência psicológica nasceu na RMSP, seguido de 25% que nasceram na Região Nordeste do Brasil.

A maior parte das mulheres tinha o ensino médio completo (50%). Vale salientar que, das mulheres que tinham o ensino fundamental incompleto, 81,8% sofreram violência psicológica.

No que se refere ao credo que professavam, verificou-se que 46,7% eram católicas. No entanto, das mulheres que se declararam evangélicas, 72,4% vivenciaram violência psicológica.

Tabela 13 – Frequência de violência psicológica segundo categorias de identificação das mulheres - São Paulo, 2012

Categoria	Sub-categoria	Número absoluto	Frequência (%)	Freq. por categoria (%)	Odds Ratio ⁸	P valor ⁹
Local	RMSP	32	53,3	69,6	1,3	0,23
	ZS	2	3,3	100		
	ZN	6	10	54,5	0,57	0,20
	ZO	18	30	62,1	0,78	0,29
	ZL	2	3,3	66,7	1,03	0,49
	Total	60	100	-	-	-
Faixa etária (anos)	18 a 24	0	0	0		
	25 a 34	6	10	85,7	3,33	0,14
	35 a 44	16	26,7	59,3	0,66	0,19
	45 a 59	34	56,7	65,4	0,94	0,45
	60 e mais	4	6,7	100		
Raça/etnia	Preto	22	36,7	84,6	3,90	0,01
	Pardo	17	28,3	68	1,14	0,40
	Branco	21	35	53,8	0,39	0,02
	Amarelo	0	0	0		
Local de nascimento	RMSP	30	50	73,2	1,82	0,09
	Interior de SP	3	5	42,9	0,35	0,09
	Reg. Sul	3	5	75	0,58	0,35
	Reg. Sudeste	8	13,3	72,7	1,43	0,30
	Reg. Norte	1	1,7	100		
	Reg. Nordeste	15	25	57,7	0,61	0,15
	Reg. Centro-oeste	0	0	0		
Escolaridade	Fund. Inc.	9	15	81,8	2,56	0,12
	Fund. Comp..	4	6,7	50	0,48	0,16
	Medio inc.	7	11,7	77,8	1,91	0,22
	Médio comp..	30	50	65,2	0,94	0,44
	Superior inc.	3	5	75	0,58	0,35
	Superior comp..	6	10	54,5	0,58	0,20
	pós-graduação	1	1,7	50	0,51	0,32
Religião	Católica	28	46,7	60,9	0,63	0,15
	Evangélica	21	35	72,4	1,55	0,19
	Espírita	1	1,7	33,3	0,24	0,13
	Outras	1	1,7	100		
	Não tem religião	9	15	75	1,65	0,24

Em se tratando das categorias referentes ao modo de reprodução das mulheres que vivenciaram violência psicológica (**Tabela 14**), verificou-se

⁸ Odds ratio é uma medida de quanto a categoria influi na variável de violência em relação às outras categorias. Se for maior que 1, então significa que esta categoria (em relação a todas as outras) implica em uma chance maior de violência. Se for menor que 1, então significa que esta categoria (em relação a todas as outras) implica em uma chance menor de violência. Só são passíveis de interpretações os odds ratios com $p < 5\%$.

⁹ O teste Qui-quadrado mede se as variáveis são dependentes ou não. Se o p-valor for menor que 5%, então há indícios de que as variáveis são dependentes (se relacionam).

que a maior parte delas tem residência própria (70%), 55% delas disseram se sentir expostas à violência no local onde moram. Cerca de 80% não participam de grupos de representação, associações ou partidos políticos.

De maneira geral, a maior parte delas tem alguma atividade de lazer. Verificou-se que a prática de leitura está inversamente relacionada à experiência de violência psicológica, de tal forma que a mulher que tem hábito de leitura teria menores chances de sofrer violência que aquela que não tem o mesmo hábito ($OR = 0,40/p=0,03$). O mesmo foi verificado para as mulheres que praticam esportes. No entanto, constatou-se relação entre o fato de as mulheres não terem nenhuma atividade de lazer e a experiência de violência psicológica, relação esta quantificada por meio da razão de chances em 11,86 ($p=0,009$). Em outras palavras, as mulheres que não têm nenhuma atividade de lazer têm aumentadas suas chances de sofrer violência psicológica em 11,86%.

Tabela 14 – Frequência de violência psicológica segundo categorias do modo de reprodução das mulheres - São Paulo, 2012

Categoria	Sub-categoria	Número absoluto	Freq. (%)	Freq. por categoria (%)	Odds Ratio	P valor
Propriedade da residência	Própria em terreno próprio	42	70	66,7	1,11	0,41
	Própria em terreno não próprio	2	3,3	100		
	Cedida	7	11,7	58,3	0,69	0,28
	Invadida/ocupada	3	5	75	1,58	0,35
	Alugada	6	10	60	0,75	0,34
Risco de violência	Sim	33	55	73,3	0,93	0,07
	Não	27	45	58,7	0,52	0,07
Participação em grupo, associação, partido político	Não	49	81,7	66,2	1,07	0,46
	Ligado ao trabalho	5	8,3	55,6	0,61	0,25
	Ligado ao trabalho e outro	1	1,7	100	-	-
	Ligado a partido político	1	1,7	100	-	-
	Ligado a outro	4	6,7	66,7	1,03	0,48
Lazer	Esporte	12	20	50	0,40	0,03
	Leitura	12	20	50	0,40	0,03
	TV/vídeo	20	33,3	57,1	0,53	0,08
	Teatro	6	10	54,5	0,58	0,20
	Cinema	15	25	53,6	0,46	0,05
	Visita a parentes	21	35	61,8	0,74	0,26
	Passeios	27	45	54	0,29	0,048
	Outras atividades	8	13,3	66,7	1,04	0,48
	Nenhuma	17	28,3	94,4	11,86	0,009

Em se tratando no momento produtivo das mulheres, verificou-se que entre as mulheres que disseram sofrer ou ter sofrido violência psicológica, 58,3% trabalham no Restaurante Central. Vale salientar que 100% das trabalhadoras do Restaurante da Cocesp tiveram experiência de violência psicológica, seguido de 87,5% das trabalhadoras do Restaurante da Física. Segundo a função exercida pelas mulheres, verificou-se que 61,7% eram auxiliares de cozinha. Um dado interessante é que as funções de nível básico apresentaram frequência de ocorrência de violência psicológica variando de 50 a 87,5%.

Tabela 15 – Frequência de violência psicológica segundo categorias do modo de produção das mulheres - São Paulo, 2012

Categoria	Sub-categoria	Número absoluto	Frequência (%)	Frequência por categoria (%)	Odds Ratio	P valor
Restaurante Universitário em que trabalha	Rest. Central	35	58,3	64,8	0,88	0,39
	Rest. Docentes	6	10	54,5	0,57	0,19
	Rest. Física	7	11,7	87,5	3,96	0,10
	Rest. Cocesp	4	6,7	100	-	-
	Rest. Enfermagem	3	5	75	1,57	0,34
	Rest. FSP	3	5	75	1,57	0,34
	Rest. Direito	2	3,3	50	0,50	0,24
	Rest. Each	0	0	0	-	-
Função	Aux. de cozinha	37	61,7	71,2	1,71	0,11
	Cozinheiro	6	10	50	0,46	0,10
	Tec. Nutrição	1	1,7	20	0,11	0,02
	Nutricionista	4	6,7	57,1	0,66	0,30
	Aux. Adm.	7	11,7	87,5	3,96	0,10
	Aux. de Caixa	4	6,7	80	2,14	0,25
	Almoxarife	1	1,7	50	0,50	0,31

6.4.2 Violência física

A violência física “consiste no uso da força física, arma ou objeto, de forma intencional, causando ou não dano, lesões internas ou externas no corpo” (Curitiba, 2008, p. 10).

A violência física, em relação psicológica, apresentou uma frequência de ocorrência menor. 36,3% das entrevistadas declararam terem sido agredidas fisicamente (Tabela 16).

Ele tentou. Não me agrediu porque eu reagi. Foi uma única vez porque eu reagi.

Algumas mulheres consideram como violência física apenas os atos que deixam sequelas como fraturas, hematomas, equimoses, queimaduras, abrandando, em seus discursos, os atos violentos que não deixam marcas no corpo.

Bater assim pra me deixar machucada não, nem sequelas, marcas, não... Mas fisicamente já me agrediu, sim, meu ex-marido.

A violência física perpetrada contra a mulher por parceiro íntimo é manifestada muitas vezes pela destruição de algo que confira à mulher atributos de beleza ou aumente sua auto-estima, como roupas, cabelo e o próprio corpo. Nesses casos, geralmente o motivo desencadeador da violência é o ciúme, o sentimento de posse.

Um dia eu fui num churrasco na casa da minha nora com a minha menina mais nova. Ela tinha uns nove anos. Quando cheguei em casa, ele tava dormindo na cama. E um cheiro de cachaça! Aí dormi mais minha menina na sala. Forrei um lençol e dormi lá mais ela. Quando acordei, ele tava cortando o meu cabelo com a tesoura. Ele já tinha cortado um bom pedaço. Minha cabeça ficou cheia de buracos. Tive que raspar a cabeça e ia trabalhar com um lenço na cabeça. E eu tinha um cabelo lindo, cheio de cachos, até na cintura. E ele acabou com tudo.

Os parceiros íntimos (maridos e ex-maridos) foram apontados como agressores em 84,9% das vezes. Familiares do sexo masculino (pais, padrastos e irmãos) apareceram em segundo lugar, com frequência de 12,1%.

Algumas mulheres declararam ser homossexuais. Também entre elas houve referência à violência física por parte da parceira.

Na sociedade brasileira, onde a violência é generalizada e a violência de gênero é naturalizada, todas as mulheres estão sujeitas a vivenciar situações de violência nas relações que estabelecem com os homens ou com outras mulheres. Como no exemplo citado, a violência nas relações de intimidade que ocorrem entre duas mulheres numa parceria homossexual são relações intragênero, podendo haver igualmente desequilíbrio de poder, abuso de poder e, portanto, violência. Conforme afirma Schraiber *et al.* (2005, p. 28),

Isso [a violência perpetrada por parceiro íntimo] não acontece apenas nas relações entre um homem e uma mulher, mas entre parceiros do mesmo sexo. No entanto, essa questão tem sempre um caráter de gênero, isto é, está inserida nas relações desiguais, assimétricas, em que, a um dos pares, estão conferidos maior poder e autoridade, atribuições constituídas pela cultura – modo de viver em sociedade – como identidade masculina.

No que se refere à ocorrência do primeiro episódio de violência física, assim como na violência psicológica, a maior parte das mulheres (50%) sofreu a primeira agressão física nos primeiros cinco anos de casamento ou união estável. Um fato relevante é que 23,1% das mulheres foram agredidas fisicamente pela primeira vez depois de dez anos casadas.

A última ocorrência da agressão física entre a maior parte das mulheres (60,7%) se deu há mais de dez anos.

Eu tava grávida de oito meses e, num belo dia, me chegou uma pessoa e falou assim: “O seu marido entrou num motel com a fulana”. Aí eu falei: “Imagina, ele saiu pra trabalhar”. Aí ela disse: “Então vai lá ver”. E eu fui com a minha irmã. Aí chegamos lá e ficamos lá. E quando sai, sai aquela beleza. Aí, depois disso, foi só pancadaria. Eu perdi a criança, era uma menina. Depois da pancadaria, eu acho que eu caí. Precisei ir pro hospital e eu perdi a criança.

Tabela 16 - Freqüência da violência física na vida adulta, início, número de vezes, última ocorrência e agressor (a) - São Paulo, 2012

Variáveis	Fator	Total	N	%
Violência Física	Sim	91	33	36,3
Desde quando essa situação acontece	1. Desde que o conheceu/ Sempre/ A vida toda	26	4	15,4
	2. Nos primeiros 5 anos de casamento	26	13	50
	3. Entre 5 e 10 anos de casamento	26	3	11,5
	4. Depois de 10 anos de casamento	26	6	23,1
	Missing		7	-
Quantas vezes aconteceu	1 vez	32	5	15,7
	2 vezes	32	4	12,5
	3 vezes	32	2	6,2
	Várias vezes	32	20	62,5
	Não sabe	32	1	3,1
	Missing		1	-
Quando foi a última vez	1. De 1 ano até hoje	28	1	3,6
	2. De 1 a 5 anos	28	3	10,7
	3. De 5 a 10 anos	28	3	10,7
	4. Mais de 10 anos	28	17	60,7
	Não sabe	28	4	14,3
	Missing		5	-
Quem foi o(a) agressor(a)	Ex-marido	33	21	63,7
	Irmã	33	1	3
	Irmão	33	1	3
	Marido	33	7	21,2
	Pai/padastro	33	3	9,1

Nota: Os valores referentes ao total se referem às respondentes.

Dentre as principais características das mulheres que vivenciaram a violência física (**Tabela 17**), levando em consideração o local de residência, verificou-se que, assim como na violência psicológica, as mulheres são provenientes principalmente da RMSP (48,5%) e da zona oeste da cidade de São Paulo (39,4%). Das duas mulheres que residem na zona sul da capital, ambas tiveram experiência de violência física.

A faixa etária predominante foi de 45 a 49 anos, com 66,7%. Nenhuma mulher na faixa etária de 18 a 24 anos referiu ter sofrido violência física.

Assim como na violência psicológica, estatisticamente verificou-se relação entre cor da pele e ocorrência da violência física ($OR= 2,25/p=0,04$), indicando uma maior probabilidade de sofrer violência física por parte das mulheres que se autodenominam pretas. No entanto, diferentemente da

violência psicológica, na violência física, o fato de a mulher ser branca não está relacionado a menor chance de sofrer violência.

Quanto ao local de nascimento, novamente aparece entre os lugares mais frequentemente referidos pelas mulheres que vivenciaram violência a RMSP (51,5%) e a Região Nordeste (21,2%).

A idade da mulher ao casar se correlaciona inversamente com as chances de ser maltratadas fisicamente quando adulta. A razão de chance para cada ano a mais na idade da mulher ao casar é de 0.88 ($p=0.026$) de probabilidade de sofrer maus tratos, ou seja, a cada ano a probabilidade de maus tratos é menor. Observa-se, no gráfico abaixo, que as que se casam com mais de 30 anos têm menos de 20% de chance de sofrer maus tratos, segundo o modelo logístico. A cada ano a menos que a mulher tem ao se casar, sua chance de ser maltratada aumenta em 12%.

Embora este seja um dado conferido matematicamente, por meio do isolamento do fenômeno da violência e da associação com uma variável por vez, ele tem plausibilidade na literatura. Embora a violência de gênero seja um fenômeno que atravessa as gerações, não há respaldo científico para a existência de uma faixa etária em que as mulheres estejam mais vulneráveis à violência, a não ser, é claro, quando crianças, quando sofrem dupla subalternidade, por serem mulheres e por serem crianças (Minayo, 2006).

No entanto, há na literatura estudos que tratam da idade da primeira relação sexual da mulher. Quando ela se dá antes dos 14 anos, aumenta em quase três vezes o risco de a mulher sofrer violência praticada por parceiro íntimo (Vieira, Perdoná, Santos, 2011).

Figura 17 – Relação entre a idade da mulher ao casar e a ocorrência de violência física perpetrada por parceiro íntimo - São Paulo, 2012

Dentre as mulheres que referiram violência física, a maior parte tem ensino médio completo. Cerca de 60% das mulheres que tinham ensino médio incompleto sofreram essa natureza de violência. O fato de a mulher ter ensino superior completo esteve relacionado inversamente com a ocorrência de violência física, relação essa comprovada pela razão de chances 0,15 ($p=0,03$).

No entanto, há que se fazer uma ressalva em relação a essa evidência matemática: devido ao fato de a violência perpetrada por parceiro íntimo constituir um fenômeno estigmatizante, geralmente está relacionado a vergonha e culpa, existindo uma possibilidade muito grande de fatos relacionados a essa natureza de violência terem sido omitidos (Schraiber *et al.*, 2007).

Há que se levar em conta o fato de que, entre as entrevistadas, as mulheres com nível superior em geral ocupam cargo de chefia (as nutricionistas) e que, normalmente, esses cargos se relacionam com a não expressão da fragilidade. Esta seria conferida pela situação de violência que porventura sofrem. Assim, em razão do status que ocupam, para não ferir o

que Fonseca chama de “status conferido pelo poder”¹⁰, para a maior parte das nutricionistas a entrevista teve apenas para fins acadêmicos, não enxergando nela um momento propício de ajuda para o enfrentamento de seus problemas ou reflexão sobre eles. No caso das nutricionistas, estando em condição hierárquica superior às demais mulheres, passar por situações de violência pode ser mais embaraçoso que para as auxiliares de cozinha, por exemplo. Isto indica que provavelmente a situação de classe social tenha invisibilizado o fenômeno da violência entre essas mulheres.

No que se refere à religião professada pelas mulheres que tiveram experiência de violência física, 39,4% são católicas e 33,3% são evangélicas.

¹⁰ Aula proferida pela Prof^a. Dra. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca acerca da violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo em 23/02/2010.

Tabela 17 – Frequência de violência física segundo categorias de identificação das mulheres - São Paulo, 2012

Categoria	Sub-categoria	Número absoluto	Frequência (%)	Freq. por categoria (%)	Odds Ratio	P valor
Local	RMSP	16	48,5	34,8	0,88	0,39
	ZS	2	6,1	100	-	-
	ZN	2	6,1	18,2	0,35	0,09
	ZO	13	39,4	44,8	1,71	0,12
	ZL	0	0	0	-	-
	Total	33	100			
Faixa etária (anos)	18 a 24	0	0	0	-	-
	25 a 34	2	6,1	28,6	0,68	0,33
	35 a 44	7	21,2	25,9	0,51	0,09
	45 a 59	22	66,7	42,3	1,87	0,08
	60 e mais	2	6,1	50	1,80	0,28
Raça/etnia	Preto	13	39,4	50	2,25	0,04
	Pardo	6	18,2	24	0,45	0,06
	Branco	14	42,4	35,9	0,97	0,47
	Amarelo	0	0	0	-	-
Local de nascimento	RMSP	17	51,5	41,5	1,50	0,17
	Interior de SP	3	9,1	42,9	1,35	0,35
	Reg. Sudeste	5	15,2	45,5	1,54	0,25
	Reg. Sul	1	3	25	0,57	0,31
	Reg. Nordeste	7	21,2	26,9	0,55	0,12
	Reg. Norte	0	0	0	-	-
	Reg. Centro-oeste	0	0	0	-	-
Escolaridade	Fund. Inc.	5	15,2	45,5	1,54	0,25
	Fund. comp.	3	9,1	37,5	1,06	0,46
	Medio inc.	5	15,2	55,6	2,41	0,10
		16	48	34,8	0,87	0,38
	Médio comp..					
	Superior inc.	2	6,1	50	1,80	0,28
		1	3	9,1	0,15	0,03
	Superior comp..					
Religião	pós-graduação	1	3	50	1,78	0,34
	Católica	13	39,4	28,3	0,49	0,05
	Evangélica	11	33,3	37,9	1,11	0,41
	Espírita	2	6,1	66,7	3,67	0,15
	Outras	1	3,0	100	-	-
	Não tem religião	6	18,2	50	1,92	0,15

No que se refere ao momento reprodutivo das mulheres que vivenciaram violência física (**Tabela 18**), verificou-se que a maior parte delas tem residência própria (66,7%). Um dado bastante revelador é que metade das mulheres que tem sua residência própria em terreno não próprio ou ainda invadido ou ocupado sofreu violência física. Esse dado parece indicar que a

vulnerabilidade social favorece a vulnerabilidade para violência física, principalmente aquela cometida por parceiro íntimo.

Mais uma vez, lançando mão da estatística, foi observado que houve associação entre o fato de as mulheres estarem expostas à violência nos lugares onde moram e sofrerem violência física ($OR=2,48/p=0,021$), assim como está inversamente relacionado o fato de as mulheres não enxergarem a violência como risco no local onde moram e a ocorrência de violência ($OR=0,40/p=0,021$).

A teoria da determinação social do processo saúde-doença é potente para iluminar este fenômeno, uma vez que se entende que o lugar onde essas mulheres vivem e trabalham, a forma como elas se inserem na sociedade em seus momentos produtivos e reprodutivos acaba por determinar o seu processo saúde-doença.

Tal como foi verificado na violência psicológica, na violência física a prática de atividades de lazer foi evidenciada como valor, ou seja, força benéfica frente à ocorrência de violência física. Já o fato de as mulheres não terem qualquer atividade de lazer manifesta-se como contravalor, ou seja, age como força destrutiva em suas vidas (Fonseca, Egry, 2010).

Tabela 18 – Frequência de violência física segundo categorias do modo de reprodução das mulheres - São Paulo, 2012

Categoria	Sub-categoria	Númerc absolutu	Frequência (%)	Freq. por categoria (%)	Odds Ratio	P valor
Propriedade da residência	Própria em terreno próprio	22	66,7	34,9	0,83	0,344
	Própria em terreno não próprio	1	3,0	50	1,78	0,34
	Cedida	4	12,1	33,3	0,86	0,41
	Invadida/ocupada	2	6,1	50	0,81	0,28
	Alugada	4	12,1	40	1,19	0,40
Risco de violência	Sim	21	63,6	46,7	2,48	0,021
	Não	12	36,4	26,1	0,40	0,021
Participação em grupo, associação, partido político	Não	25	75,8	33,8	0,57	0,15
	Ligado ao trabalho	6	18,2	66,7	4,07	0,03
	Ligado ao trabalho e outro	1	3	100	-	-
	Ligado a partido político	1	3	100	-	-
	Ligado a outro	0	0	0	-	-
Lazer	Esporte	7	21,2	29,2	0,65	0,20
	Leitura	5	15,2	20,8	0,366	0,036
	TV/vídeo	9	27,3	25,7	0,46	0,05
	Teatro	3	9,1	27,3	0,62	0,25
	Cinema	7	21,2	25	0,47	0,07
	Visita a parentes	8	24,2	23,5	0,39	0,03
	Passeios	15	45,5	30	0,54	0,08
	Outras atividades	7	21,2	58,3	2,85	0,048
	Nenhuma	10	30,3	55,6	2,72	0,031

Das mulheres que tiveram experiência de violência física, 84,4% chefiavam suas famílias, 15,6% atribuíram a chefia familiar ao cônjuge e nenhuma mulher que atribuiu a chefia da família a outros familiares teve experiência de violência física (**Figura 18**). Ao cruzar as variáveis chefia de família e violência física na vida adulta, observou-se que houve relação estatística entre o fato de a mulher ser chefe de família e sofrer violência física, relação esta expressa por meio da razão de chances em 2,98 ($p=0,02$)

Ele [o parceiro] tira uns R\$ 600,00. Disso ele destina muito pouco pra família. Ele usa mais pra ele mesmo. Eu deixo pra ele mesmo. Pra não dizer que ele não gasta nada, ele gasta uns R\$100,00, porque ele pega o gás e ajuda também no automóvel, que é o carro que ele utiliza muito.

Schraiber *et al.* (2005) faz referência ao fato de que muitas mudanças sociais vêm acontecendo no mundo atual. Algumas formas de sustentação da autoridade na família, como o caso da renda, da escolaridade e ocupações de prestígio social, a que tradicionalmente o homem tinha mais acesso, atualmente têm sido mais acessíveis às mulheres. Nesse caso, pode ocorrer violência como uma forma de o homem restaurar antigas posições nas relações interpessoais.

Figura 18 – Relação entre a chefia da família e a ocorrência de violência física contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo - São Paulo, 2012

Verificou-se também que existe relação entre o uso de álcool pelo parceiro e a ocorrência de violência física na fase adulta. Com base na razão de chances, quantificou-se essa relação ($OR=5,74/p=0.004$). Verificou-se tratar de uma correlação direta, isto é, o uso de álcool pelo parceiro aumenta as chances de ocorrência de violência, pois a mulher que possui parceiro usuário de álcool, em qualquer quantidade, tem 574% mais chances de ter problemas de violência do que a mulher com parceiro não usuário (**Figura 19**).

Esse dado tem respaldo na literatura. Diversos estudos tratam da relação entre o uso abusivo de álcool pelo parceiro e a ocorrência de violência. O estudo de Vieira, Perdoná e Santos (2011) concluiu que a chance de sofrer violência foi maior para mulheres com parceiro usuário de álcool com grande frequência e que usava ou já havia usado drogas. O risco de violência perpetrada por parceiro íntimo aumentou em 59% com o uso frequente de álcool e em quase seis vezes com o uso de drogas pelo parceiro.

Outro estudo (Gardoni-Costa, Zucatti, Dell’Aglío, 2011) realizou um levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia da mulher em um município da região metropolitana de Porto Alegre, tendo verificado que, entre os agressores, 59,3% eram usuários de álcool e/ou outras drogas, sendo que 123 deles (59,1%) perpetraram violência física e 183 (88%) violência psicológica.

Em outro estudo (Oliveira, 2011), foram entrevistadas mulheres de um serviço de saúde que tiveram experiência de violência perpetrada por parceiro íntimo. Verificou que a dependência de álcool e de outras drogas marcou significativamente os depoimentos, revelando o uso abusivo tanto por parte das mulheres agredidas como dos agressores.

As falas das mulheres entrevistadas no presente estudo revelam esta relação:

Ele é uma pessoa boa, mas de uns tempos pra cá ele ficava no bar. Eu tentei ajudar ele muito. Chegava e só queria saber de jogar. Pegava o meu dinheiro, deixava de comprar as coisas, e ele ia e gastava. E descobri que ele estava mentindo muito pra mim.

Aí juntava ele com as drogas e eu com a cerveja. Aí a briga tava feita, a confusão tava feita. Eu tomava, tomava bastante cerveja. Eu acho que tudo que acontecia comigo eu descontava na cerveja, mas no fim não resolvia nada porque no outro dia você tinha que trabalhar, tinha que fazer as suas coisas.

Figura 19 – Relação entre o uso de álcool pelo parceiro e a violência física contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo - São Paulo, 2012

No momento produtivo, verificou-se que as mulheres que referiram violência física, estavam alocadas principalmente nos restaurantes Central (39,4%) e dos Docentes (21,2%). No entanto, ao avaliar a frequência de violência física por restaurante, verificou-se que 75% das mulheres que trabalham no Restaurante da Faculdade de Saúde Pública e 62,5% das que trabalham no Restaurante da Física declararam sofrer ou ter sofrido violência física.

Em se tratando da função laboral, verificou-se que as auxiliares de cozinha apresentaram maior frequência de violência (63,6%), não apenas por representarem o maior número de trabalhadores dos restaurantes, mas também porque a maior parte dessas mulheres viu a entrevista como um momento de cuidado. Muitas disseram ter sido ali a primeira vez que falaram a respeito da violência que sofreram. É fato que a violência é um fenômeno estigmatizante que atravessa as classes sociais, etnias e gerações, desencadeando, portanto, vergonha e culpa para as mulheres ricas e pobres, brancas e pretas, jovens e idosas. No entanto, a situação de vida e de exposição aos agravos e aos problemas do dia a dia já é rotineira na vida das

mulheres mais pobres, pois são elas que têm a casa inundada, o filho morto por um traficante e outras mazelas relacionadas às desigualdades sociais.

As outras também sofrem violência, Porém seus filhos estudam em melhores escolas, elas têm maior quantidade de bens duráveis, os companheiros ocupam altos cargos no mundo do trabalho. Tais elementos podem dificultar que essas mulheres falem de seus problemas íntimos e da vida privada, pois tudo o que cerca essas famílias, em termos de condições de vida, vai de encontro do modelo de família perfeita reproduzido por nossa sociedade, e elas se recusam a mostrar as contradições que vivenciam¹¹.

Tabela 19 – Frequência de violência física segundo categorias do modo de produção das mulheres - São Paulo, 2012

Categoria	Sub-categoria	Número absoluto	Frequência (%)	Freq. por categoria (%)	Odds Ratio	P valor
Restaurante Universitário em que trabalha	Rest. Central	13	39,4	24,1	0,27	0,002
	Rest. Docentes	7	21,2	36,6	3,63	0,027
	Rest. Física	5	15,2	62,5	3,27	0,06
	Rest. Cocesp	2	6,1	50	1,80	0,28
	Rest. Enfermagem	1	3	25	0,57	0,32
	Rest. FSP	3	9,1	75	5,70	0,07
	Rest. Direito	2	6,1	50	1,80	0,28
	Rest. Each	0	0	0	-	-
Função	Aux. de cozinha	21	63,6	40,4	1,52	0,17
	Cozinheiro	3	9,1	25	0,54	0,19
	Tec. Nutrição	0	0	0	-	-
	Nutricionista	1	3	14,3	0,27	0,12
	Aux. Adm.	5	15,2	62,5	3,27	0,06
	Aux. de Caixa	3	9,1	60	2,80	0,14
	Almoxarife	0	0	0	-	-

¹¹ Aula proferida pela Prof^a. Dra. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca acerca da violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo em 23/02/2010.

Algo que teve presença marcada nos discursos das mulheres que sofreram violência física foi o constrangimento de ir ao trabalho manifestando no corpo as marcas da violência, que muitas vezes não conseguiam ocultar por estarem em uma parte do corpo que não dava para encobrir ou que as limitava na execução de suas atividades laborais.

Nas duas falas a seguir, percebe-se que as mulheres não veem seu ambiente de trabalho como um local adequado para partilhar seus problemas, ainda quando elas trazem sequelas que as incapacita para a execução das atividades laborais. Isso talvez aconteça porque o motivo desencadeante das limitações era algo da vida privada, que não dizia respeito a mais ninguém de fora dessa esfera. No entanto, o mesmo não ocorria quando elas tinham qualquer lesão decorrente da atividade laboral, como dores nos braços ou coluna. Nestes casos, imediatamente a chefia era comunicada e determinava o afastamento imediato das atividades.

[As chefes] percebiam, percebiam, sim, só que elas eram muito discretas, vamos dizer assim. Não se intrometiam na vida particular. O importante era você no trabalho, a sua vida lá dentro. Elas percebiam, sim, porque ficavam marcas, tinha dia que eu vinha com os olhos roxos. Outra vez eu levei uns pontos na cabeça. Então, não tinha como não perceber.

Tinha dia eu chegava aqui que eu já tinha brigado a noite inteira. Então eu não aguentava pegar um copo. Você já imaginou uma cozinheira que tem que enfrentar uns panelões desses e toda quebrada. E o que eles tinham a ver com isso? Nada, e eu não tinha que chegar e falar: “Gente eu não tô aguentando, porque eu apanhei”. O que eles iam falar pra mim? As meninas, as minhas colegas mais chegadas sabiam, mas assim de chegar e sentar com chefe e falar: “Olha, eu briguei a noite inteira com o meu marido e não tô aguentando fazer a comida”, não, isso não.

6.4.3 Violência Sexual

Segundo o Protocolo de Atenção a Mulher em Situação de Violência (Curitiba, 2008, p. 10), a violência sexual contra a mulher é

Qualquer conduta que a constranja a presenciar, manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

De acordo com a **Tabela 20**, pode-se observar que, em comparação com as outros dois tipos de violência contra a mulher, a violência sexual foi a que apresentou a menor frequência (28,6%).

O agressor foi o parceiro íntimo em 92,3% das vezes, seguido de familiares do sexo masculino (7,7%).

Assim como as demais violências, sua primeira ocorrência foi mais comum nos primeiros cinco anos de casamento (59,7%), foram eventos repetitivos (73,1%) e a última ocorrência se deu mais de 10 anos antes da entrevista.

Perdi a conta de quantas vezes... Muitas vezes [ter relação sexual contra a sua vontade].

Algumas mulheres fazem referência a atos sexuais que, embora não tenham se realizado por meio do emprego da força física, foram realizados sem o seu consentimento, sem a manifestação da sua vontade. Nesses casos, as mulheres referem pragmaticamente terem sido utilizadas como meros objetos sexuais de seus parceiros.

Ele fazia sexo comigo. Eu dormindo e eu sabia que ele tinha feito sexo comigo porque ele me deixava sem calcinha, [aconteceu várias vezes] porque eu chegava tão cansada. Sabe quando você tá morta de cansada, assim? Falando ninguém acredita, mas aconteceu isso comigo, eu não via nada.

Outra entrevistada foi levada pelo parceiro a admitir que a falta de desejo sexual por ele era uma doença passível de cura por meio do uso de medicamentos. Isto reflete a ideologia machista de que a norma geral é a mulher sempre estar disposta a atender os desejos sexuais do marido. Quando isso não acontece, a anormalidade está posta e deve ser corrigida o quanto antes.

Eu não sinto mais nada por ele, só repugnância. Finjo que estou dormindo quando ele chega em casa para ver se ele não me procura, mas não tem jeito, ele vem. Tive que passar com um psiquiatra. Ele me levou, porque disse que não pode ser normal alguém não ter vontade de fazer sexo. Aí o médico me mandou tomar um remédio lá que pra mim não tá fazendo efeito, mas o pior é que toda a noite ele vem e fica me enchendo o saco, perguntando se eu estou tomando o remédio, que eu tenho que acreditar que o remédio funciona. Mas acho que o meu remédio seria me separar dele, porque eu tenho desejo sexual por outros homens. O problema não é meu, é dele.

A violência sexual também foi referida por uma das mulheres não contra si, mas contra sua filha de apenas dez anos de idade, praticada por seu parceiro, padrasto da menina. Diante disso, ela rapidamente se separou dele e o denunciou. Segundo ela, ele respondeu ao processo e, por faltas de provas contra ele, foi inocentado. Vale salientar que essa mesma mulher, durante sua adolescência, foi estuprada e optou por não denunciar o agressor com quem ainda hoje tem contato.

A gente vivia muito bem, e ele bebia bastante. Aí ele tentou violentar a minha filha. Aí eu separei dele, só isso. Abusar sexualmente da minha filha. Aí eu separei dele, pronto. Ela não é filha dele, aí eu me separei dele, porque não dá pra você viver com um homem que tenta abusar da sua filha sexualmente. Minha filha tinha 10 anos. Ela contou que o tio dela queria fazer com ela. Ela contou pro meu filho e meu filho me contou. E ele falou: "Leva ela no médico, e o médico vai te falar que eu não mexi com ela". Mas ele se drogava, e tava pegando ele usando droga. Um drogado, mesmo quando ele tinha

relação sexual comigo, no outro dia ele não lembrava que tinha tido. Então um drogado, na hora que passa alucinação na cabeça, não vai saber o que tava fazendo.

Muitas mulheres associam a ocorrência da violência ao uso de substâncias psicoativas por parte dos parceiros, utilizando muitas vezes esse argumento como uma forma de amenizar os atos praticados por eles.

Aconteceu depois de uns dois anos, quando ele começou a se drogar. Mas não era sempre, foi uma única vez. Foi assim, eu quero e pronto. Pegou e fez, mesmo me beijando e me abraçando eu tive que fazer pra ver se parava de me encher o saco. Não que eu quisesse.

Tabela 20 - Frequência da violência sexual na vida adulta, início, número de vezes, última ocorrência e agressor (a) - São Paulo, 2012

Variáveis	Fator	Total	N	%
Violência Sexual	Sim	91	26	28,6
Desde quando essa situação acontece	1. Desde que o conheceu/ Sempre/ A vida toda	19	3	15,8
	2. Nos primeiros 5 anos de casamento	19	11	57,9
	3. Entre 5 e 10 anos de casamento	19	3	15,8
	4. Depois de 10 anos de casamento	19	2	10,5
	Missing		7	-
Quantas vezes aconteceu	1 vez	26	5	19,3
	2 vezes	26	1	3,8
	3 vezes	26	1	3,8
	Várias vezes	26	19	73,1
Quando foi a última vez	1. De uma ano até hoje	19	2	10,6
	2. De 1 a 5 anos	19	2	10,5
	4. Mais de 10 anos	19	8	42,1
	Não sabe	19	7	36,8
	Missing		7	-
Quem foi o(a) agressor(a)	Ex-marido	26	14	53,9
	Marido	26	9	34,6
	Namorado	26	1	3,8
	Primo	26	2	7,7

Nota: Os valores referentes ao total se referem às respondentes.

As principais características das mulheres que vivenciaram a violência sexual (**Tabela 21**) apresentaram semelhança com os outros dois tipos de violência. A maior parte era procedente da RMSP (61,5%) e da zona oeste de São Paulo. Vale salientar que, das mulheres que moram na zona sul e leste de São Paulo, nenhuma relatou ter sofrido violência sexual.

A faixa etária das mulheres mais acometidas foi de 45 a 59 anos. No entanto, quando ocorreu violência sexual nas diferentes faixas etárias, verificou-se que 75% das mulheres com 60 anos ou mais tinham sofrido esse tipo de violência. Por meio de associações estatísticas, foi constatada relação entre a faixa etária de 60 anos ou mais com a ocorrência de violência sexual, relação essa expressa por meio da razão de chances em 8,34 ($p=0,03$).

Provavelmente esse achado se deve ao fato de as mulheres com 60 ou mais terem vivido sobre a égide de uma sociedade ainda mais machista que a de hoje, em que a mulher era entregue ao homem como um objeto que, a partir do casamento, pertenceria a ele. Assim, deveria sempre se submeter às vontades do marido, inclusive, e sobretudo, as sexuais.

Eu casei com ele eu tinha 12 anos, nem entendia nada, menina. Ele era amigo do meu pai e, na época, tinha 36 anos. Você imagina o que era isso? Eu era uma criança quando me casei com ele, e foi de papel passado e tudo. Eu não entendia nada, nem sabia o que era o sexo. Eu tinha um nojo quando ele me pegava. Nossa, só de lembrar me dá arrepio. Passou pouco tempo, eu tava grávida, e ele disse que vinha pra São Paulo pra trabalhar e me deixou lá [Ceará]. Eu acabei perdendo o menino. Até hoje não sei o porquê, e ele [o parceiro] nunca mais voltou.

Já a associação entre a faixa etária de 35 a 44 anos se deu inversamente à ocorrência de violência sexual ($OR=0,33/p=0,03$), revelando o contrário do exposto anteriormente.

Assim como nas demais naturezas da violência, foi evidenciada a relação entre a cor preta declarada pela mulher e a ocorrência de violência sexual ($OR=4,00/p=0,002$). As mulheres que se autodenominaram da cor branca, segundo a razão de chances, teriam menor chance de sofrer violência ($OR=0,37/p=0,02$) que as demais mulheres.

O local de nascimento referido pela maior parte das mulheres que sofreram violência sexual foi a RMSP (53,8%). Quando se tomou como referência o local de nascimento, constatou-se que, das mulheres que nasceram no interior de São Paulo, 42,9% sofreram violência sexual.

A escolaridade referida em maior percentagem foi o ensino médio completo. No entanto, considerando-se o nível de escolaridade, 37,5% das mulheres que tinham ensino fundamental completo referiram ao menos um episódio de violência sexual.

A religião mais frequentemente declarada por essas mulheres foi o catolicismo (69,2%). Ao olhar a incidência de violência sexual a partir da religião das mulheres, constatou-se que a violência sexual se deu de maneira mais frequente entre as mulheres que disseram não ter religião (40%).

Tabela 21 – **Frequência de violência sexual segundo categorias de identificação das mulheres - São Paulo, 2012**

Categoria	Sub-categoria	Número absoluto	Frequência (%)	Freq. por categoria (%)	Odds Ratio	P valor
Local	RMSP	16	61,5	34,8	1,86	0,09
	ZS	0	0,0	0	-	-
	ZN	1	3,8	9,1	0,22	0,08
	ZO	9	34,6	31	1,19	0,36
	ZL	0	0,0	0	-	-
	Total	26	100	-	-	-
Faixa etária (anos)	18 a 24	0	0,0	0,	-	-
	25 a 34	2	7,7	28,6	1	0,50
	35 a 44	4	15,4	14,8	0,33	0,03
	45 a 59	17	65,4	32,7	1,61	0,15
	60 e mais	3	11,5	75	8,34	0,03
Raça/etnia	Preto	13	50	50	4,00	0,002
	Pardo	6	23,1	24	0,72	0,27
	Branco	7	26,9	17,9	0,37	0,02
	Amarelo	0	0	0	0	-
Local de nascimento	RMSP	14	53,8	34,1	1,64	0,14
	Interior de SP	3	11,5	42,9	1,98	0,19
	Reg. Sudeste	2	7,7	18,2	0,51	0,21
	Reg. Sul	1	3,8	25,0	0,82	0,43
	Reg. Nordeste	6	23,1	23,1	0,67	0,23
	Reg. Norte	0	0	0		
	Reg. Centro-oeste	0	0	0	0	
Escolaridade	Fund. Inc.	2	7,7	18,2	0,51	0,21
	Fund. comp.	3	11,5	37,5	1,56	0,28
	Medio inc.	1	3,8	11,1	0,28	0,12
	Médio comp.	16	61,5	34,8	1,86	0,09
	Superior inc.	1	3,8	25	0,82	0,43
	Superior comp.	3	11,5	27,3	0,92	0,46
	pós-graduação	0	0	0	0	-
Religião	Católica	18	69,2	28,1	0,92	0,44
	Evangélica	6	23,1	30	1,09	0,43
	Espírita	0	0	0	0	-
	Outras	0	0	0	0	-
	Não tem religião	2	7,7	40,0	1,72	0,28

No momento reprodutivo (**Tabela 22**), as mulheres que disseram ter sofrido ou sofrer violência sexual em geral têm casa própria (53,8%), verificando-se inclusive uma relação inversamente proporcional com a ocorrência de violência sexual (OR=0,38/p=0,02).

Das mulheres que referiram ter vivenciado a experiência de violência sexual, 61,5% disseram se sentirem expostas ao risco de violência no bairro onde moram.

Assim como na violência psicológica e física, a prática de atividade de lazer esteve inversamente relacionada à ocorrência de violência sexual, desde assistir TV ($OR=0,28/p=0,01$) a realizar passeios pela cidade ($OR=0,31/p=0,008$). No entanto, embora a ferramenta estatística apresente um dado que reflete a quantidade, faz-se necessária a informação da qualidade a que se referem. Por exemplo, assistir TV, pois, dependendo dos programas assistidos, eles podem exercer muito mais um potencial alienante do que empoderador no que tange ao enfrentamento e superação da situação de violência. Novamente, a ausência de prática de lazer se manifestou correlacionada à ocorrência de violência ($OR=4,45/p=0,003$).

Tabela 22 – **Frequência de violência sexual segundo categorias do modo de reprodução das mulheres - São Paulo, 2012**

Categoria	Subcategoria	Número absoluto	Freq. (%)	Freq. por categoria (%)	Odds Ratio	P valor
Propriedade da residência	Própria em terreno próprio	14	53,8	22,2	0,38	0,02
	Própria em terreno não próprio	1	3,8	50	2,56	0,25
	Cedida	4	15,4	33,3	1,29	0,34
	Invadida/ocupada	2	7,7	50	2,62	0,17
	Alugada	5	19,2	50	2,85	0,06
Risco de violência	Sim	16	61,5	35,6	1,98	0,07
	Não	10	38,5	21,7	0,50	0,07
Participação em grupo, associação, partido político	Não	21	80,8	28,4	0,95	0,46
	Ligado ao trabalho	3	11,5	33,3	1,28	0,36
	Ligado ao trabalho e outro	1	3,8	100	-	-
	Ligado a partido político	0	0	0	-	-
	Ligado a outro	1	3,8	16,7	0,48	0,25
Lazer	Esporte	4	15,4	16,7	0,41	0,07
	Leitura	5	19,2	20,8	0,57	0,16
	TV/vídeo	5	19,2	14,3	0,28	0,01
	Teatro	3	11,5	27,3	0,93	0,46
	Cinema	5	19,2	17,9	0,43	0,07
	Visita a parentes	8	30,8	23,5	0,67	0,20
	Passeios	9	34,6	18	0,31	0,008
	Outras atividades	4	15,4	33,3	1,30	0,35
	Nenhuma	10	38,5	55,6	4,45	0,003

Em se tratando do momento produtivo, as mulheres que tiveram experiência de violência sexual em sua maioria estão alocadas no Restaurante Central (57,7%). Um dado bastante alarmante foi que, entre as trabalhadoras dos restaurantes da Cocesp e da Faculdade de Saúde Pública, a metade sofreu ou sofre violência sexual.

Segundo a função laboral, as auxiliares de cozinha representaram a maioria das que tiveram tal experiência (61,5%). No entanto, ao se analisar a frequência de violência sexual por atividade laboral, verificou-se que, entre as

auxiliares de caixa, 60% já sofreram esse tipo de violência, seguido das mulheres almoxarifes, com 50% de frequência.

Tabela 23 – Frequência de violência sexual segundo categorias do modo de produção das mulheres - São Paulo, 2012

Categoria	Subcategoria	Número absoluto	Frequência (%)	Freq. por categoria (%)	Odds Ratio	P valor
Restaurante Universitário em que trabalha	Rest. Central	15	57,7	27,8	0,90	0,41
	Rest. Docentes	4	15,4	36,4	1,50	0,27
	Rest. Física	2	7,7	25	0,81	0,40
	Rest. Cocesp	2	7,7	50	2,62	0,17
	Rest. Enfermagem	1	3,8	25	0,82	0,43
	Rest. FSP	2	7,7	50	2,62	0,17
	Rest. Direito	0	0	0	0	-
	Rest. Each	0	0	0	0	-
Função	Aux. de cozinha	16	61,5	30,8	1,28	0,29
	Cozinheiro	4	15,4	33,3	1,29	0,34
	Tec. Nutrição	0	0	0	0	-
	Nutricionista	0	0	0	0	-
	Aux. Adm.	2	7,7	25	0,81	0,40
	Aux. de Caixa	3	11,5	60	4,10	0,06
	Almoxarife	1	3,8	50	2,56	0,25

6.4.4 A reprodução da violência - *também bate quem apanha*

Os dados empíricos deste estudo permitiram observar que a mulher que vivencia ou vivenciou violência perpetrada por parceiro íntimo, seja qual for o tipo desse abuso, são reprodutoras da violência.

A violência se reproduz principalmente tendo como alvo os seus filhos. Como aponta Minayo (2006, p. 88), “as crianças são as maiores vítimas, pois a raiva, os ressentimentos, as impaciências e emoções negativas dos outros membros as atingem como se elas fossem válvulas de escape”, e isso

se deve ao fato de serem frágeis tanto fisicamente como em sua personalidade, o que as torna alvos fáceis do poder dos adultos.

As falas a seguir demonstram o fato:

Muitas vezes eu não conseguia me segurar. Era tanto grito, tanto xingamento que, quando eu via, eu tava gritando com o meu menino. E o pior é que ele não tinha culpa de nada [a entrevistada disse essas palavras chorando].

Teve um dia que eu cheguei em casa, e o meu marido começou a falar um monte de bobagem. Nessa hora o meu menino mais novo jogou a bola na estante da sala e quebrou um vaso velho que eu tinha lá. Aí eu bati tanto nele, com a mão mesmo, que depois disso tudo aqui ficou dolorido [o braço]. Aí, depois, quando eu vi ele todo marcado, meu coração doeu tanto. Não precisava de tudo aquilo, era um vaso velho. Mas, você imagina, eu cansada do trabalho e ainda chegar em casa, o outro buzinando na minha orelha, aí dá no que dá.

Muitas mulheres, no entanto, não consideravam violência o ato de agredir seus filhos, assim como não consideravam terem sofrido violência quando foram agredidas por seus pais. Segundo sua concepção de mundo, a violência, embora não lhe dêem esse nome, era utilizada por seus pais e agora por elas como instrumento de educação dos filhos.

Ah, já nos filhos, sim, precisa ter hora, falando só não adianta. Se você não pega a cinta, aí não tem jeito, eles não obedecem

Já apanhei muito quando eu era criança, mas não culpo meu pai, não. Coitado, ele batia porque eu era terrível mesmo. Eu dava nó em pingo d'água. Nem sei o que eu tinha virado se não fosse meu pai ter me batido tanto. Eu tenho uma irmã mais nova que, como meus pais já estavam mais velhos quando ela nasceu, eles mimaram muito ela. Ela não apanhou deles e hoje eu vejo como fez falta uns tapas. Ela hoje é terrível, virou uma vagabunda.

Uma das mulheres legitima a agressão que pratica contra as filhas pelo fato de ser mãe, justificando-a por meio de um jargão: “Os pés da galinha

não machucam os pintos”. Isso não é verdade, dada a ocorrência de vários episódios de violência materna que podem resultar em problemas sérios para as crianças (Apostólico *et al.*, 2012)¹²

[Você já maltratou emocionalmente ou fisicamente alguém da sua família] Assim de bater, não, a não ser nos filhos. Porque tinha hora que tinha que dar uma surrinha. E ele [o marido], não; e acho que foi isso que me cativou, porque ele não era um pai violento. Eu brigava mais ele, mas nas meninas não, nunca encostou um dedo nas meninas. Eu batia, mas eu era a mãe. Como se diz: “Os pés da galinha não machuca os pintos”.

Embora os filhos tenham aparecido como alvo da violência das mulheres, o principal alvo foram os parceiros íntimos. Verificou-se que, das mulheres que vivenciaram a violência física, 82% delas reproduziu-a contra os seus parceiros.

...aí eu cheguei e ele cismou que eu não estava no trabalho. Aí ele veio me agredir. Tava bêbado e veio me agredir. Só que aí eu fui pra cima dele. Eu não aceito que homem nenhum ponha a mão em mim, porque a minha mãe apanhou muito. Vi a minha mãe apanhar muito. Então eu não aceito apanhar de homem. Dessa última vez eu quase matei ele. Eu ia matar ele. Eu só não matei ele não sei por que, mas eu peguei um litro de álcool e um isqueiro, e eu queria que ele viesse pra cima de mim, que eu ia por fogo nele. Mas ele não veio. Não sei se ele ficou com medo de mim. Eu pedia pra ele bater em mim, eu queria que ele me agredisse, que eu ia matar ele.

Nós brigava assim de porrada mesmo, mas eu nunca fui aquela mulher de apanhar e ficar chorando. O que tinha na minha mão eu mandava, o que tivesse por perto eu mandava. Ele tem umas marcas nos braços que eu queimei, porque eu tava passando roupa e ele enchendo o saco. Aí teve uma hora que eu peguei o ferro e mandei. Ia pegar na cara, mas ele fez assim e pegou no braço. E era assim, era desse jeito, nós brigava muito e feio mesmo.

¹² Apostólico MR, Nóbrega CR, Fonseca RMGS, Guedes RN, Egry EY. Violência contra a criança: características de uma realidade. Rev Latino Am Enferm. 2012 [aceito para publicação].

Além do ambiente doméstico, outro cenário privilegiado de reprodução da violência foi o ambiente de trabalho. Diversos foram os depoimentos de mulheres que reproduzem ou reproduziram a violência que receberam para seus colegas de trabalho, incluindo-se nestes as chefias.

[Você já maltratou emocionalmente ou fisicamente alguém da sua família] Em casa nem tanto, mas no trabalho, demais. Pergunta pra qualquer um aqui o que é trabalhar comigo. Eu sei que é dureza. Eu não sou uma pessoa fácil, eu sei disso. Mas, filha, eu nunca soube o que é ser amada, eu não sei ser uma pessoa carinhosa, eu não sei o que é amor, eu só sei ser assim, bruta. E é por isso que faço terapia, pra ver se eu melhora, se eu apago daqui [colocou a mão sobre a cabeça] tudo aquilo que aquele desgraçado fez comigo [se refere ao pai que, segundo ela, a maltratou desde o ventre até o altar, quando estava prestes a se casar].

...eu era grossa com qualquer um. Eu acho que era assim eu queria descontar o que eu passava no próximo que aparecia na minha frente e falasse um “a” pra mim. Eu já descarregava tudo, sendo que não tinha nada a ver com os problemas lá de casa.

Esse dado, além de demonstrar que a violência, para além de ser um fenômeno frequente e que é produzido e reproduzido em larga escala, traz em seu cerne um elemento protetor para vida das mulheres – a resiliência – que é definida por Munist *et al.* (1998) como a capacidade de ressaltar as potencialidades, assim como as características e recursos pessoais que favorecem o enfrentamento de situações adversas, saindo delas fortalecido. Embora a reprodução da violência nem de longe seja algo de que a mulher deva se vangloriar, no momento em que ela revida a violência, desprende-se do papel de vítima e oprimida e passa a ser sujeito de ação e transformação. Ela apanha, mas também bate. Há nesse revidar o reflexo de não conformidade, de luta, de indignação, indicando um campo fértil para o empoderamento, dado que este precisa estar presente para que haja os devidos enfrentamentos para a superação do problema.

A resiliência permeou os discursos de várias mulheres, como pode ser observado nas falas que se seguem:

Sabe, muita gente me pergunta: “Como que você consegue passar por tudo isso e ainda ficar com esse sorriso no rosto?” Eu acho que é uma escolha, fia, a gente pode ficar remoendo e ficar doente por causa disso ou a gente entrega pra Deus e fica em paz.

[violência física – quando foi a última vez] Eu não lembro, não mesmo. Eu prefiro esquecer essas coisas, só ficava sofrendo, lembrando delas. Esse meu passado tá morto e enterrado.

A dificuldade em ser resiliente também marcou alguns depoimentos como nota-se nas seguintes falas:

Ele me destruiu como mulher e como ser humano. Não consigo me relacionar com ninguém. Tenho asco de homens brancos até hoje, porque lembro do que ele fez comigo.

Eu não sei o que é amar, não consigo amar ninguém. Pergunta aqui para as pessoas que trabalham comigo, elas te falam como eu sou, eu só sei ser assim.

6.4.5 Enfrentamento da violência

No que se refere à procura de ajuda, verificou-se que das 66 mulheres que referiram ter sofrido pelo menos um tipo de violência, apenas 43 (65,2%) procuraram ajuda. Dentre as providências mais frequentes, estavam a ajuda familiar (46,5%) e da enfermeira de saúde mental que atuava na Coseas até 2010 (23,3%). O Ministério Público, Centros de Referência da Mulher e Instituto Médico Legal (IML) não foram citados.

Vale destacar que a ajuda familiar, na maior parte dos casos, se refere ao compartilhamento da dor e do sofrimento com algum membro da família que, a depender de seus valores e da forma de ver o mundo, aconselha a mulher a tomar determinadas providências de enfrentamento.

...sim, fui à psicóloga e procurei uma amiga, porque eu tenho muito contato com amiga. Que me ajudou a mudar de postura, ter mais paciência, conversar com ele. Não sei se ajudou, não, porque fiquei com muita dúvida. E depois dessa agressão aconteceu mais coisa, não agressão, mas aconteceram coisas que me atingiram muito. Foi uma vizinha, ele andou mexendo com uma vizinha, e eu fiquei a par disso e me chateou muito. Eu pus ele pra fora, mas infelizmente ele teve que voltar por causa do meu filho.

Outras vezes, o ambiente do trabalho representa, para muitas mulheres, um lugar de partilha dos problemas e sofrimentos, lugar onde são ouvidas pelas colegas de trabalho e onde também encontram colegas que passam por problemas semelhantes aos seus. Muitas mulheres colocam o ambiente de trabalho como refúgio de seus problemas:

Sempre comentei aqui no serviço. A família não, nunca gostei de envolver a família, porque, apesar dos pesares, eu sempre acabava me encontrando com ele. Aí, se envolvia a família, aí ia ficar mais complicado. Só a partir do momento que eu tomei a decisão de falar que não quero mais. De vez em quando eu até converso assim com a minha irmã, mas ela também não se envolve, a família não se envolve, não.

Em alguns casos, a denúncia do agressor é utilizada por algumas mulheres como instrumento de barganha: “Caso você não mude, eu te denuncio” ou “Eu te denuncio para você mudar”.

Eu já tinha dado parte dele. Eu já tinha ido na delegacia da mulher. A gente foi pro fórum. Aí tinha até um terreno, e eu queria vender, e o juiz deu a causa pra eu vender. Eu vendi. Nós chegamos a ir pro juiz e tudo. Aí, depois, graças a Deus ele melhorou, mas precisou passar por tudo isso.

A delegacia da mulher foi utilizada por uma parcela expressiva das mulheres em situação de violência (16,3%), apresentando-se como uma ferramenta potente para as mulheres reclamarem seus direitos.

Eu abri B.O. na delegacia da mulher, na 93ª. DP. Ele respondeu o processo em liberdade, fora de SP. Comprovou que não a molestou e

depois voltou, retornou e até aqui em SP. Eu, tipo assim, falei pra ele assim: “Você vive de boa na sua vida, e eu vivo na minha”. Perdoar, todo mundo tem direito de perdoar. Só é você tentar se levantar agora. Só que comigo não dá, seja feliz.

A procura por serviço de saúde ou ainda por ajuda de um profissional de saúde é vista por algumas mulheres como algo inapropriado, pois elas não vêem a violência como objeto de intervenção de um profissional de saúde. A violência é vista por elas como um problema exclusivo de suas relações, cabendo a elas unicamente intervir sobre ele:

Eu já passei com psiquiatra, mas não é a mesma coisa, e você fica até com vergonha de chegar e falar: “Aí, o meu marido me bateu; Aí, meu marido fez isso e aquilo” E ele vai te falar: “Ué, o que eu tenho a ver com isso? E porque você tá com ele, você que é sem vergonha”. Então, não é tudo que a gente falava, e até hoje eu acho que as pessoas que passam, não é tudo que se abre. Não, porque a pessoa eu acho que tem até vergonha. Eu procurei o psiquiatra porque ou eu me tratava ou eu ia enlouquecer. E eu não podia enlouquecer, porque eu tinha três filhos na minha responsabilidade, porque ele, quando tava nas drogas, ele saía hoje e ficava semanas na rua, e eu tinha que dar de comer pras meninas, tinha que comprar os cadernos, as coisas pras meninas. Era um marido que eu não podia contar com ele. Eu tinha marido pra dizer: “Eu tenho marido, porque quando ele tava virado ele saía e depois de uma semana que ele ia voltar.

Na **Figura 20** pode-se observar as fontes de ajuda mais procuradas.

Nota: Enf, SM: enfermeira de saúde mental; Amig.: amigo(a); DDM: Delegacia Especializada da Mulher; Deleg.: outras delegacias; Psic.: psicólogo; Desc.: desconhecido; MP: Ministério Público; CRM: Centro de Referência da Mulher. IML: Instituto Médico Legal.

Figura 20 – Ajuda procurada após a experiência de violência - São Paulo, 2012

A enfermeira de saúde mental da Coseas foi mencionada como ajuda após experiência de violência em 23,3% das vezes. Tratava-se de uma profissional especialista em saúde mental, uma das idealizadoras do projeto Ombro Amigo, que acolhia alunos moradores do CRUSP e trabalhadores da Coseas que estavam em sofrimento mental ou psicológico. Essa enfermeira era terapeuta floral e usava esse tipo de terapia também para intervir sobre as necessidades dos usuários, nos casos indicados, além de realizar escuta qualificada e discussão de alternativas para o enfrentamento do problema e o encaminhamento para outros recursos. O projeto foi interrompido no final de 2010, por motivos relacionados à Universidade e por interrupção do trabalho da enfermeira.

O trabalho remunerado e a estabilidade conferiram a muitas mulheres a autonomia financeira de que precisavam para soltarem as amarras de relações violentas que estabeleciam com seus parceiros. Este dado pode ser observado por meio do percentual das mulheres que tiveram experiência de violência e são atualmente separadas (78,2%). Destas, 31,3% casaram-se

novamente. Este dado sozinho reflete apenas que grande parte das mulheres conseguiu tomar um posicionamento bastante difícil e que requer que a mulher em situação de violência esteja empoderada o suficiente para decidir-se pela separação. No entanto, nos discurso das mulheres é que se revelam os potenciais de fortalecimento dos quais elas se valeram para tomar tal postura.

Enquanto eu tava sem trabalhar, não tinha o que fazer, eu ia sair de casa com três crianças pequenas, sem ter onde cair morta? Eu não. Se fosse só eu, não pensava duas vezes, mas tinha meus filhos, eu não podia fazer isso. E uma coisa eu te digo: ele foi um péssimo marido, mas era um ótimo pai, não deixava faltar nada para as crianças. Nada mesmo. Aí quando eu comecei a trabalhar aqui na USP, fui guardando um dinheirinho, pra fazer um pé de meia. E quando eu tinha o dinheiro do depósito da casa, saí sem nem avisar pra onde ia. Catei meus filhos e aluguei uma casinha aqui no Rio Pequeno. Depois ele ficou sabendo onde eu tava, tentou fazer eu voltar à força, mas eu não voltei.

Ele tem muito dinheiro e é um homem muito importante na sociedade e achou que eu ficaria com ele por causa disso, achou que eu não teria coragem de abandonar a mordomia que ele me dava. E eu consegui, com o meu trabalho dei conta de seguir a minha vida. Na minha casa não falta nada nem pra mim e nem para as minhas filhas, e até hoje ele não se conforma com isso.

Uma das entrevistadas associa o fato ter começado a trabalhar registrada à mudança da forma como ela se enxergava no mundo, passando a perceber que era um “ser humano”. Isso significa dizer que passou a ser sujeito da sua vida, passou a ter dignidade:

Quando a gente casou, eu não trabalhava fora. Fora assim eu quero dizer é trabalhar registrada. A gente trabalhava, sim, lavando roupa pra uma pessoa, colhendo café, lá me Minas. Quando eu comecei a trabalhar registrada, comecei a perceber que eu não era empregada. Começou já a mudar quando a gente começa a ver a vida de outra maneira. A mulher não é empregada. A partir da hora que eu passei a perceber que eu não era empregada, que eu era um ser humano como outra pessoa, aí começou tudo e daí pra cá foi só pancadaria.

Tais falas evidenciam o papel emancipador que o trabalho remunerado e estável desempenhou na vida dessas mulheres, proporcionando-lhes a autonomia financeira que em muitos casos desvelou a dignidade para algumas mulheres que sequer se reconheciam como seres humanos.

Conforme observado nos discursos das mulheres, a resiliência é um fenômeno presente em muitas delas, podendo ser utilizada como no processo de promoção à saúde.

A resiliência, enquanto processo que favorece o enfrentamento das adversidades, pode ser foco de intervenção em saúde na medida em que se estabelecem estratégias que promovam essa habilidade nas diferentes dimensões.

Chiesa (2005) apresenta condições facilitadoras para a promoção da resiliência nas diferentes dimensões:

- Na dimensão singular – relacionadas a indivíduos e famílias – está a coesão familiar, bom relacionamento entre pais e filhos, em que haja afeto, reciprocidade e equilíbrio de poder.
- Na dimensão particular – referente à inserção das famílias na sociedade, onde se reproduzem – a autora menciona a importância da presença e atuação das instituições que compõem a rede social de apoio.
- Na dimensão estrutural se inserem as ações de promoção de resiliência, que se fariam no âmbito das políticas públicas que promoveriam a construção de ambientes mais saudáveis.

A resiliência se apresenta como um campo profícuo de intervenção na saúde dessas mulheres, para propiciar os devidos enfrentamentos para a superação da violência.

6.5.6 Problemas de saúde decorrentes da violência

No que se refere aos problemas de saúde decorrentes da violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo, Schraiber (2002) afirma que as repercussões são as mais diversas e que elas comprometem sobremaneira a qualidade de vida das mulheres.

Das mulheres que sofreram violência, (66), 59,1% disseram ter algum problema de saúde decorrente da situação vivenciada.

Verifica-se que a maior parte dos problemas citados tem alguma relação com a saúde mental, desde transtornos recorrentes, como a depressão (71,8%) até a somatização de alguns problemas, tais como taquicardia (2,6%), gastrite (2,6%), diabetes mellitus (2,6%), dentre outros.

As mulheres que referiram dificuldades de relacionamento na vida pessoal (5,1%) e no trabalho (2,6%) disseram que a experiência da violência se reflete no estabelecimento de relações interpessoais de maneira geral, desde o relacionamento com o sexo oposto até nas relações interpessoais no ambiente de trabalho. Muitas relatam dificuldades de serem gentis, cordiais, amáveis com os colegas de trabalho, sendo uma das causas dos frequentes problemas de relacionamento no trabalho.

Os dados empíricos deste estudo estão em consonância com outros estudos como o de D'Oliveira e Schraiber (1999), que indicam que há uma forte relação entre a violência doméstica e os problemas de saúde das mulheres, principalmente no que se refere ao sofrimento psíquico em geral, desde a depressão ao abuso de álcool e/ou outras drogas. Dentre as entrevistadas, uma mulher referiu que devido às repetidas experiências de violência que sofria, perpetradas pelo seu parceiro, passou a fazer uso abusivo de álcool, porque, segundo ela, quando estava embriagada era mais fácil suportar a situação.

Outro estudo trata da relação entre violência contra a mulher, perpetrada por parceiro íntimo e problemas de saúde, e as autoras subdividem as consequências da violência em fatais e não fatais (Heise, Ellsberg, Gottemoeller, 1999).

Entre as consequências fatais, podem estar os efeitos relacionados ao HIV. Entre as mulheres entrevistadas, uma declarou que contraiu o vírus do companheiro que a obrigava ter relações sexuais com ele sem preservativo. Ela só descobriu que era portadora do vírus depois que o companheiro morreu por causa da doença.

Segundo Heise, Ellsber e Gottemoeller (1999), os efeitos não fatais estão classificados entre aqueles que acometem a saúde física e aqueles que acometem a saúde mental. Entre os efeitos sobre a saúde física, durante uma entrevista uma mulher referiu ter ficado com problemas definitivos em um de seus membros inferiores devido a um chute que levou de seu parceiro. Outra disse ter desenvolvido diabetes mellitus decorrente do sofrimento emocional em decorrência dos maus tratos de seu parceiro, e outra referiu perda de peso acentuada depois de sofrer violência, dentre outros exemplos.

Os problemas de saúde mais mencionados foram os não fatais que acometem a saúde mental, como o estresse pós-traumático, a depressão, as fobias, a síndrome de pânico, a disfunção sexual, a baixa autoestima, o abuso de substâncias psicotrópicas, como pode ser verificado na **Tabela 24**.

Das mulheres que disseram ter problemas de saúde decorrentes da violência, 87,2% disseram fazer ou terem feito algum tipo de tratamento ou acompanhamento. No que se refere ao tipo de tratamento ou acompanhamento, 73,5% das mulheres buscaram a terapia de florais com a enfermeira de saúde mental da Coseas, 47,1% fazem ou fizeram acompanhamento psiquiátrico, 32,4% fazem ou fizeram psicoterapia e 20,6% fazem ou fizeram acompanhamento médico:

Eu vivia na base de remédio. Chegou um tempo que eu tomava muito calmante, porque eu não conseguia me controlar sozinha, eu tinha uma tremedeira assim na mão, e as pessoas percebiam que eu tava tremendo, sabe? Parecia aquelas pessoas que bebia, e quando não bebia ficava tremendo, mas era sistema nervoso.

...tomei [medicamento] por uns cinco ou seis anos e fiz acompanhamento com psiquiatra e psicólogo [HU] e ajudou bastante.

Esse é um dado bastante relevante, pois mostra que muitas mulheres que sofreram as consequências da violência na dimensão biopsicossocial optaram pela assistência de enfermagem por meio da escuta ativa da enfermeira que acolheu, apoiou e cuidou delas. Isto pode ser exemplificado nos discursos que se seguem:

Não consigo nem te dizer o que a Hideko [enfermeira em saúde mental] foi pra mim. Ela me ouviu, me ajudou. Ela falou até com meu filho, na época, que tinha visto o meu marido me batendo. Ele ficou muito diferente depois de tudo que ele viu. Aí eu disse pra ela que tinha medo do meu filho ficar com problema mental por causa daquilo, e ela foi um anjo comigo, me ajudou e ajudou meu filho.

Embora a enfermeira se valesse de terapias complementares para intervir no processo saúde-doença das mulheres, algumas referiram benefícios principalmente advindos de sua escuta ativa e do acolhimento, mais do que propriamente da terapia aplicada:

Sabe eu falava pra ela que eu tomava aquele negócio [os florais], mas o que me fazia bem mesmo era ela, o jeito dela. Parecia que era a única pessoa no mundo que se importava comigo, pelos meus problemas. E sabe que a conversa com ela me deu força pra sair daquela situação.

Nas falas das mulheres, verifica-se que elas dão importância para o vínculo estabelecido com o profissional que se propõe a ajudá-las no enfrentamento da situação de violência. Facilitar o acesso delas ao atendimento favorece no processo de enfrentamento:

A gente teve uma perda irreparável, quem agora vai escutar a gente? Ela vinha aqui no restaurante falar comigo. Quando dava, eu ia lá na sala dela. Não tinha aquela coisa de superioridade. Ela era muito simples e dava ouvido pros problemas da gente. A professora Rosa [antiga coordenadora da Coseas] também dava importância pra gente. A gente sentia isso. Ela me chamava pelo meu nome, perguntava pelos meus filhos, eu sentia que elas se importavam com a situação que a gente vivia.

Verifica-se, frente ao exposto, que o estabelecimento de vínculo, a facilidade de acesso às mulheres e a escuta ativa são instrumentos eficazes no processo de empoderamento das mulheres, para que elas realizem os devidos enfrentamentos da violência, visando à sua superação.

Tabela 24 – Problemas de saúde referidos pelas mulheres decorrentes da violência que sofreram - São Paulo, 2012

Variáveis	Total	N	%
Problema de saúde pós- violência	66	39	59,1
Depressão	39	28	71,8
Nervosismo	39	8	20,5
Insônia	39	5	12,8
Problema no pé e na perna	39	2	5,1
Perda de peso	39	2	5,1
Ansiedade	39	2	5,1
Estresse	39	2	5,1
Dificuldade de relacionamento	39	2	5,1
HAS	39	2	5,1
Falta de ar	39	2	5,1
Mudança de comportamento	39	1	2,6
Alcoolismo	39	1	2,6
Tremedeira	39	1	2,6
Agitação	39	1	2,6
Diabetes mellitus (emocional)	39	1	2,6
Tristeza profunda	39	1	2,6
Aversão a homens brancos	39	1	2,6
Problemas de relacionamento no trabalho	39	1	2,6
Gastrite nervosa	39	1	2,6
Falta de libido/ desejo sexual	39	1	2,6
Vivia doente	39	1	2,6
Amnésia	39	1	2,6
Taquicardia	39	1	2,6
Cicatriz	39	1	2,6
Síndrome do pânico	39	1	2,6
HIV	39	1	2,6

6.4.7 Perfil da mulher em situação de violência

Diante dos resultados apresentados, é possível desenhar um perfil da mulher trabalhadora em situação de violência. Para desenhar esse perfil foi construído um trecho da história de vida de um personagem alegórico que, embora seja fictício, traduz muito do perfil das mulheres que são os sujeitos deste estudo.

6.4.7.1 A vida de Joana

Joana tem 47 anos e sente muito orgulho de ser negra. Acha linda a cor da sua pele. Nasceu no município de Taboão da Serra e lá morou a vida toda. É oriunda de uma família grande, tem cinco irmãos e é a mais velha deles, o que fez com que desde cedo ela fosse quase mãe de seus irmãos. O pai de Joana, seu Severino, era um nordestino daqueles bem brutos, ignorante mesmo, segundo ela. Ele era violento com sua mãe, e diversas vezes Joana e seus irmãos presenciaram o pai agredindo a mãe.

Dona Maria, mãe de Joana, desde cedo dizia à filha para nunca aceitar que um homem fizesse com ela o que o seu pai fazia e a incentivava a estudar para conseguir ser uma mulher independente.

Joana e os irmãos frequentemente eram agredidos pela mãe e pelo pai. No entanto, Joana não considera tais agressões como violência, pois acredita que os pais só batiam neles porque eles mereciam, pois eram muito rebeldes. Não sabe o que seria deles, caso o pai não os tivesse “educado” dessa forma.

Joana estudou até o ensino fundamental, porque foi obrigada pelos pais. Abandonou os estudos e começou a trabalhar em casa de família ainda muito jovem, aos 17 anos, quando conheceu Antônio, por quem se apaixonou e achou que viveria uma linda história de amor.

Aos 18 anos casou-se com ele, que fez questão de que ela parasse de trabalhar. Meio relutante, ela concordou, pois gostava de ter o seu próprio dinheiro e lembrava-se das coisas que sua mãe lhe dizia sobre ser independente de homens. Mas Joana estava convencida de que Antônio era diferente de seu pai e de todos, de que Antônio era único.

Depois de um ano de casamento, Joana engravidou e, logo que seu filho nasceu, Antônio ficou desempregado e passou a beber, coisa que ele nunca tinha feito antes. As brigas começaram a ser frequentes e cada vez piores, até chegar à agressão física. Joana não entendia o que tinha acontecido com aquele homem atencioso, carinhoso e responsável. Antônio tinha se transformado em um monstro. Era agressivo, ciumento, chamava-a por nomes impronunciáveis. Fazia tudo isso na frente de seu filho ainda pequeno, que ficava aterrorizado com as cenas de agressão. Joana nunca contou nada para os irmãos nem para a mãe, pois sentia-se envergonhada com a situação e temia que os irmãos fizessem algo contra Antônio, porque, apesar de tudo, ela ainda o amava. Além disso, sentia que essa poderia ser a sua história, embora sonhasse com algo diferente. Viu tantas vezes sua mãe ser agredida pelo pai, que seus sentimentos se confundiam entre indignação e conformismo.

A situação financeira começou a piorar, ao ponto de haver dias em que Joana não tinha o que dar para o filho comer. Então, ela começou a procurar trabalho. Lavava e passava roupas para fora e conseguia, com esse pouco dinheiro, pagar as contas. Ficou sabendo por meio de uma vizinha que estavam precisando de cozinheiras para trabalhar nos restaurantes de uma Universidade que ficava próxima à sua casa. Realizou o processo seletivo e foi contratada para trabalhar no restaurante da USP como auxiliar de cozinha.

Ela ganhava um bom salário, mas escondia de Antônio, porque ele tomava o dinheiro dela para gastar com bebidas. Joana, com o dinheiro que escondia, conseguiu dar entrada em uma casa em um bairro periférico, no Taboão da Serra, e realizou o sonho da casa própria, mesmo sabendo que passaria quase a vida toda pagando por esse sonho.

A situação de Antônio foi piorando com o passar do tempo: não conseguia arrumar emprego e passava quase todo o tempo embriagado. Quando Joana chegava em casa, depois do trabalho, Antônio a recebia com xingamentos, dizendo que ela o estava traindo, em vez de estar trabalhando, que sabia que ela tinha outro homem. Muitas vezes Joana escutava calada, para não brigar com ele na frente do filho.

Inúmeras vezes Antônio jogava a comida que Joana colocava em seu prato sobre ela. Nas brigas, em meio às discussões, quebrava os móveis e utensílios domésticos. Era forçada a ter relações sexuais com ele, e consentia por temer o escândalo que ele faria, apesar de já não sentir desejo sexual algum por ele.

Antonio chegou a ir ao trabalho de Joana, no restaurante, onde fez escândalo, agrediu Joana verbalmente e a arrastou para casa em meio a tapas e empurrões. Joana nunca apanhou quieta. Ela o agredia como podia e, apesar da menor força física, ela o agredia por meio de objetos que arremessava sobre ele. Um dia jogou o ferro de passar ainda quente sobre ele, queimando-o no braço.

Joana voltou a estudar já com 40 anos de idade, terminou o ensino médio no EJA. Adorava estudar, conhecer coisas novas, pensava em um dia até fazer faculdade.

O filho de Joana, Patrick, começou a andar com más companhias, uns rapazes que mexiam com drogas no bairro onde moravam. Quando Joana se deu conta, Patrick já era dependente químico. Joana relata que seu sofrimento se deu com maior intensidade depois desse evento, pois as brigas com Antônio eram desgastantes, mas ela já estava acostumada. Porém, a dependência química de Patrick a desestruturava. Não conseguia dormir quando ele não estava em casa e, no trabalho, ficava imaginando onde o filho estaria. Tudo se tornou uma tortura.

No trabalho Joana começou a ser atendida por uma enfermeira de saúde mental que a ajudou muito. Inclusive foi ela quem sugeriu e apoiou

Joana a voltar aos estudos. Essa enfermeira a ajudava em muitas coisas. Chegou até a fazer um floral para o Antônio, para ver se o ajudava a largar as bebidas, mas ele se recusou a tomar, porque achava que Joana queria envenená-lo. Quando Joana contou dos problemas que vinha enfrentando com a dependência química do filho, esta enfermeira se ofereceu para conversar com Patrick, e ele foi falar com ela algumas vezes. Joana sentiu diferença no comportamento do filho. Ele ficou menos agressivo e até falava em se internar numa clínica para abandonar as drogas.

Antônio passou a agredir o filho, por não aceitar que ele fosse usuário de drogas, e as brigas entre eles se tornaram frequentes. Um dia, ao retornar do trabalho, Joana surpreendeu Antônio enforcando Patrick, que já estava perdendo as forças. Joana agrediu Antônio com o cabo de uma vassoura e o colocou para fora de casa.

Depois desse acontecimento, Joana decidiu separar-se definitivamente de Antônio. Ele não aceitou de imediato. Acusava-a de ter outro homem, a ameaçava e a seguia até o trabalho. Passado o momento da não aceitação, ele passou a tentar reconquistá-la. Prometeu as mais variadas mudanças, mas Joana já estava cansada daquele relacionamento e já não o amava mais. Agora temia pela integridade de seu filho.

Passados dois anos, finalmente Antônio se conformou com a separação e foi morar com outra mulher. Joana desistiu de casar-se, prefere seguir a vida sozinha, cuidando apenas de seu filho, lutando para que um dia ele abandone as drogas.

A vida de Joana hoje é assim, do trabalho para a casa e da casa para o trabalho. Este representa um momento de socialização para ela, pois lá se encontra com as colegas, jogam conversa fora, dão risadas e falam das mazelas da vida. Raramente passeia pela cidade, nas festas de fim de ano, vai para a casa da mãe e se reúne com os irmãos.

Sobre sua história, Joana diz que não é diferente de muitas que ela houve entres suas colegas. No entanto, ela tenta não pensar muito em tudo o

que viveu, para não trazer à tona sentimentos ruins. Ela diz que todo sofrimento que viveu serviu para mostrar que ela não é frágil, mas forte, e que consegue dar a volta por cima. E, o mais importante, a violência e todos os problemas não foram suficientes para lhe tirar do rosto um sorriso contagiante e a vontade de ser feliz.

7 CONCLUSÃO

A presente investigação proporcionou a oportunidade de desvelar um fenômeno até então invisível entre as trabalhadoras da Coseas, a violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo.

No entanto, a violência de gênero é uma pequena parte do todo que representa cada mulher. Participar por meio de uma escuta ativa e acolhedora da vida de tantas Joanas foi certamente a tarefa mais desafiadora desde estudo.

As mulheres entrevistadas têm, predominantemente, idade entre 45 a 59 anos. A maior parte delas nasceu em municípios da grande São Paulo. No que se refere à sua condição marital atual, verificou-se que dentre as que vivem com parceiro, 40,7% são casadas, 20,9% são separadas e 1,1% eram viúvas e atualmente têm união estável com outro parceiro. Das mulheres que não têm parceiro, 29,7% são separadas, 5,5% são solteiras e 2,2% viúvas.

As trabalhadoras, em sua maioria, pertencem a uma classe social subalterna, embora tenham acesso a bens de consumo que proporcionam certo status na nossa sociedade, como a casa própria. Os lugares de onde procedem e, portanto, onde se dão seus processos de reprodução social são, em geral, periféricos, com altas taxas de violência urbana e de violência contra a mulher. Os indicadores de saúde e os indicadores sociais apontam que tais municípios estão em situação de vulnerabilidade social.

No momento produtivo, verificou-se que o trabalho formal e estável representa um forte potencial de fortalecimento para essas mulheres. No entanto, este mesmo trabalho se revela como um potencial de desgaste, pois, nas formas de trabalhar, está inerente um processo de trabalho espoliador que exige intenso esforço físico, levantamento de peso e movimentos repetitivos que são realizados em condições bastante adversas, como altas temperaturas e grande poluição sonora. Os desgastes referidos são refletidos em doenças

ocupacionais. Mais da metade das trabalhadoras (51,7%) têm algum tipo de restrição no trabalho.

Para além do processo de trabalho, esse desgaste afeta também a vida dessas mulheres. Verificaram-se muitos outros tantos riscos aos quais elas se sentem expostas no ambiente profissional, em geral ligados ao processo de trabalho, ao ambiente e mais uma vez à violência por parte dos colegas e dos usuários dos restaurantes.

Embora as relações de gênero atravessem as classes sociais, constata-se que a violência de gênero tem características peculiares nas diferentes classes sociais. As mulheres que representam a maioria da população estudada são oriundas de uma classe social subalterna, de forma que, diferentemente de mulheres de classes sociais mais abastadas, elas têm maior dificuldade de reprodução social e menos acesso às formas de fortalecimento que indivíduos e outras classes sociais possuem.

O que se verifica é que a violência perpassa todos os momentos da vida dessas mulheres: nos locais onde moram, marcados pela violência urbana; em seus lares, pela violência praticada por seus parceiros de intimidade; e em seu trabalho, primeiro pelo processo de trabalho em si, que é espoliador, e depois pela violência perpetrada pela chefia – refletida como violência de classe e intragênero. Há ainda a violência perpetrada pelos colegas de trabalho e usuários dos restaurantes. Elas são subalternas em seus momentos produtivos e reprodutivos, e esta subalternidade pode estar relacionada a uma maior vulnerabilidade à violência de gênero.

A violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo apresentou-se como um fenômeno de grande magnitude entre as mulheres. Cerca de 70% delas referiu experiência de violência, percentual este acima daqueles apresentados em pesquisas de base populacionais nacionais e internacionais.

O parceiro íntimo (marido, ex-marido, namorado, ex-namorado) foi apontado como perpetrador da violência contra a mulher em percentual

superior a 85% em todos os tipos de violência (psicológica, física e sexual), seguido dos familiares de sexo masculino.

No que se refere à natureza da violência na vida adulta, foi verificado que 66% das mulheres entrevistadas sofreram violência psicológica, 36,3% sofreram violência física e 28,6% sofreram violência sexual. Houve sobreposição dos três tipos de violência em 14,3% dos casos. Todas essas formas de violência se manifestaram com forte componente psicológico.

Constatou-se que a violência psicológica entre as mulheres entrevistadas foi um fenômeno bastante frequente (66%), quando comparado a outros estudos. No entanto, devido ao fato de ser um fenômeno corriqueiro, não deve, por isso, ser banalizado e naturalizado ou ser tido como uma não transgressão dos direitos humanos. Embora não tenha sido objetivo da pesquisa observar violência institucional, a chefia do restaurante foi apontada como perpetradora de violência psicológica em 5% das vezes, refletindo, nesse caso, uma dupla determinação – de posição social no trabalho (provavelmente aliada à classe social) e de gênero, uma vez que todas as chefes são mulheres.

A violência física psicológica apresentou uma frequência de ocorrência menor (36,3%), e o parceiro íntimo (marido ou ex-marido) foi apontado como agressor em 84,9% das vezes. No que se refere à violência física, verificou-se relação de sua ocorrência com a idade da mulher ao se casar, revelando que, quanto mais jovem uma mulher se casa, mais chances ela tem de sofrer violência física. Outras variáveis relacionadas à violência física foram: a mulher ser chefe de família e o parceiro fazer uso abusivo de álcool. Em ambas as situações, matematicamente, a mulher tem mais chance de sofrer violência física. Embora tais resultados tenham sido oriundos de uma análise estatística, com todas as limitações que tal ferramenta comporta, esses dois achados têm plausibilidade científica.

Em comparação com as outras duas naturezas de violência contra a mulher, a violência sexual foi a que apresentou a menor frequência (28,6%). No

entanto, o parceiro íntimo foi apontado como agressor em maior percentual que nas demais formas de violência (92,3%), seguido de familiares do sexo masculino (7,7%).

As variáveis que apresentaram associações estatísticas foram aquelas relacionadas à raça/etnia – as mulheres pretas tem, em geral, mais chances de sofrer violência; geração – as mulheres com 60 anos ou mais tem mais chances de sofrer violência sexual; classe social – o acesso a potenciais de fortalecimento, como atividades de lazer, assim como a escolaridade mais alta, manifestaram-se inversamente relacionados a ocorrência de todos os tipos de violência. A residência própria relacionou-se inversamente com a violência sexual.

No que se refere ao enfrentamento a partir da experiência de violência, verificou-se que das 66 mulheres que referiram ter sofrido pelo menos um tipo de violência, apenas 43 procuraram ajuda. Dentre as providências mais frequentes, estavam a ajuda familiar e da enfermeira de saúde mental que atuava na Coseas até 2010. O Ministério Público, Centros de Referência da Mulher e Instituto Médico Legal (IML) não foram procurados.

Apresenta-se aqui o profissional enfermeiro que foi procurado por 23,3% das mulheres para o enfrentamento da situação de violência, indicando que este profissional tem habilidades e competências que o diferenciam de outros profissionais da saúde no que concerne ao acesso e ao estabelecimento de vínculo.

Um fenômeno frequentemente observado entre as mulheres que vivenciaram a violência de gênero é a resiliência, determinante no processo de reconhecimento, enfrentamento e superação da situação de violência.

Os problemas de saúde decorrentes da experiência de violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo foram referidos por 59,1% das mulheres que sofreram esse tipo de violência (66).

Verifica-se que a maior parte dos problemas citados tem alguma relação com a saúde mental, desde transtornos recorrentes, como a depressão (71,8%), até a somatização de alguns problemas, tais como taquicardia (2,6%), gastrite (2,6%), diabetes mellitus (2,6%), dentre outros.

Este resultado parece indicar que os problemas saúde mental, tão frequentemente referidos pelas trabalhadoras dos restaurantes e que comprometem sobremaneira a qualidade de vida delas, podem estar relacionados à violência doméstica, uma vez que foram tão frequentes entre as trabalhadoras que tiveram tal experiência.

Dar nomes aos sofrimentos causados pela violência talvez seja uma forma de tanto o profissional quanto a mulher não se sentirem impotentes frente a situação de violência. Assim, reduzir o fenômeno em toda a sua complexidade a um diagnóstico inespecífico, como depressão, por exemplo, remete a uma intervenção medicamentosa e um encaminhamento para a psicoterapia, o que traduz-se para a mulher como estar sendo cuidada; e para o profissional de saúde, como trabalho realizado. No entanto, o enfrentamento da violência contra a mulher extrapola o âmbito da saúde e exige o comprometimento e envolvimento de diversos setores, como a assistência social, jurídica e psicológica, as delegacias da mulher, os abrigos, o Ministério Público, dentre outros.

Frente ao exposto conclui-se que a violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo é um fenômeno muito prevalente entre as trabalhadoras dos restaurantes universitários. Fenômeno este determinado pela forma que essas mulheres se inserem em seus momentos de produção e reprodução social.

A resiliência, para além de ter sido um fenômeno verificado em grande parte das mulheres, se coloca como campo fértil para intervenção, visando à promoção da saúde e da qualidade de vida dessas mulheres. Adquirindo a capacidade de resiliência, as mulheres em situação de violência conseguem instrumentos, quer sejam individuais, quer sejam sociais, para realizarem os devidos enfrentamentos para a superação dessa problemática.

Frente ao que foi exposto e tendo em vista o papel da Universidade de São Paulo como centro de excelência no desenvolvimento de novos saberes, espera-se que, para além da produção de conhecimento, estes sejam traduzidos em benefícios para a comunidade, principalmente no que se refere a uma prática generalizadora do saber.

Assim, espera-se que estes resultados possam subsidiar intervenções em relação às trabalhadoras da Coseas no que se refere ao reconhecimento, enfrentamento e superação das situações de violência que elas enfrentam no seu dia a dia, aprimorando as intervenções existentes ou instituindo novas. Além disso, pretende-se, com esses resultados, sensibilizar pesquisadores a realizarem investigações que possam cada vez mais iluminar este campo do conhecimento que ainda apresenta inúmeras lacunas a serem exploradas.

REFERÊNCIAS

Andrade CJM, Amaral MA, Fonseca RMGS. Considerações sobre a violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(3):591-5.

Andrade CJM. As equipes de saúde da família e a violência doméstica contra a mulher: um olhar de gênero [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2009.

Armitage P, Berry G. *Statistical methods in medical research* 3rd ed.. New York: Blackwell; 1994.

Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Junior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 375-417.

Ayres JRCM. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco *Rev Bras Epidemiol*. 2002;5 Supl 1:28-42.

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Caracterização das vítimas de violências doméstica, sexual e outras violências interpessoais notificados no VIVA. Brasília; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde [Internet]. Brasília; 2010 [citado 2011 set. 20]. Disponível em: [HTTP://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pr.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pr.htm)

Brasil. Lei n. 12.382, de 25 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre o valor do salário mínimo em 2011 e a sua política de valorização de longo prazo; disciplina a representação fiscal para fins penais nos casos em que houve parcelamento do crédito tributário; altera a Lei nº 9.430, de 27 de dezembro de 1996; e revoga a Lei nº 12.255, de 15 de junho de 2010 [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2011 jul. 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12382.htm

Brewer R, Swahn MH. Binge drinking and violence. JAMA. 2005;295(5):616-8..

Chauí M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Cardoso R, organizadora. Perspectivas antropológicas da mulher. Rio de Janeiro: Zahar; 1985. p. 23-62.

Chiesa AM. Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde.[tese de livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, ano

Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Atenção à Mulher em Situação de Violência [Internet] Curitiba; 2008 [citado 2012 jan. 7]. Disponível em: http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/areastematicas/mulher/vitimas_violencia.htm

Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE). Anuário das Mulheres Brasileiras [Internet]. São Paulo; 2011 [citado 2011 dez. 12]. Disponível em: http://www.sepm.gov.br/noticias/documentos-1/anuario_das_mulheres_2011.pdf

D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. p. 337-55.

D'Oliveira AFPL. Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços de saúde em atenção primária [tese doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2000.

Dyniewicz AM. Metodologia de pesquisa em saúde para iniciantes. São Caetano do Sul: Difusão; 2009.

Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano (EMPLASA). Informações sobre a Região Metropolitana de São Paulo [Internet]. São Paulo; 2011 [citado 2011 jan.7]. Disponível em: <http://www.emplasa.sp.gov.br/emplasa/gsp/gsp.asp>

Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

Fonseca RMGS, Luppi M, Avegliano RP, Mattos ILB, Zinneck M, Santos HP. COSEAS - Vocação, objetivos e atividades [Apresentado no Seminário da Pró-Reitoria da Universidade de São Paulo; 1998; São Paulo].

Fonseca RMGS, Egry EY, Bertolozzi MR. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde-doença. In: Egry EY, Cubas MR, organizadoras. O trabalho da enfermagem em saúde coletiva no cenário Cipesc: guia para pesquisadores. Curitiba: ABEn–Seção Paraná; 2006. p. 19-61.

Fonseca RMGS, Egry EY. Epidemiologia Social. In: Garcia TR, Egry EY, organizadoras. Integralidade da Atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 78-108.

Fonseca RMGS. Gênero e saúde-doença: uma releitura do processo saúde-doença das mulheres. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ, organizadores. Enfermagem e saúde da mulher; Barueri: Manole; 2007. p. 30-61.

Fonseca RMGS. Gênero como categoria para a compreensão e a intervenção no processo saúde-doença. In: Leite MMJ, coordenadora. PROENF: Programa de Atualização em Enfermagem – saúde do adulto. São Paulo: Artmed; 2008. p. 9-39.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). IPRS – Índice Paulista de Responsabilidade Social [Internet]. São Paulo; 2010a [citado 2011 dez. 12]. Disponível em:

<http://www.seade.gov.br/produtos/iprs/apresentacaoal.php>

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). IPVS – Índice Paulista de Vulnerabilidade Social [Internet]. São Paulo; 2010b [citado 2011 dez. 7]. Disponível em: http://www.al.sp.gov.br/web/ipvs/index_ipvs.htm

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Síntese de estatísticas vitais: 2002-2011 [Internet]. São Paulo; 2011 [citado 2011 jul. 14]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/>

Gadoni-Costa LM, Zucatti APN, Dell’Aglío . Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. Estudos Psicol (Campinas). 2011; 28(2):219-27.

Gomes R, Minayo MCS, Silva CFR. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: MS; 2005.

Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(3):625-31.

Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Baltimore (MD): Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs; 1999 (Population Reports, Series L, n. 11).

Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev Bras Epidemiol*. 2004; 7(4):449-6.

Lowry R. Concepts and applications of inferential statistics [Internet]. 2012 [cited 2011 July 12]. Available from: <http://faculty.vassar.edu/lowry/webtext.html>

Mansano NH, Mazza VA, Soares VMN, Araldi MAR, Cabral VLM. Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil do Paraná, Brasil: implantação e operacionalização. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(1):329-32.

Meneghel SN, Camargo M, Fasolo LR, Mattiello DA, Silva RC, Santos TC, et al. Mulheres cuidando de mulheres: um estudo sobre a Casa de Apoio Viva Maria, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(3):747-57.

Minayo MC. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2008.

Munist M, SantosH, Kotliarenco MA, Ojeda ENS, Infante F, Grotberg EH. Manual de indentificacion y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes [Internet]. Washington, DC: OPAS/OMS; 1998 [citado 2011 jun.26]26 . Disponível em: <HTTP://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/ Resilman.PDF>

Nichiata LYI, Takahashi RF, Bertolozzi MR. Perspectivas avaliativas das vulnerabilidades em saúde. In: Egry EY, organizadora. *As necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores*. São Paulo: Dedone; 2008. p.9-10.

Oliveira AR, D'Oliveira APL. Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em hospital geral de São Paulo (SP). Rev Saúde Pública. 2008;42(5):868-76.

Oliveira RNG. Violência de gênero e necessidades em saúde: limites e possibilidades da Estratégia Saúde da Família [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde- CID 10. 10ª revisão. São Paulo: EDUSP; 1995.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Brasília: OMS/OPAS; 2002.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud. Elementos para la toma de decisiones: una estrategia para abordar el complejo problema de la violencia contra las mujeres y los métodos concretos para ponerla en práctica. Ginebra; 2003. (Publicacion ocasional n. 12).

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Salud y Violencia: Plan de Acción Regional. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington D.C.: OPAS, 1994.

Peixoto P. EXStat - Excel Statistics Calculator. Version 1.8 [Internet]. São Paulo: IME/USP; 2012 [citado 2012 jan. 22]. Available from: www.ime.usp.br/~pedrosp

Pinto AT, Santos MCV, Céspedes L. Segurança e medicina do trabalho. 5ª ed. São Paulo: Saraiva; 2010.

Programa para Tecnologia Apropriada em Saúde (PATH) [Internet]. [citado 2010 jul. 14]. Disponível em: <http://www.bemfam.org.br>

Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento *Abuse Assesment Screen* (AAS) para rastrear a violência contra a mulher grávida. Rev Saúde Pública. 2000;34(6):425-37.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde; Coordenação de Vigilância em Saúde, Subgerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis do Centro de Controle de Doenças. Um ano de implantação do Sistema de Informação e Vigilância de Violências e Acidentes (SIVVA) [Internet]. São Paulo; 2009 [citado 2010 jul. 14]. Disponível em: www.prefeitura.sp.gov.br/covisa

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Júnior I, Pinho AA. A violência contra a mulher: um estudo em uma unidade de atenção primária. Rev Saúde Pública. 2002;36(4):470-7.

Schraiber LB, D' Oliveira AFPL, Falcão MTCF, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Ed. UNESP, 2005. (Saúde e Cidadania).

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Júnior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. Rev Saúde Pública. 2007;41(5):797-807.

Scott J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Educação e Realidade, 1995;20(2):71-99.

Silveira CM, Silveira CC, Silva JG, Silveira LM, Andrade AG, Andrade LHSG. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma

revisão sistemática da literatura. Rev Psiq Clín (São Paulo). 2008;35 Supl 1:31-8.

Tobo N, Canaval GE, Burgos DC, Humphreys J. Contribution of intimate partner violence exposure, other traumatic events and posttraumatic stress disorder to chronic pain and depressive symptoms. Educ Enferm. 2011;29(2):174-86.

Venturi G, Bokany V, Dias R, organizadores. A mulher brasileira nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/SESC; 2010.

Vieira EMI, Perdoná GSC, Santos MA. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. Rev Saúde Pública. 2011;45(4):730-7..

Vieira S. Introdução à bioestatística. Rio de Janeiro: Campus; 1998.

Universidade de São Paulo (USP). Núcleo de Estudos de Violência (NEV) [Internet]. São Paulo; 2007 [citado 2011 dez 12]. Disponível em: <http://www.nevusp.org/portugues/>

Universidade de São Paulo (USP). Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva. NAVIS – Núcleo de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual do Hospital das Clínicas da FMUSP [Internet] São Paulo; 2009 [citado 2011 jul. 7]. Disponível em: <http://www.redededefesadedireitos.com.br/assistencia-psicossocial/navis-nucleo-de-atendimento-a-vitimas-de-violencia-sexual-do-hospital-das-clinicas-da-fmusp/>

Universidade de São Paulo (USP). Núcleo de Estudos da Mulher e Relações Sociais de Gênero – NEMGE [Internet]. São Paulo; 2010 [citado 2011 jul. 7]. Disponível em: <https://sistemas.usp.br/tycho/gruposPesquisaObter?codigoGrupoPesquisa=0067702JJ5UAU9>

Universidade de São Paulo (USP). USP em número 2011 [Internet]. São Paulo; 2011a [citado 2011 jul. 7]. Disponível em: https://sistemas.usp.br/anuario/usp_em_numeros.pdf

Universidade de São Paulo (USP). Universidade de São Paulo Brasil: apresentação [Internet]. São Paulo; 2011b [citado 2011 dez. 12]. Disponível em: <http://www5.usp.br/a-usp/>

APENDICES

Apêndice 1

RAPPORT

Eu, **Kelly Cristina Máxima Pereira Venâncio**, sou enfermeira da Coseas e vou colher dados para desenvolver uma pesquisa sobre **a violência de gênero entre as mulheres trabalhadoras de restaurantes universitários**. Gostaria de saber se a Sra. teria interesse e disponibilidade para participar dessa entrevista. Caso tenha e não se importe, gostaria de gravar as respostas para ficar mais fácil para escrever tudo depois. Se desejar participar e não quiser que seja realizado o registro por meio de gravação, este poderá ser realizado pela escrita e depois validado pela Sra. Se aceitar participar, vou pedir-lhe para assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em que você declara que teve interesse e tempo para participar da entrevista.

Apêndice 2

Instrumento para coletas de dados

N.: _____

Instrumento de Coleta de Dados
Modos de viver (Perfil de Reprodução Social)

1.Nome _____
 2.Endereço _____
 3.Bairro: _____
 4. Cidade _____ Estado _____
 5. Há quanto tempo reside neste endereço? _____

ID	6.Nome	7. Relação com o chefe da família	8. Idade	9. Sexo	10. Raça/cor	11. Local de nascimento	12. Escolaridade
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
		1.Responsável 2. Cônjuge 3. Filho 4. Parente 5. Agregado	Obs.:Para os menores de 1 ano, registrar em meses; para os maiores, registrar em anos.	1. Feminino 2. Masculino	1.Branco 2.Pardo 3.Preto 4.Amarelo 5.Indígena 6.Não sabe (auto-denominação)	1. RMSP 2. SP int. 3. Sudeste 4. Sul 5. Nordeste 6. Norte 7. Centro-oeste 8. Outro país 99. Não sabe	1.Analfabeto 2.Fund. Inc. 3.Fund. Comp. 4.Médio Inc. 5.Médio Comp. 6.Superior Inc. 7.Superior Comp. 8. Pós-graduação 99. Não sabe

ID	13. Qual atividade remunerada que as pessoas que moram na sua casa desempenham?	14. Tem registro em carteira?	15. Qual a remuneração? (R\$)	16. Quanto desta renda é destinado à renda familiar? (R\$)
1		() 0. Não - () 1. Sim		
2		() 0. Não - () 1. Sim		
3		() 0. Não - () 1. Sim		
4		() 0. Não - () 1. Sim		
5		() 0. Não - () 1. Sim		
6		() 0. Não - () 1. Sim		
7		() 0. Não - () 1. Sim		
8		() 0. Não - () 1. Sim		
9		() 0. Não - () 1. Sim		

17. Propriedade da residência	18. Acesso aos serviços básicos	19. Opinião quanto à:			20. Material que predomina no piso	21. Material da habitação	22. Cômodos
() 1. Própria em terreno próprio () 2. Própria em terreno não próprio () 3. Invadida/Ocupada () 4. Alugada () 5. Cedida () 6. Outro	() 1. Água () 2. Luz () 3. Esgoto () 4. Coleta de lixo na rua da casa	1. Ventilação natural ()	2. Iluminação natural ()	3. Presença de mofo e bolores ()	() 1. Carpete () 2. Cerâmica/Lajota/Pedra () 3. Madeira aparelhada () 4. Cimento () 5. Madeira aproveitada () 6. Terra () 7. Outros	() 1. Alvenaria c/ acabamento () 2. Alvenaria s/ acabamento () 3. Madeira () 4. Material aproveitado	1. Total: _____ 2. Servindo de dormitório: _____ 3. Banheiro(s): privativo: _____ 4. coletivo: _____
		1. Adequada (se todos os cômodos são considerados ventilados, iluminados e secos pelo informante). 2. Inadequada (se um ou mais cômodos não o são). 3. Não Observou			1. Não existe 2. Existe: ocasional 3. Existe: constante		

23. Riscos a que as pessoas da casa sentem-se expostas
() 1. Desmoroamento () 2. Enchente () 3. Violência () 4. Acidente de trânsito () 5. Contaminação (lixo, esgoto, córregos, resíduos químicos) () 6. Contato com vetores (ratos e insetos) () 7. Outros, quais? _____ () 8. Nenhum () 99. Não sabe

24. Você possui algum problema de saúde	25. 1 Qual(is)?	26. Internação nos últimos 12 meses?	27. Caso afirmativo, qual foi o motivo?
() 0. Não () 1. Sim		() 0. Não () 1. Sim	
	25. 2 Onde faz o acompanhamento?		

28. Você usa algum tipo de medicação?
() 0. Não - () 1. Sim
29. Caso afirmativo, qual (is) a medicação (ões)? Há quanto tempo?

30. Você faz ou já fez uso de álcool e/ou outras drogas?
() 0. Não - () 1. Sim
31. 1 Caso afirmativo, qual droga?
31.2 Há (durante) quanto tempo?
31.3 Em que quantidade? () 1. Até 1 dose () 2. De 2 a 4 doses () 3. 4 ou mais doses () 99. Não sabe

32. Quando alguém da família está doente, que recursos procura? (pode ter mais de uma resposta)	33. Participação de grupo/associação/sindicato/partido político (pode ter mais de uma resposta)	34. Os moradores desta casa têm alguma atividade de lazer? (pode ter mais de uma resposta)
() 1. UBS () 2. HU () 3. Peri-Peri () 4. OS. Bandeirantes () 5. Hospital Sarah ou Mário Degni () 6. Farmácia () 7. Igreja () 8. Hospital ou consultório particular () 9. Nenhum () 99. Não sabe	() 1. Ligado ao bairro () 2. Ligado aos conselhos () 3. Ligado à escola () 4. Ligado ao trabalho () 5. Ligado a partido político () 6. Ligado a ONG () 7. Ligado a outro tipo de agrupamento () 8. Não participa () 99. Não sabe	() 1. Esporte () 2. Leitura () 3. TV/Vídeo () 4. Teatro () 5. Cinema () 6. Visita a amigos/parentes () 7. Passeios pela cidade (parques, espaços públicos, viagens)
10. Outros, quais?		8. Outras, quais?

Formas de trabalhar (Perfil de Produção Social)

35. Restaurante universitário em que trabalha	
☐	1. Restaurante Central
☐	2. Restaurante da Física
☐	3. Restaurante da Prefeitura do Campus
☐	4. Restaurante dos docentes
☐	5. Restaurante da Enfermagem
☐	6. Restaurante da Saúde Pública
☐	7. Restaurante da Faculdade de Direito (IX de Agosto)

37. Há quanto tempo trabalha na Universidade de São Paulo?

39. 1 Qual a posição que ocupa no trabalho?	
☐	1. Mando
☐	2. Subalternidade
39.2 Quantas pessoas sob o seu comando	

40. Como você ficou conhecendo o ofício que possui?	
☐	1. Recebeu formação oficial própria para isto (cursos)
☐	2. Recebeu treinamento em serviço
☐	3. Aprendeu somente com a própria experiência
☐	4. Não recebeu treinamento ou cursos
☐	40.1 Tipo de cursos que fez: () 1. nível técnico () 2. nível superior

42.1 Você sofreu algum acidente no trabalho nos últimos 12 meses?
() 0. Não - () 1. Sim
42.2 Se sim, como foi?

45. Você exerce outra atividade remunerada além do trabalho na Universidade?
() 0. Não - () 1. Sim
46. Qual atividade que você exerce? Quantas horas por dia?
47. Percebe algum risco nesta atividade? Qual?

36. Função	
☐	1. Auxiliar administrativo
☐	2. Almoxarife
☐	3. Auxiliar de caixa
☐	4. Auxiliar de cozinha
☐	5. Auxiliar de serviços gerais
☐	6. Cozinheiro
☐	7. Nutricionista
☐	8. Téc. cont. finanç.
☐	9. Téc. em nutrição
☐	10. Téc. Administrativo
☐	11. Vigia

38. Percebe algum risco no seu trabalho? Qual?	
☐	1. Queda
☐	2. Levantamento de peso
☐	3. Corte com materiais perfuro-contantes
☐	4. Queimadura
☐	5. Agressão por usuários dos restaurantes
☐	6. risco de desenvolver e/ou piorar doenças osteomusculares
☐	7. Poluição auditiva dos usuários
☐	8. Agressão entre os trabalhadores por uso de facas
☐	9. Explosão da caldeira
☐	10. Prensar os dedos em maquinários
☐	11. Estresse
☐	12. contato com umidade
☐	13. Contato com gás
☐	14. Problemas respiratórios por falta de ventilação
☐	15. Risco de acidente por ambiente não ser planejado
☐	16. mordeduras de cachorros
☐	17. contato com animais silvestres
☐	18. Outros. Quais?

41.1 Você possui algum tipo de restrição no trabalho? -
() 0. Não - () 1. Sim
41.2
() 1. Parcial () 2. Total

43. Você relatou ou teve algum afastamento do trabalho por motivos de saúde nos últimos 12 meses?
() 0. Não - () 1. Sim
43.1 Quantas vezes?
43.2 Por quanto dias?
44. Se sim, como foi?

48. A família possui algum outro rendimento proveniente de:	
☐	1. Aposentadoria, pensão
☐	2. Aluguel
☐	3. Pensão alimentícia, mesada, doação recebida de não morador
☐	4. Programas oficiais de auxílio (renda mínima/bolsa-escola, seguro-desemprego, etc)
☐	5. Outros

Reprodução social da violência

49. Condição marital atual?	
☐	1. Casada vivendo maritalmente
☐	2. Casada porém separada – vive só
☐	3. Casada porém separada e vive maritalmente com outro companheiro
☐	4. Solteira vivendo maritalmente
☐	5. Solteira vivendo sozinha
☐	6. Viúva vivendo maritalmente
☐	7. Viúva vivendo sozinha
☐	8. Solteira, vivia junto, hoje separada
☐	9. Outra condição (especificar):

50. História das uniões maritais				
Ordem das uniões	Idade da mulher na época (anos)	Duração da união*	Tipo da união	Motivos para rompimento
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

(*)Tipo de união – (F) formal (C) consensual (CF) consensual e depois formal

51. Qual sua religião?	
51.1 Atual	
51.2 De origem	

54. Você alguma vez na vida sentiu-se maltratada emocionalmente, humilhada ou magoada pelo seu parceiro ou alguém importante para você?	
() 0. Não - () 1. Sim	

56. Na sua vida adulta, alguém já te bateu, deu tapas, chutou ou te machucou fisicamente de alguma outra forma?	
() 0. Não - () 1. Sim	
57. 1 Em caso afirmativo, desde quando essa situação acontece?	
57. 2 Quantas vezes aconteceu?	
57. 3 Quando foi a última vez?	

61. Caso afirmativo (SIM), quem?			
	1.Marido		4.Estranho
	2.Ex-marido		5.Outro
	3.Namorado		

62. Você já manteve relação sexual com alguém contra a sua vontade?	
() 0. Não - () 1. Sim	
62. 1 Em caso afirmativo, desde quando essa situação acontece?	
62. 2 Quantas vezes aconteceu?	
62. 3 Quando foi a última vez?	

65. Você tem medo do seu parceiro ou de alguém listado acima?	
() 0. Não - () 1. Sim	

67. Caso afirmativo (SIM), qual foi a ajuda procurada?	
	1.Delegacia Especializada da Mulher
	2.Instituto Médico Legal
	3.Centro de Referência da Mulher
	4.Outras delegacias
	5.Ministério Público
	6.Familiar
	7.Amigo(a)
	8.Desconhecido(a)
	9. Outra, qual?

74. Quando criança, você foi maltratada emocionalmente ou fisicamente por alguém importante para você?	
() 0. Não - () 1. Sim	

75. Caso afirmativo (SIM), por quem?			
	1.Pai		4.Tio/tia
	2. Mãe		5.Outro
	3.Avô/avó		

77. Caso afirmativo (SIM), quem? E por quem?			
	1.Marido		4.Estranho
	2.Ex-marido		5.Outro
	3.Namorado		

79 Caso afirmativo (SIM), quem?			
	1.Filho (a)		4.Mãe/pai
	2. Marido, ex-marido		5.Outro
	3.Neto (a)		

52. Você acha que a religião influencia a sua vida, as suas decisões?	
	1.Sim, sempre.
	2.Não nunca.
	3.Às vezes
53. Se sim, como/quando você acha que se dá essa influência?	

55. Você já foi alguma vez maltratada fisicamente pelo seu parceiro ou alguém importante para você?	
() 0. Não - () 1. Sim	

58. Caso afirmativo (SIM), quem?			
	1.Marido		4.Estranho
	2.Ex-marido		5.Outro
	3.Namorado		

59. Na sua vida adulta, alguém importante para você lhe dirigiu xingamentos, agressões verbais ou ameaças?	
() 0. Não - () 1. Sim	
60. 1 Em caso afirmativo, desde quando essa situação acontece?	
60. 2 Quantas vezes aconteceu?	
60. 3 Quando foi a última vez?	

64. Caso afirmativo (SIM), quem?			
	1.Marido		4.Estranho
	2.Ex-marido		5.Outro
	3.Namorado		

66. Você procurou alguma ajuda após ter passado por uma das situações que citamos acima?	
() 0. Não - () 1. Sim	

68. Você considera ter algum problema de saúde por causa desta situação vivenciada?	
() 0. Não - () 1. Sim	
69. Qual?	

70. Em Caso afirmativo, você faz algum tratamento/acompanhamento para este problema de saúde?	
() 0. Não - () 1. Sim	
71. Qual?	

72. O seu parceiro ou de alguém listado acima faz ou já fez uso de álcool e/ou outras drogas?	
() 0. Não - () 1. Sim	
73. 1 Caso afirmativo, qual droga?	
73.2 Há (durante) quanto tempo?	
73.3 Em que quantidade? () 1. Até 2 doses () 2. De 3 a 4 doses () 3. 5 ou mais doses () 99. Não sabe	

76. Quando criança, você viu alguma mulher da sua família ser maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo parceiro ou alguém importante para ela?	
() 0. Não - () 1. Sim	

78. Você alguma vez já maltratou emocionalmente ou fisicamente alguém da sua família?	
() 0. Não - () 1. Sim	

80. Você considera já ter sofrido violência alguma vez na sua vida?	
() 0. Não - () 1. Sim	
80.1 Porque?	

Apêndice 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 196/96 – Conselho Nacional de Saúde)

ENTREVISTA

Eu, **Kelly Cristina Máxima Pereira Venâncio**, enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, orientada pela Profa. Dra. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, estou desenvolvendo a pesquisa **“A magnitude da violência de gênero entre as mulheres trabalhadoras de restaurantes universitários”**. A sua colaboração será de fundamental importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. Seu consentimento para participar deve considerar as seguintes informações:

1. A pesquisa versará sobre a violência doméstica contra as mulheres, buscando conhecer como as mulheres vivem e trabalham e se entre elas a violência doméstica é um fenômeno frequente.
2. A pesquisa justifica-se pela necessidade de se construir, dentro da Universidade, recursos que ajudem às mulheres no processo de enfrentamento da violência doméstica; no entanto, para isso, é necessário conhecer a magnitude do fenômeno entre as trabalhadoras da Universidade.
3. Os objetivos propostos são: conhecer a magnitude do fenômeno da violência de gênero, cometida por parceiros íntimos entre as mulheres trabalhadoras de restaurantes universitários; conhecer o

perfil de produção e reprodução social das trabalhadoras dos restaurantes universitários; caracterizar as condições de trabalho dessas mulheres; conhecer suas formas de viver, assim como a estruturação de suas famílias e como levam a vida no âmbito privado; conhecer os tipos de violência que essas mulheres vivenciam e seus agressores; conhecer as formas de enfrentamento usadas por essas mulheres frente à violência vivenciada; identificar se há relação entre os problemas de saúde apresentados por essas mulheres com a situação de violência que vivenciam.

4. A coleta de dados será feita por meio de questionários aplicados a todas as trabalhadoras.
5. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas e será permitido ouvi-las, bem como ter acesso à transcrição, se assim o desejar.
6. Se você preferir, a entrevista poderá não ser gravada.
7. Sua participação é voluntária, tendo a liberdade de desistir a qualquer momento da pesquisa, mesmo após a coleta de dados, caso venha desejar, sem risco de penalização.
8. Não é necessária sua identificação e será garantido seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e guardado o sigilo de dados confidenciais.
9. Caso sinta necessidade de contatar o pesquisador em qualquer momento da pesquisa, poderá fazê-lo pelo telefone (11) 3271-0230 ou pelo correio eletrônico por meio do endereço: kelly.pereira@usp.br.
10. Se for de seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da pesquisa, assim como dos resultados obtidos.

-
11. Este documento será preenchido em duas vias, uma delas será entregue a você e a outra ficará arquivada pelo pesquisador.
 12. Caso seja de seu interesse, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pelo correio eletrônico por meio do endereço: edipesc@usp.br.

Após estar ciente do conteúdo integral deste termo, concordo participar do estudo.

São Paulo, _____ de _____ de 20__.

Assinatura da Participante

Assinatura da Pesquisadora

ANEXOS

Anexo 1

Autorização do Superintendente da Superintendência da Coordenadoria de Assistência Social da Universidade de São Paulo

São Paulo, 17 de agosto de 2010.

Senhor Coordenador,

Como aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **“A magnitude da violência de gênero entre as mulheres trabalhadoras de restaurantes universitários”**, orientada pela Profa. Dra. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, professora titular do Departamento de Saúde Coletiva da EEUSP, conforme projeto em anexo.

Para a coleta de dados, será necessário aplicar o questionário a todas as trabalhadoras dos restaurantes universitários vinculados à Coseas, que concordem em participar da investigação. Ressalto que os procedimentos deste estudo estão de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Sendo assim, solicito sua autorização para realizar a referida pesquisa junto às trabalhadoras dos restaurantes universitários da Coseas.

Atenciosamente,

KELLY CRISTINA MÁXIMA PEREIRA VENÂNCIO

Mestranda – Cuidado em Saúde – EEUSP

Ciente e de acordo, em 25 / 08 / 2010.

Prof. Dr. Waldyr Antônio Jorge
Coordenador da Coseas

Coordenadoria de Assistência Social da USP

Anexo 2

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 29 de outubro de 2010.

Ilm.^a Sr.^a
Kelly Cristina Máxima Pereira Venâncio

Ref.: Processo nº 969/2010/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**A magnitude da violência de gênero entre as mulheres trabalhadoras de restaurantes universitários**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado 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 Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 29 de outubro de 2010.

Ilm.^a Sr.^a
Kelly Cristina Máxima Pereira Venâncio

Ref.: Processo nº 969/2010/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**A magnitude da violência de gênero entre as mulheres trabalhadoras de restaurantes universitários**”, 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 Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Anexo 3

Plano de Classificação de Funções

PLANO DE CLASSIFICAÇÃO DE FUNÇÕES			GRUPO: BÁSICO
AUXILIAR DE COZINHA	AUXILIAR DE COZINHA II	AUXILIAR DE COZINHA III	
FAIXA: (Início: IG Fim: IK) Código: 619	FAIXA: (Início: IIA Fim: IIK) Código: 961	FAIXA: (Início: IIIA Fim: IIKK) Código: 963	
DESCRIÇÃO: Sumária: Executar tarefas de suporte no preparo de alimentos e refeições, sob orientação de cozinheiro e/ou nutricionista. Auxiliar diretamente, sob orientação, nas atividades operacionais relativas ao funcionamento dos restaurantes. Detalhada: <ul style="list-style-type: none"> Auxiliar no pré-preparo e no preparo de gêneros alimentícios e refeições, participando de todas as etapas do processo (corte, limpeza, pesagem, acondicionamento, entre outras). Executar tarefas básicas, operacionais e de apoio relacionadas ao funcionamento dos restaurantes. Cuidar do transporte, carga, descarga e armazenamento de instrumentos, equipamentos, gêneros alimentícios e materiais utilizados em sua área de atuação. Afiar facas e outros instrumentos de corte. Mantiver livre de contaminação ou de deterioração os viveres sob sua guarda. Operar aparelhos e/ou equipamentos de preparo e manipulação de gêneros alimentícios, aparelhos de aquecimento e/ou refrigeração, sob a orientação do cozinheiro ou nutricionista. Zelar pela segurança individual e coletiva, utilizando equipamentos de proteção apropriados, quando da execução dos serviços. Desenvolver suas atividades, aplicando normas e procedimentos de biossegurança. Zelar pela guarda, conservação, manutenção e limpeza dos equipamentos, instrumentos e materiais utilizados, bem como do local de trabalho. Executar o descarte de resíduos de materiais provenientes do local de trabalho. Executar outras tarefas correlatas, conforme necessidade ou a critério de seu superior. 	DESCRIÇÃO: Além do conhecimento e desenvolvimento das atividades da faixa I, o funcionário deve: <ul style="list-style-type: none"> Sugerir melhorias e soluções relacionadas à execução das atividades da faixa I. Auxiliar no treinamento e orientação dos funcionários da faixa I de seu grupo de atuação. Executar preparações culinárias simples, de acordo com orientação de cozinheiro e/ou nutricionista. 	DESCRIÇÃO: Além do conhecimento e desenvolvimento das atividades das faixas I e II, o funcionário deve: <ul style="list-style-type: none"> Orientar o serviço dos servidores das faixas II e III. Realizar tarefas de sua área de atuação com autonomia, participando da estruturação e do planejamento das atividades, em colaboração com os funcionários de nível técnico e superior. Realizar treinamento dos funcionários das faixas I e II de sua área de atuação. 	

PLANO DE CLASSIFICAÇÃO DE FUNÇÕES			GRUPO: BÁSICO
AUXILIAR DE COZINHA	AUXILIAR DE COZINHA II	AUXILIAR DE COZINHA III	
FAIXA: (Início: IG Fim: IK) Código: 619	FAIXA: (Início: IIA Fim: IIK) Código: 961	FAIXA: (Início: IIIA Fim: IIKK) Código: 963	
REQUISITOS EXIGIDOS: <ul style="list-style-type: none"> Ensino Fundamental completo. 	REQUISITOS EXIGIDOS: Os da faixa I e: <ul style="list-style-type: none"> 08 anos de experiência na função, ou, 06 anos de experiência na função e cursos específicos da área de atuação, realizados nesse mesmo período, ou, 04 anos de experiência na função e ensino médio completo ou equivalente. 	REQUISITOS EXIGIDOS: Os da faixa I e: <ul style="list-style-type: none"> 12 anos de experiência na função ou, 10 anos de experiência na função e cursos específicos da área de atuação, realizados nesse período, ou, 08 anos de experiência na função e ensino médio completo ou equivalente. 	
ÁREA (S) DE ATUAÇÃO: Alimentação			

Aprovado pela CCRH em: 08/09/2004,
Atualizado em: 01/11/2007, 28/04/2008, 09/05/2011.

Presidente

PLANO DE CLASSIFICAÇÃO DE FUNÇÕES				GRUPO: BÁSICO	
COZINHEIRO		COZINHEIRO II		COZINHEIRO III	
FAIXA: (Início: IG Fim: IK) Código: 1211		FAIXA: (Início: IIA Fim: IIK) Código: 623		FAIXA: (Início: IIIA Fim: IIIK) Código: 836	
DESCRIÇÃO:		DESCRIÇÃO:		DESCRIÇÃO:	
<p>Sumária:</p> <p>Executar tarefas específicas, típicas de sua área de atuação, relacionadas ao preparo de refeições, fórmulas lácteas, hídrlicas e enterais, que exijam qualificação e experiência, conforme a orientação do nutricionista.</p> <p>Detalhada:</p> <ul style="list-style-type: none">Preparar refeições e sobremesas, controlando a qualidade dos alimentos e o tempo de preparo, para atender a cardápios estipulados.Elaborar dietas individualizadas, de acordo com cardápios estipulados, obedecendo às técnicas dietéticas de preparo e às normas de higiene que a situação requer.Efetuar controle de quantidade e qualidade dos ingredientes utilizados nas preparações.Zelar pela higiene nos trabalhos da cozinha, aplicando métodos corretos de manipulação, higienização e conservação de alimentos, bem como providenciando a limpeza de equipamentos, instalações e utensílios.Orientar, executar e eventualmente auxiliar no pré-preparo e preparo de alimentos e refeições, escolhendo os cereais, descascando, lavando e picando verduras, legumes, tubérculos e frutas; limpando e cortando carnes, de forma a agilizar o preparo das refeições.Zelar pela segurança individual e coletiva, utilizando equipamentos de proteção apropriados, quando da execução dos serviços.Desenvolver suas atividades, aplicando normas e procedimentos de biossegurança.Zelar pela guarda, conservação, manutenção e limpeza dos equipamentos, instrumentos e materiais utilizados, bem como do local de trabalho.Executar tratamento e descarte de resíduos de materiais provenientes de seu local de trabalho.Executar outras tarefas correlatas, conforme necessidade ou a critério de seu superior.		<p>Além do conhecimento e desenvolvimento das atividades da faixa I, o funcionário deve:</p> <ul style="list-style-type: none">Decorar pratos e arrumar as mesas de acordo com o serviço escolhido (à francesa, à americana etc.)Calcular, preparar, separar em porções, identificar e conservar fórmulas lácteas, hídrlicas e enterais.Participar da preparação de buffés de saladas, corte de frios, charcutaria e outros.Operar aparelhos e/ou equipamentos de preparo e manipulação de gêneros alimentícios, assim como aparelhos de aquecimento e/ou de refrigeração.Comunicar ao superior imediato as irregularidades encontradas na qualidade da mercadoria entregue para cozimento, bem como sobre a necessidade de reparo e reposição de utensílios, equipamentos e instalações de cozinha.Realizar treinamento dos funcionários da faixa I de sua área de atuação.		<p>Além do conhecimento e desenvolvimento das atividades das faixas I e II, o funcionário deve:</p> <ul style="list-style-type: none">Preparar dietas especiais de acordo com a prescrição.Sugerir produtos a serem adquiridos ou requisitados, visando à modificação do cardápio.Colaborar com os técnicos do grupo superior na elaboração de relatórios dos seus setores de atuação.Participar, sob orientação, de cursos para formação dos recursos humanos, visando simplificar e aumentar a eficácia das atividades funcionais.Realizar, sob orientação, treinamentos de técnicos das faixas I e II e dos básicos de sua área de atuação.	

PLANO DE CLASSIFICAÇÃO DE FUNÇÕES				GRUPO: BÁSICO	
COZINHEIRO		COZINHEIRO II		COZINHEIRO III	
FAIXA: (Início: IG Fim: IK) Código: 1211		FAIXA: (Início: IIA Fim: IIK) Código: 623		FAIXA: (Início: IIIA Fim: IIIK) Código: 836	
REQUISITOS EXIGIDOS:		REQUISITOS EXIGIDOS:		REQUISITOS EXIGIDOS:	
<ul style="list-style-type: none">Ensino Fundamental completo.06 meses de experiência, relacionada às atividades a serem desempenhadas, ou curso profissionalizante na área de atuação.Dominar técnicas para manipulação/conservação de alimentos, fórmulas lácteas, hídrlicas e enterais, além do preparo de pratos e refeições.Conhecimento de equipamentos utilizados na cozinha e lactário, bem como de normas de segurança e higiene.		<p>Os da faixa I e:</p> <ul style="list-style-type: none">08 anos de experiência na função; ou06 anos de experiência na função e cursos específicos da área de atuação, realizados nesse mesmo período; ou04 anos de experiência na função e ensino médio completo ou equivalente.		<p>Os da faixa I e:</p> <ul style="list-style-type: none">12 anos de experiência na função; ou10 anos de experiência na função e cursos específicos da área de atuação, realizados nesse período; ou08 anos de experiência na função e ensino médio completo ou equivalente.	

ÁREA (S) DE ATUAÇÃO: Alimentação.	
-----------------------------------	--

Aprovado pela CCRH em: 08/09/2004 Atualizado em: 28/03/2006, 13/03/2008, 24/03/2009, 29/04/2009, 03/03/2011, 09/05/2011.	
Presidente	

PLANO DE CLASSIFICAÇÃO DE FUNÇÕES				GRUPO: TÉCNICO	
TÉCNICO EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA		TÉCNICO EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA II		TÉCNICO EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA III	
FAIXA: (Início: IA Fim: IK) Código: 627		FAIXA: (Início: IIA Fim: IIK) Código: 1139		FAIXA: (Início: IIIA Fim: IIIK) Código: 1140	
DESCRIÇÃO: Sumária: Proceder à elaboração de cardápios e o controle da confecção dos mesmos, estabelecendo tipos de dietas, adequadas para um grupo de indivíduos ou individualmente, para pacientes sob supervisão do nutricionista. Inspeccionar a produção de laticínios, abatedouros e frigoríficos, verificando se as condições de conservação e higiene estão de acordo com a regulamentação.		DESCRIÇÃO: Além do conhecimento e desenvolvimento das atividades da faixa I, o funcionário deve: <ul style="list-style-type: none"> • Coletar amostras diariamente de alimentos para análise; • Pesquisar e utilizar materiais e técnicas específicas para o controle de qualidade das preparações e distribuição das refeições; • Auxiliar no treinamento dos funcionários da faixa I do grupo Técnico e os do Grupo Básico; • Orientar os serviços dos técnicos da faixa I de sua área de atuação; • Organizar arquivos e orientar o envio e recebimento de documentos pertinentes de sua área de atuação. 		DESCRIÇÃO: Além do conhecimento e desenvolvimento das atividades das faixas I e II, o funcionário deve: <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar com os técnicos do grupo superior na elaboração de relatórios dos seus setores de atuação; • Participar sob orientação de cursos para formação dos recursos humanos visando simplificar e aumentar a eficácia das atividades funcionais; • Realizar sob orientação treinamentos de técnicos das faixas I e II e dos básicos de sua área de atuação. 	
Detalhada: <ul style="list-style-type: none"> • Controlar o preparo de refeições de pacientes e funcionários, observando e instruindo, quanto à aplicação de técnicas adequadas de higienização, pré-preparo, cocção e armazenamento de alimentos. • Monitorar níveis de estoque de gêneros alimentícios e materiais da cozinha, efetuando balanços e cálculos de consumo, requisitando-os ao almoxarifado ou emitindo pedidos de compras, cotando, semanalmente, preços de perecíveis e controlando qualidade e quantidade dos produtos no ato do recebimento. • Manter livre de contaminação ou de deterioração os viveres ou produtos alimentícios sob sua guarda. • Zelar pela manutenção dos equipamentos da cozinha, inspecionando-os, solicitando consertos e testando seu funcionamento. • Coletar dados junto a pacientes e funcionários, para avaliação de aceitação de refeições. • Elaborar mapas de controle de número e tipos de dietas. • Manter atualizadas as folhas de alimentação das copas. • Elaborar escalas de limpeza dos equipamentos e áreas de trabalho. • Acompanhar a distribuição de refeições aos comensais. • Auxiliar na organização de arquivos, envio e recebimento de documentos, pertinentes a sua área de atuação para assegurar a pronta localização de dados. • Zelar pela segurança individual e coletiva, utilizando equipamentos de proteção apropriados, quando da execução dos serviços. • Ter conhecimento das normas e procedimentos de biossegurança. • Zelar pela guarda, conservação, manutenção e limpeza dos equipamentos, instrumentos e materiais utilizados, bem como do local de trabalho. • Executar tratamento e descarte de resíduos de materiais provenientes de seu local de trabalho. 					

PLANO DE CLASSIFICAÇÃO DE FUNÇÕES				GRUPO: TÉCNICO	
TÉCNICO EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA		TÉCNICO EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA II		TÉCNICO EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA III	
FAIXA: (Início: IA Fim: IK) Código: 627		FAIXA: (Início: IIA Fim: IIK) Código: 1139		FAIXA: (Início: IIIA Fim: IIIK) Código: 1140	
<ul style="list-style-type: none">• Manter-se atualizado em relação às tendências e inovações tecnológicas de sua área de atuação e das necessidades do setor/departamento.• Executar outras tarefas correlatas, conforme necessidade ou a critério de seu superior.					
REQUISITOS EXIGIDOS:		REQUISITOS EXIGIDOS:		REQUISITOS EXIGIDOS:	
<ul style="list-style-type: none">• Curso técnico em nutrição e dietética completo, em nível de ensino médio.• Registro no órgão profissional.• Conhecimento de informática.		<p>Os da faixa I e:</p> <ul style="list-style-type: none">• 08 anos de experiência na função; ou• 06 anos de experiência na função com cursos específicos e projetos implantados na área de atuação; ou• 04 anos de experiência na função e curso técnico completo (nível ensino médio) específico da função; ou• 04 anos de experiência na função e curso superior de graduação* em andamento, específico da área de atuação (cursando pelo menos o 2º ano); ou• 02 anos de experiência na função e curso superior de graduação* completo, na área de atuação. <p>*Curso de graduação completo com carga horária mínima fixada pelo MEC.</p>		<p>Os da faixa I e:</p> <ul style="list-style-type: none">• 12 anos de experiência na função; ou• 10 anos de experiência na função com curso técnico completo (nível ensino médio) específico da função ou com cursos específicos e projetos implantados na área de atuação; ou• 08 anos de experiência na função com cursos específicos ou com projetos implantados e/ou trabalhos publicados na área de atuação; ou• 04 anos de experiência na função e curso superior de graduação* completo, na área de atuação. <p>*Curso de graduação completo com carga horária mínima fixada pelo MEC.</p>	
ÁREA (S) DE ATUAÇÃO: Alimentação.					

Aprovado pela CCRH em: 08/09/2004
 Atualizado em: 01/09/2005, 09/02/2007, 20/04/2008, 20/01/2009, 27/07/2010.

Presidente

PLANO DE CLASSIFICAÇÃO DE FUNÇÕES				GRUPO: SUPERIOR	
NUTRICIONISTA		NUTRICIONISTA II		NUTRICIONISTA III	
FAIXA: (Início: IA Fim: IK) Código: 626		FAIXA: (Início: IIA Fim: IIK) Código: 1112		FAIXA: (Início: IIIA Fim: IIIK) Código: 1113	
DESCRIÇÃO: Sumária: Planejar, orientar e supervisionar a execução das atividades relacionadas à área de alimentação e nutrição, sob sua responsabilidade. Detalhada: <ul style="list-style-type: none">Planejar e elaborar os cardápios, de acordo com as necessidades de sua clientela.Orientar o trabalho do pessoal auxiliar, supervisionando o preparo, distribuição das refeições, recebimento dos gêneros alimentícios, sua armazenagem e distribuição.Orientar e supervisionar os serviços nas áreas de cocção dos gêneros alimentícios, de acordo com o cardápio do dia.Planejar e racionar a quantidade de gêneros alimentícios necessários, de acordo com o cardápio preestabelecido.Estimar custo mensal das refeições, por meio de fichas de controle diário (saída de alimentos da despensa), cotação de preços e número de refeições servidas.Elaborar, periodicamente, tabelas e quadros demonstrativos do consumo de gêneros alimentícios.Elaborar escalas mensais de trabalho, prevendo a disponibilidade de recursos humanos no mês, para atendimento da demanda de consumo prevista.Programar e desenvolver o treinamento do serviço do pessoal da área de nutrição, objetivando racionalizar e melhorar o padrão técnico dos serviços.Orientar a compra de gêneros alimentícios, alimentos semi-preparados, assim como a aquisição de equipamentos, maquinários e materiais específicos.Controlar a qualidade e a quantidade de gêneros alimentícios recebidos.Zelar pela ordem e manutenção de boas condições higiênicas do local e instalações relacionadas com o serviço de alimentação, orientando e supervisionando o pessoal auxiliar, providenciando recursos adequados, para assegurar a confecção de alimentação sadia.Planejar e desenvolver treinamentos, palestras e outros eventos de sua especialização.Participar de equipes multiprofissionais em estudos de sua competência.Apoiar os docentes em suas atividades de pesquisa e extensão, sendo vedadas as atividades didáticas, exceto aquelas de apoio laboratorial.Zelar pela segurança individual e coletiva, utilizando equipamentos de proteção apropriados, quando da execução dos serviços.Desenvolver suas atividades, aplicando normas e procedimentos de biossegurança.Zelar pela guarda, conservação, manutenção e limpeza dos equipamentos, instrumentos e materiais utilizados, bem como do local de trabalho.Manter-se atualizado em relação às tendências e inovações tecnológicas de sua área de atuação e das necessidades do setor/departamento.		DESCRIÇÃO: Além do conhecimento e desenvolvimento das atividades das faixas I, o funcionário deve: <ul style="list-style-type: none">Auxiliar no planejamento para aplicação de técnicas de trabalho, visando à qualidade dos serviços prestados no setor de sua atuação.Realizar pesquisa de novos produtos.Fazer orientação dietética e dietoterápica.Fazer o planejamento das atividades da área.Emitir boletins, relatórios e pareceres sobre assunto da sua especialidade.Auxiliar no treinamento dos funcionários da faixa I e estagiários.Orientar os serviços dos funcionários do grupo superior da faixa I.		DESCRIÇÃO: Além do conhecimento e desenvolvimento das atividades das faixas I e II, o funcionário deve: <ul style="list-style-type: none">Planejar, estabelecer e orientar a aplicação de técnicas de trabalho, visando à qualidade dos serviços prestados pelos funcionários na sua área de atuação.Preparar projetos dentro de sua área de atuação, visando ou não a captação de recursos.Desenvolver técnicas para o controle de qualidade das refeições.Desenvolver projetos para implantação de equipamentos de alta tecnologia.Redigir textos informativos sobre eventos, folders, catálogos, cartazes, relatórios, etc.Participar da formação de recursos humanos na sua área de atuação, realizando treinamento dos grupos superior e técnico.	

PLANO DE CLASSIFICAÇÃO DE FUNÇÕES				GRUPO: SUPERIOR	
NUTRICIONISTA		NUTRICIONISTA II		NUTRICIONISTA III	
FAIXA: (Início: IA Fim: IK) Código: 626		FAIXA: (Início: IIA Fim: IIK) Código: 1112		FAIXA: (Início: IIIA Fim: IIIK) Código: 1113	
DESCRIÇÃO: <ul style="list-style-type: none">Executar outras tarefas correlatas, conforme necessidade ou a critério de seu superior. Área Hospitalar: Além das atividades acima: <ul style="list-style-type: none">Proceder à avaliação nutricional dos pacientes internados e de laboratório, fazendo as observações necessárias no prontuário.Proceder à prescrição dietoterápica, quando lhe for solicitado.Proceder à adequação dietética, de acordo com a prescrição médica.Proceder à assistência aos pacientes de ambulatório, fornecendo dietas específicas a cada caso.Participar de visitas multiprofissionais aos pacientes.Instruir os pacientes, quando necessário, na observância da dieta, durante a internação e após a alta.Auxiliar nos trabalhos de apoio à pesquisa e à extensão universitária.Zelar pela guarda, conservação, manutenção e limpeza dos equipamentos, instrumentos e materiais utilizados, bem como do local de trabalho.Desenvolver suas atividades, aplicando normas e procedimentos de biossegurança.Executar outras tarefas correlatas, conforme necessidade ou a critério de seu superior.		DESCRIÇÃO:		DESCRIÇÃO:	
REQUISITOS EXIGIDOS: <ul style="list-style-type: none">Curso de graduação completo em Nutrição, com carga horária mínima fixada pelo MEC.Registro no órgão profissional.Língua estrangeira: necessidade e nível a depender da área de atuação. Se for de interesse, a Unidade/Órgão poderá optar por teste de proficiência.Conhecimento de informática.		REQUISITOS EXIGIDOS: Os da faixa I e: <ul style="list-style-type: none">08 anos de experiência na função; ou06 anos de experiência na função com projetos implantados ou com trabalhos publicados na área de atuação; ou04 anos de experiência na função e cursos de atualização na área de atuação (somando) pelo menos 180h; ou02 anos de experiência na função e curso de especialização na área de atuação de pelo menos 360h; ou01 ano de experiência na função e Título de Mestre em sua área de atuação.		REQUISITOS EXIGIDOS: Os da faixa I e: <ul style="list-style-type: none">12 anos de experiência na função; ou10 anos de experiência na função com projetos implantados ou com trabalhos publicados na área de atuação; ou08 anos de experiência na função e curso de atualização na área de atuação de pelo menos 180h; ou06 anos de experiência na função e curso de especialização na área de atuação de pelo menos 360h; ou04 anos de experiência na função e Título de Mestre em sua área de atuação; ou02 anos de experiência na função e Título de Doutor em sua área de atuação.	
ÁREA (S) DE ATUAÇÃO: Alimentação / Saúde.					

Aprovado pela CCRH em: 08/09/2004
Atualizado em: 14/06/2005, 01/09/2005, 08/02/2007, 10/09/2007, 28/04/2008, 20/01/2009, 19/05/2009, 27/07/2010.

Presidente

PLANO DE CLASSIFICAÇÃO DE FUNÇÕES				GRUPO: BÁSICO	
AUXILIAR DE ADMINISTRAÇÃO		AUXILIAR DE ADMINISTRAÇÃO II		AUXILIAR DE ADMINISTRAÇÃO III	
FAIXA: (Início: IG Fim: IK) Código: 597		FAIXA: (Início: IIA Fim: IIK) Código: 990		FAIXA: (Início: IIIA Fim: IIIC) Código: 994	
DESCRIÇÃO:		DESCRIÇÃO:		DESCRIÇÃO:	
Sumária:					
Executar trabalhos auxiliares em tarefas nas áreas Acadêmicas, Administrativas, Financeiras, Recursos Humanos, Serviços Gráficos e Reprográficos, Comunicação e Bibliotecas		Além do conhecimento e desenvolvimento das atividades da faixa I, o funcionário deve:		Além do conhecimento e desenvolvimento das atividades das faixas I e II, o funcionário deve:	
Detalhada:					
<ul style="list-style-type: none">Prestar ajuda às áreas de sua atuação, executando atividades que requeram a repetição de rotinas previamente definidas.Preparar processos e protocolos, seguindo orientação de seu superior hierárquico, com documentos, informações, transcrição de dados e anotações.Elaborar o controle e registro de atividades, de acordo com as rotinas estabelecidas, utilizando sistemas e formulários necessários.Prestar informações e orientações ao público sob supervisão sobre os procedimentos da sua área atuação.Auxiliar a Instituição nas atividades de ensino, pesquisa e extensão, preparando materiais e equipamentos necessários.Receber e arquivar documentos, em ordem pré-estabelecida visando facilitar futuras consultas.Auxiliar na organização de arquivos, serviços gerais de digitação, envio e recebimento de documentos e auxiliar em outros serviços pertinentes à área de atuação.Zelar pela guarda, conservação, manutenção e limpeza dos equipamentos, instrumentos e materiais utilizados, bem como do local de trabalho.Executar outras tarefas correlatas, conforme necessidade ou a critério de seu superior.		<ul style="list-style-type: none">Executar atividades de apoio específico na sua área de atuação, que exijam qualificação e experiência para o estabelecimento de rotinas e sob supervisão.Auxiliar no treinamento dos funcionários da faixa I do grupo básico.Acessar os bancos de dados disponíveis para localização de informações.		<ul style="list-style-type: none">Executar atividades seguindo rotinas predeterminadas pela chefia imediata;Solicitar orientações e eventualmente apresentar sugestões das suas atividades à chefia;Atuar, eventualmente, supervisionando equipes que executam serviços rotineiros e pré-definidos;Preencher planilhas de baixa complexidade de dados estatísticos.Auxiliar na execução de projetos.Auxiliar no treinamento dos funcionários da faixa II do grupo básico de sua área de atuação.Trabalhar em conformidade a normas e procedimentos técnicos e de qualidade, segurança, higiene.	

PLANO DE CLASSIFICAÇÃO DE FUNÇÕES				GRUPO: BÁSICO	
AUXILIAR DE ADMINISTRAÇÃO		AUXILIAR DE ADMINISTRAÇÃO II		AUXILIAR DE ADMINISTRAÇÃO III	
FAIXA: (Início: IG Fim: IK) Código: 597		FAIXA: (Início: IIA Fim: IIK) Código: 990		FAIXA: (Início: IIIA Fim: IIIC) Código: 994	
REQUISITOS EXIGIDOS:		REQUISITOS EXIGIDOS:		REQUISITOS EXIGIDOS:	
<p>Os requisitos exigidos são:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ensino Fundamental Completo.• Conhecimento de informática.		<p>Os da faixa I e:</p> <ul style="list-style-type: none">• 08 anos de experiência na função, ou,• 06 anos de experiência na função e cursos específicos da área de atuação, realizados nesse mesmo período, ou,• 04 anos de experiência na função e ensino médio completo ou equivalente.		<p>Os da faixa I e:</p> <ul style="list-style-type: none">• 12 anos de experiência na função ou,• 10 anos de experiência na função e cursos específicos da área de atuação, realizados nesse período, ou,• 08 anos de experiência na função e ensino médio completo ou equivalente.	
ÁREA (S) DE ATUAÇÃO: Administração Geral, Serviços Gráficos e Reprográficos, Comunicação, Biblioteca e SIBI, Recursos Humanos, Financeira e/ou Contábil, Acadêmica.					

Aprovado pela CCRH em: 08/09/2004
 Atualizado em: 01/09/2005, 01/11/2007, 28/04/2008, 21/01/2009

Presidente

PLANO DE CLASSIFICAÇÃO DE FUNÇÕES			GRUPO: TÉCNICO		
AGENTE DE VIGILÂNCIA		AGENTE DE VIGILÂNCIA II		AGENTE DE VIGILÂNCIA III	
FAIXA: (Início: IA Fim: IK)	Código: 760	FAIXA: (Início: IIA Fim: IIK)	Código: 857	FAIXA: (Início: IIIA Fim: IIKK)	Código: 861
DESCRIÇÃO:		DESCRIÇÃO:		DESCRIÇÃO:	
Sumária: Exercer trabalhos relacionados à execução de medidas de vigilância no campus.		Além do conhecimento e desenvolvimento das atividades da faixa I, o funcionário deve:		Além do conhecimento e desenvolvimento das atividades das faixas I e II, o funcionário deve:	
Detalhada: <ul style="list-style-type: none"> Exercer vigilância no Campus, percorrendo-o e inspecionando-o para garantir a segurança de pessoas e bens. Prestar apoio à realização de eventos em áreas do Campus, exercendo vigilância, orientando o tráfego e outros. Orientar tráfego dentro do Campus, em ocasiões especiais. Exercer tarefas de controle da ocupação do espaço interno e do entorno da moradia universitária. Desenvolver junto aos moradores ações preventivas e de segurança integradas às ações de prevenção e assistência social. Atuar como mediador nos conflitos existentes entre os moradores. Prestar ações de primeiros socorros, quando necessário. Acionar supervisores, caso haja algum acontecimento suspeito, ou acidente de gravidade. Auxiliar na organização de arquivos, envio e recebimento de documentos pertinentes à sua área de atuação para assegurar a pronta localização de dados, visando à elaboração de relatórios e controles diversos. Fiscalizar a movimentação de veículos nos estacionamentos e vias da USP, tomando as providências necessárias para qualquer fato anormal. Zelar pela segurança individual e coletiva, utilizando equipamentos de proteção apropriados, quando da execução dos serviços. Zelar pela guarda, conservação, manutenção e limpeza dos equipamentos, instrumentos e materiais utilizados, bem como do local de trabalho. Manter-se atualizado em relação às tendências e inovações tecnológicas de sua área de atuação e das necessidades do setor/departamento. Executar outras tarefas correlatas, conforme necessidade ou a critério de seu superior. 		<ul style="list-style-type: none"> Fiscalizar as entradas e saídas do campus, tomando as providências necessárias para quaisquer fatos anormais verificados. Informar o superior, ou outra autoridade, sobre a ocorrência de fatos anormais. Gerenciar e administrar conflitos e promover junto aos moradores os valores coletivos e as regras de convívio social, o respeito aos direitos individuais, visando à conservação do bem comum e o adequado deste. Colaborar em programas de segurança coletiva. Organizar arquivos e orientar o envio e recebimento de documentos pertinentes à sua área de atuação, com ocorrências diárias dos funcionários. Atender ao público interno ou externo à USP, orientado-o e encaminhando-o aos locais solicitados. Manter-se em seu posto de serviço até sua rendição. Auxiliar no treinamento dos funcionários da faixa I do grupo Técnico e os do Grupo Básico. Orientar os serviços dos técnicos da faixa I de sua área de atuação. 		<ul style="list-style-type: none"> Coordenar as atividades dos funcionários das faixas anteriores e do pessoal auxiliar. Controlar e sugerir compras de materiais pertinentes à sua área de atuação. Sugerir metodologia de trabalho visando à melhoria da qualidade do mesmo. Executar as ações de Agente de Segurança, acrescidas da coordenação das atividades dos agentes e pelos responsáveis pelas moradias. Estabelecer relações com os demais níveis, visando à integração das ações e o cumprimento da totalidade do processo de trabalho de segurança comunitária. Elaborar estatísticas dos serviços prestados à comunidade. Controlar o abastecimento das viaturas. Colaborar com os técnicos do grupo superior na elaboração de relatórios informatizados dos seus setores de atuação. Participar, sob orientação, de cursos para formação dos recursos humanos, visando simplificar e aumentar a eficácia das atividades funcionais. Realizar sob orientação treinamentos de técnicos das faixas I e II e dos básicos de sua área de atuação. 	

PLANO DE CLASSIFICAÇÃO DE FUNÇÕES				GRUPO: TÉCNICO	
AGENTE DE VIGILÂNCIA		AGENTE DE VIGILÂNCIA II		AGENTE DE VIGILÂNCIA III	
FAIXA: (Início: IA Fim: IK) Código: 760		FAIXA: (Início: IIA Fim: IIK) Código: 857		FAIXA: (Início: IIIA Fim: IIKK) Código: 861	
REQUISITOS EXIGIDOS:		REQUISITOS EXIGIDOS:		REQUISITOS EXIGIDOS:	
<ul style="list-style-type: none">• Ensino médio completo.• Carteira de habilitação para moto e para carro sem restrição para atividade remunerada.• Conhecimento de técnicas de defesa pessoal.• Curso de primeiros socorros.		<p>Os da faixa I e:</p> <ul style="list-style-type: none">• 08 anos de experiência na função; ou• 06 anos de experiência na função com cursos específicos na área de atuação; ou• 04 anos de experiência na função e curso técnico completo (nível ensino médio) específico da função; ou• 04 anos de experiência na função e curso superior de graduação* em andamento, específico da área de atuação (curando pelo menos o 2º ano); ou• 02 anos de experiência na função e curso superior de graduação* completo, na área de atuação. <p>*Curso de graduação completo com carga horária mínima fixada pelo MEC.</p>		<p>Os da faixa I e:</p> <ul style="list-style-type: none">• 12 anos de experiência na função; ou• 10 anos de experiência na função com curso técnico completo (nível ensino médio) específico da função ou com cursos específicos e projetos implantados na área de atuação; ou• 08 anos de experiência na função e curso superior de graduação* em andamento, específico da área de atuação (curando pelo menos o 3º ano); ou• 04 anos de experiência na função e curso superior de graduação* completo, na área de atuação. <p>*Curso de graduação completo com carga horária mínima fixada pelo MEC.</p>	
ÁREA (S) DE ATUAÇÃO: Vigilância e Segurança do Campus.					

Aprovado pela CCRH em: 08/09/2004
 Atualizado em: 09/02/2007, 28/04/2008, 20/01/2009,
 27/07/2010.

Presidente