

VALÉRIA NANJI SILVA

Violência e uso de substâncias psicoativas: um estudo com mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária à Saúde de São Paulo

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

Área de concentração: Medicina Preventiva
Orientadora: Profa. Dra. Ana Flávia Pires
Lucas d'Oliveira

**São Paulo
2008**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Silva, Valéria Nanci

Violência e uso de substâncias psicoativas : um estudo com mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária à Saúde de São Paulo / Valéria Nanci Silva. -- São Paulo, 2008.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva.

Área de concentração: Medicina Preventiva.

Orientadora: Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira.

Descritores: 1.Violência contra a mulher 2.Uso de medicamentos 3.Atenção primária à saúde 4.Bebidas alcoólicas 5.Drogas ilícitas 6.Transtornos relacionados ao uso de substâncias

USP/FM/SBD-121/08

DEDICATÓRIA

As grandes mães, minhas ancestrais (IYA BA), destacando a figura de Dona Florentina ou Dona Florença, nascida em 1898, no mesmo dia e mês do meu nascimento (30 de agosto) e que por sofrer violência do marido, fugiu e mudou o nome para precaver-se de perseguições.

Ao meu amigo-irmão, Mauri Francisco Alves, que por estar exposto ao pragmatismo medicamentoso contemporâneo viu-se com a Síndrome de Stevens-Johnson, contudo faleceu, no auge dos seus 28 anos, sabendo que as poucas palavras aqui escritas sobre medicação são dedicadas a ele ... pelo seu sofrimento ... o nosso sofrimento!!!

AGRADECIMENTOS

É certo que todas as pessoas que convivem comigo deveriam estar aqui destacadas, pelos gestos de carinho, apoio e tolerância em relação as minhas ausências e rompantes de angústia.

Contudo, agradeço inicialmente as pessoas envolvidas diretamente nesta produção acadêmica, pela paciência e carinho, na figura da Professora Lilia Blima e Ana Flávia. Não esquecendo do Ricardo, pela amizade e disponibilidade em me ajudar.

Agradecimentos especiais a Professora Ana Noto, por sua contribuição como membro da banca de qualificação.

A agência financiadora: CNPq (processos nº 506705/2004-8 e 132348/2006-3).

Não posso esquecer dos amigos de trabalho que tanto ouviram falar dos assuntos aqui tratados e que muitas vezes, ajudaram com suas observações e abraços: Karina, Biba, Alexandre, Sara, Alessandro e Nair.

Agradecimentos especiais aos amigos, irmãos de afinidade, pelas horas prazerosas, regadas com carinho e longas conversas, destacando: Osvaldo, Leandro, Tadeu, Giovana, Thaiana, Pedro, Regina, Valéria, Eugênio, Paula, Cláudia, Fernando, Rosângela e os demais, os quais temo ter esquecido de citar.

Ao Luiz Carlos e Ribas, por me ensinar a ver a vida com um outro olhar.

E por fim, a minha família e em especial, a Luciane pelo companheirismo que só uma filha do vento e dos raios pode proporcionar.

Esta dissertação está de acordo com:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Editors (Vancouver)*

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria júlia de A L Freddi, Maria Fazanelli Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journal Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de figuras

Lista de tabelas

Resumo

Summary

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Objetivos	9
2	REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1	Violência contra mulheres: peculiaridades	11
2.2	Drogas: problema médico e jurídico em conexão com a perspectiva de gênero	17
2.2.1	<i>Diferenças no consumo de drogas entre os gêneros</i>	25
2.3	Perspectivas analíticas para a relação: violência contra a mulher e o uso de álcool e/ou drogas	29
3	MÉTODOS	32
3.1	Desenho do estudo e amostra	32
3.2	Instrumento da pesquisa	33
3.2.1	<i>Questões sócio-demográficas</i>	35
3.2.2	<i>Questões sobre violência</i>	37
3.2.3	<i>Questões sobre o consumo de substâncias psicoativas</i>	38
3.3	Coleta de dados	42
3.4	Aspectos éticos	43
3.5	Análise dos dados	44
4	RESULTADOS	45

4.1	Dados sócio-demográficos	45
4.2	Consumo de substâncias psicoativas	49
4.2.1	<i>Medicamentos</i>	49
4.2.2	<i>Álcool ou drogas ilícitas</i>	52
4.3	Vivência de situações de violência	43
4.3.1	<i>Consumo de álcool e/ou drogas ilícitas no momento da violência</i>	64
4.3.2	<i>Uso de álcool e/ou drogas ilícitas pelas mulheres e vivência de violência</i>	66
4.4	Teste qui-quadrado	68
5	DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	74
6	ANEXOS	89
7	REFERÊNCIAS	94

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Sobreposição do uso de medicamentos (nas últimas quatro semanas), álcool e drogas ilícitas (na vida) pelas mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária a Saúde do Município de São Paulo. São Paulo – 2005 (N= 362)	57
Figura 2 -	Sobreposição do uso freqüente de medicamentos (nas últimas quatro semanas), álcool e drogas ilícitas realizado pelas mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária a Saúde do Município de São Paulo. São Paulo – 2005 (N= 112)	57
Figura 3 -	Sobreposição do uso ocasional de medicamentos (nas últimas quatro semanas), álcool e drogas ilícitas realizado pelas mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária a Saúde do Município de São Paulo. São Paulo – 2005 (N= 241)	58
Figura 4 -	Sobreposição dos casos de violência psicológica, física e sexual perpetrada por parceiros íntimos (atual ou ex-parceiros mais recente) contra as mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária a Saúde do Município de São Paulo. São Paulo – 2005 (N= 200).....	60
Figura 5 -	Sobreposição dos casos de violência psicológica, física e sexual perpetrada por parceiros íntimos (atual ou ex-parceiros mais recente) no último ano, contra as mulheres usuárias de um serviço de atenção primária a saúde do Município de São Paulo. São Paulo – 2005 (N= 143).....	60
Figura 6 -	Sobreposição dos casos de violência psicológica, física e sexual perpetrada por qualquer parceiro íntimo na vida, contra as mulheres usuárias de um serviço de atenção primária a saúde do Município de São Paulo. São Paulo – 2005 (N= 264)	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sócio-demográficas das mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005	46
Tabela 2 – Características sócio-demográficas dos parceiros íntimos (atual e ex-parceiro mais recente) das mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005	47
Tabela 3 – Ocupação dos parceiros íntimos, atual e ex-parceiro (mais recente) e das mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005	49
Tabela 4 – Consumo de medicamentos, nas últimas quatro semanas, realizado por mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo, 2005.....	50
Tabela 5 – Uso de medicamentos por prescrição médica e padrão de consumo, nas últimas quatro semanas, das mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005	50
Tabela 6 – Uso de medicamentos para aliviar a dor por prescrição médica e padrão de consumo, nas últimas quatro semanas, das mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005	51
Tabela 7 – Uso de medicamentos para acalmar por prescrição médica e padrão de consumo, nas últimas quatro semanas, das mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005	51
Tabela 8 – Uso de medicamentos para aliviar a tristeza por prescrição médica e padrão de consumo, nas últimas quatro semanas, das mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005	52
Tabela 9 – Consumo Uso de medicamentos para emagrecer e padrão de consumo, nas últimas quatro semanas, das mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005	52
Tabela 10 – Consumo de drogas ilícitas e / ou álcool realizado por mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005	53
Tabela 11 – Consumo de drogas ilícitas e / ou álcool realizado pelos parceiros íntimos (atual e ex-parceiro mais recente) das mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005	54
Tabela 12 - Consumo de drogas ilícitas entre os parceiros (atuais e ex-parceiros) e mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005	55
Tabela 13 – Problemas conseqüentes do consumo de álcool e/ou drogas ilícitas enfrentados pelos parceiros íntimos (atual e ex-parceiro mais recente) e das mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005	56
Tabela 14 – Violência perpetrada pelos parceiros íntimos contra as mulheres	

	usuárias de um serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005	59
Tabela 15	– Recorrência de violência psicológica perpetrada pelos parceiros íntimos contra as mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005	62
Tabela 16	– Recorrência de violência física perpetrada por parceiro íntimo (atual e anterior) contra as mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005	63
Tabela 17	– Violência sexual perpetrada por parceiro íntimo (atual e anterior) contra as mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005.....	63
Tabela 18	– Parceiro íntimo (atual ou ex-parceiro mais recente) sob efeito de álcool e/ou drogas ilícitas no momento da violência (sexual, psicológica e física) contra as mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005	65
Tabela 19	– Tipos substâncias psicoativas usadas pelos perpetradores no momento de violência mencionadas pelas mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005	66
Tabela 20	– Início e/ou aumento do uso de álcool e drogas ilícitas e estar sob efeito de substâncias durante as situações de violência (sexual, física e psicológica) entre as mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005	67
Tabela 21	– Teste qui-quadrado entre as variáveis: violência (física, psicológica ou sexual na vida) e as variáveis de uso de medicamento entre as mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005	71
Tabela 22	– Teste qui-quadrado entre as variáveis: violência (física, psicológica ou sexual na vida) e as variáveis de uso de álcool e/ou drogas ilícitas entre as mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005.....	72
Tabela 23	– Teste qui-quadrado entre as variáveis: violência (física, psicológica ou sexual na vida) e as de uso de álcool e/ou drogas ilícitas entre os parceiros das mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005	73

RESUMO

Silva, VN. *Violência e uso de substâncias psicoativas: um estudo com mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária à Saúde de São Paulo*. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

A violência interpessoal de modo singular atinge as mulheres e é perpetrada principalmente pelos parceiros íntimos, entre os fatores associados aos episódios de violência por parceiro íntimo encontra-se o consumo de álcool e drogas ilícitas. Inúmeros estudos evidenciam a associação do consumo pelo parceiro íntimo de substâncias psicoativas (álcool e drogas ilícitas) e situações de violência contra a parceira, contudo o uso feminino e sua influencia é ainda pouco explorado. O consumo aumentado de medicamentos (anfetaminas, antidepressivos e tranqüilizantes) pelas mulheres que sofreram violência é evidenciado, sendo ainda discutido se o uso feminino tanto de medicamentos quanto o de drogas ilícitas e/ou álcool seriam agentes que incrementam o risco de episódios violentos ou seria uma forma de lidar com a violência sofrida durante a vida.

Deste modo, foi realizado um estudo epidemiológico de corte transversal com 435 mulheres usuárias de um serviço de atenção primária a saúde, buscando uma análise descritiva da ocorrência de violência (sexual, física e psicológica) perpetrada pelo parceiro íntimo contra a mulher e possíveis relações com o uso de álcool e drogas ilícitas entre os parceiros e as mulheres estudadas, incluindo o uso de medicamento por parte delas.

Os resultados evidenciam que as mulheres seguem o perfil da população em geral, contudo com frequências superiores em relação as cores auto-referidas: preta e pardo, número de parcerias informais e média de anos de escolaridade. Apesar das diferenças estatisticamente significativas encontradas em relação ao uso de álcool e ou drogas ilícitas (cocaína e maconha) pelos parceiros e uso de drogas ilícitas (maconha) e medicamentos (para acalmar e diminuir a tristeza) pelas entrevistadas, ainda é necessário outros estudos que aprofundem o sentido desta relação, principalmente entre pessoas com o perfil semelhante ao da população em geral ou em serviços de atenção primária a saúde.

Descritores: Violência contra a mulher; uso de medicamentos; atenção primária à saúde; bebidas alcoólicas; drogas ilícitas; transtornos relacionados ao uso de substâncias.

SUMMARY

Silva, VN. *Violence and use of psychoactive substances: a study with women users of the basic health service in São Paulo, Brazil* [Masters Degree dissertation] São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2008.

The interpersonal violence, in a peculiar way, affects women and is perpetrated mainly by their close companions, among the factors associated with episodes of violence from close companions we find the consumption of alcohol and forbidden drugs.

Many studies have reinforced the association of the consumption of psychoactive substances by the close companion (alcohol and forbidden drugs) with violent situations towards the female companion, however, the feminine use and its influence is still little explored. The raised consumption of medicines (amphetamines, antidepressants and tranquilizers) by then women who suffered any violence is highlighted, yet being discussed whether the feminine use of medicines as much as forbidden drugs and/or alcohol would be agents that would increase the risk of violent episodes or it would be a way to deal with the violence suffered through life.

Therefore, there has been an epidemiologic study covering 435 women users of a health service, aiming a descriptive analyse from the violent occurrence (sexual, physical and psychological) perpetrated by the partner against the woman and possible linkages with the use of alcohol and drugs among the partners and women under this study, including the medicines the women take.

The results lead to the fact that the women follow the profile of the general population, however, with a higher frequency in relation to the self-referred ethnies: black and half breed, number of informal relationships and scholar average.

Despite the differences statistically meaningful found in relation to the abuse of alcohol and/or other drugs by the partners and the use of cannabis along with some medicines (to calm down and ease down the sorrow) by the interviewed women, it is still necessary other studies which could go deeper into the sense of this relation, mainly among the people with the profile of the general population or in the basic health services

Descriptors: Violência against women; drug utilization; primary health care; alcoholic beverages; street drugs; substance related disorders.

1. INTRODUÇÃO

As mulheres são atingidas pela violência interpessoal de modo singular, na maioria das vezes, por parceiros íntimos ou familiares, envolvendo agressões físicas, sexuais e também danos psíquicos (Krug et al., 2002; Garcia-Moreno et al., 2006). Trata-se de um dos maiores problemas de saúde pública, de magnitude global, além de representar uma forma de violação aos Direitos Humanos das mulheres (Abbot, 1995; Watts e Zimmerman, 2002).

Estudos nacionais e internacionais apontam entre os usuais fatores associados à violência por parceiro íntimo o consumo de substâncias psicoativas¹, principalmente o álcool. Segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), nos Estados Unidos, 55% das mulheres agredidas relataram que os parceiros agressores estavam sob efeito de álcool; na Inglaterra, a proporção foi de 32%; no Sul da África, em 2006, esse índice chegou a 65%, na Austrália, foi de 36% e na Rússia, de 10,5%.

Na América Latina, segundo um estudo de representação populacional (amostra de 6.082 na Colômbia, 588 na República Dominicana, 2.275 no Haiti, 6.728 na Nicarágua e 15.174 no Peru), o uso de álcool pelo parceiro íntimo se insere entre as demais características apresentadas pelas mulheres agredidas, a saber: coabitação com o parceiro sem casamento formal; muitos filhos; não compartilhamento da tomada de decisão; disparidade no nível de instrução (Flake e Forste, 2006). Assim, o consumo de álcool, especificamente, está incluído entre os riscos para a violência doméstica, principalmente se o padrão de consumo for elevado (Murphy et al., 2005).

Talvez pela legalidade do consumo de álcool haja maior frequência e evidência sobre sua relação com a violência entre parceiros íntimos, contudo há estudos que

¹ “Substâncias que atuam no sistema nervoso central (álcool, maconha, cocaína e alguns medicamentos etc), as quais podem provocar alteração nas percepções, no humor, induzindo, ainda que temporariamente, sensações de prazer, de euforia, ou aliviando o medo, a dor, as frustrações, as angústias” (MacRae, 1997:110).

evidenciam a co-ocorrência deste uso com o consumo de outras drogas (ilícitas), bem como a complexidade de se verificar a relação temporal entre os eventos (Fals-Stewart et al., 2003; Murphy et al., 2005).

Segundo Fals-Stewart et al. (2003), há uma maior probabilidade diária de agressão entre parceiros íntimos quando o agressor é usuário abusivo de drogas ilícitas (cocaína), em comparação aos parceiros que fazem uso diário de álcool. Tanto o consumo do álcool quanto o de drogas ilícitas está associado a uma maior gravidade nas conseqüências da violência, quando comparados aos episódios perpetrados por parceiros não usuários (Willson et al., 2000); contudo, há estudos que contradizem tal relação (Cunradi et al., 2002).

No Brasil, em Recife, 11% das mulheres que buscaram uma delegacia especializada de atendimento à mulher referiram que, antes da agressão, seus parceiros haviam ingerido drogas ilícitas, enquanto 70% das mulheres afirmaram que eles haviam ingerido álcool (Adeodato et al., 2005).

Estudos baseados nas percepções de mulheres agredidas revelam que, entre os fatores considerados relevantes para explicar os episódios de violência, para além do consumo de álcool e drogas pelos parceiros, foram evidenciados ainda: quantidade ingerida de substâncias, provocações (principalmente quando o parceiro estava sob efeito da droga), consumo de álcool pelas próprias mulheres (Galvani, 2006), ciúme e brigas relacionadas ao gasto financeiro por conta do consumo de álcool e drogas ilícitas (Valdez-Rojas et al., 2002; Bonifaz e Nakano, 2004; Adeodato et al., 2005).

No que diz respeito à influência do consumo de álcool na ocorrência de discussão, uma pesquisa realizada no Brasil, entre os anos de 2001 e 2005, verificou que a proporção de discussões ocorridas após um dos interlocutores ter consumido álcool (estava sob efeito) aumentou de 5,0% para 6,3% (do total de casos); entre os homens,

passou de 7,9% para 10,8%, e entre as mulheres de 2,1% para 3,3% (Carlini et al., 2005).

Há outro dado relevante: o uso abusivo ou dependente de álcool e de drogas ilícitas é cada vez mais evidente entre as mulheres agredidas (Grisso et al., 1999; Tuten et al., 2004; Murphy et al., 2005; Galvani, 2006), sendo relacionado também ao aumento na probabilidade de vivência de situações de violência pelo parceiro íntimo e, até quando elas mesmas são as perpetradoras da violência (Lipsky et al., 2005).

O consumo feminino de álcool e/ou drogas ilícitas leva a questionamentos relevantes, já que aparece com contornos distintos do consumo pelo parceiro íntimo (o qual é entendido como propulsor de atos agressivos). O uso feminino de álcool e/ou drogas seria um agente facilitador para vivências de novos episódios violentos e, também, uma forma de lidar com a violência sofrida durante a vida (Adeodato et al., 2005).

Porém, segundo dados do *National Violence Against Women Survey*, coletados entre homens e mulheres da Colômbia, não há consenso sobre a relação entre o consumo feminino de álcool e/ou drogas ilícitas e a vivência de episódios de violência. Tais dados evidenciam apenas que, sob efeito de álcool (33.6%), os parceiros têm maior probabilidade de produzir ferimentos nas mulheres, sendo que o inverso não foi confirmado, bem como não houve nenhuma relação entre o uso de álcool pelas mulheres (6.9%) e sofrer violência pelo parceiro íntimo. A única semelhança entre os gêneros, encontrada nesse estudo, foi uma tendência maior de denúncias à polícia quando havia o consumo de álcool pelo(a) parceiro(a) agressor(a) (Thompson e Kingree, 2006).

Já entre casais americanos evidenciou-se maior risco para a violência perpetrada pelo parceiro íntimo (casados e/ou coabitavam) quando havia o consumo de álcool e/ou

drogas pelas mulheres e problemas relacionados ao consumo de álcool pelos parceiros (Cunradi et al., 2002).

Vale citar que o uso abusivo de álcool e/ou drogas ilícitas, após a vivência de abuso físico, emocional, e/ou sexual (na vida), foi verificado, em número significativo, entre mulheres americanas que buscaram atendimento em serviços de saúde (serviços de emergência, clínica universitária e clínica comum). Adicionalmente, chamou a atenção nesse último estudo o fato de que muitas dessas mulheres tiveram pensamento suicida (Kramer et al., 2004).

Ainda que haja controvérsias entre os estudiosos, o padrão do consumo de álcool e/ou de drogas ilícitas pelas mulheres aparece como um fator importante para o entendimento das ocorrências de violência. Um estudo realizado com mulheres em tratamento por dependência de drogas (cocaína, crack e tranquilizantes) verificou que o uso “pesado” proporciona maior probabilidade de violência pelos parceiros íntimos (Brewer et al., 1998). Também em pesquisa realizada no Texas, com 724 adolescentes grávidas (entre 12 a 18 anos), foi evidenciado maior risco para os episódios de violência pelos parceiros íntimos quando as mulheres apresentavam um padrão de consumo elevado de álcool ou substâncias ilícitas e comportamentos ilegais (semelhante aos do parceiro agressor), além de terem sido criadas num contexto de violência (familiar e comunitária) (Wiemann et al., 2000).

É certo que outros elementos emergem no cenário de violência pelo parceiro íntimo e consumo de álcool e/ou de drogas ilícitas (pelo casal), como os contextos socioeconômicos e de violência, não necessariamente doméstica, mas também em outras esferas da vida (Wiemann et al, 2000).

Mas é ainda necessário enfatizar que as especificidades que versam sobre o consumo feminino são agravadas pelas características específicas ligadas ao gênero (Matos, 2000).

Nessa perspectiva, como demonstram Nóbrega e Oliveira (2005), mulheres possuem menor tolerância ao álcool, em função do peso, gordura e menor quantidade de enzimas para metabolização; além disso, recaem sobre as mulheres maiores condenações sociais quando fazem uso de drogas ilícitas e de álcool.

Um estudo realizado por Gussler-Burkhardt e Giancola (2005) buscou verificar as diferenças entre os gêneros, relacionadas ao uso da agressividade sob a influência do álcool. Segundo os autores, o álcool aumentaria a agressividade nos homens e não nas mulheres. A agressividade feminina teve expressão em episódios leves de violência, o que explicaria o uso freqüente da agressividade do tipo verbal.

Por outro lado, na Colômbia, segundo as próprias mulheres que receberam tratamento para dependência de drogas, a inabilidade nos cuidados maternos foi percebida como conseqüência do próprio consumo de álcool e drogas e não do consumo pelos parceiros íntimos ou da violência sofrida na família de origem e com seus parceiros íntimos (Roldán et al., 2005).

Além da relação estabelecida entre o uso feminino de álcool e/ou drogas ilícitas e a vivência de situações de violência conjugal, o uso de medicamentos também deve ser incluído como parte do escopo das drogas utilizadas principalmente pelas mulheres que vivenciaram tais situações (Campbell, 2002; Bonifaz e Nakano, 2004).

De fato, o consumo aumentado de medicamentos (anfetaminas, antidepressivos e tranqüilizantes) foi verificado, no México, entre 345 usuárias de um serviço de saúde, havendo associações significativas entre a vivência de violência sexual e o

desenvolvimento de quadros de depressão (e outros problemas psicológicos), reiterando também a tentativa de suicídio (Ramos-Lira et al., 2001:183).

Um estudo realizado em Recife com mulheres que buscaram Delegacias Especializadas após os episódios de violência mostrou que 24% delas referiram ter iniciado o consumo de anti-hipertensivos ou ansiolíticos, sendo que o consumo dos últimos “aumentou independente do tipo, frequência e tempo de agressão” (Adeodato et al., 2005:113).

Carvalho e Dimenstein (2003:51), num estudo qualitativo realizado com médicos clínicos e com usuárias de serviços de saúde, também verificaram que essas mulheres faziam uso crônico e dependente de ansiolíticos. As queixas que motivaram esse consumo incluíam insônia, nervosismo, dor de cabeça, dificuldade financeira, depressão e uso dependente de álcool pelo parceiro. Nessa medida, os autores concluíram que o uso de medicamentos possui a “função de um importante instrumento para o equilíbrio emocional”, o que é corroborado pelos profissionais de saúde, pela inabilidade em lidar com questões adjacentes aos sintomas físicos.

No Brasil, o uso de benzodiazepínico – BZD, em 2005, pela população em geral foi de 5,6%, maior do que o verificado em 2001 (3,3%). Também foi possível constatar que essa substância é mais utilizada por mulheres (6,9%) (Carlini et al., 2005).

Orlandi e Noto (2005) alertam para o uso indevido desse mesmo medicamento no Brasil, destacando como principais usuários os idosos e as mulheres de meia idade. Nesse estudo, de corte qualitativo, os autores analisaram a percepção de médicos, farmacêuticos e usuários de BZD e concluíram que há falhas na disponibilidade da substância: os médicos estariam prescrevendo os medicamentos indiscriminadamente (prescrição até para os amigos), ou mesmo mantendo a terapêutica por tempo indevido; e os usuários de BZD possuiriam pouca informação sobre os seus efeitos. Concluem,

então, ser fundamental a efetivação de políticas públicas de prevenção primária que enfoquem tal problemática.

Além disso, apesar do papel relevante que os profissionais de saúde (Bonifaz e Nakano, 2004) possuem para a efetivação da recomendação feita pela *World Health Organization* (WHO), que versa sobre a necessidade de esforços de prevenção primária que integrem novas estratégias de comunicação (diálogo com a comunidade) e ações em programas comunitários (de alfabetização, prevenção DST/Aids), incluindo ações de prevenção sobre o consumo de álcool e drogas ilícitas e a violência por parceiro íntimo (Garcia-Moreno et al., 2005), na prática cotidiana desses profissionais, a violência e também o uso de drogas permanecem como questão invisível.

Assim, além do consumo de álcool e/ou drogas pelos parceiros e do uso feminino (incluindo o de medicamentos) (Gussler-Burkhardt e Giancola., 2005; Thompson e Kingree, 2006; Galvani, 2006), o qual é menos explorado, é ainda necessário averiguar a relação destes com a violência (entre parceiros íntimos) entre pessoas com um perfil semelhante ao da população em geral (Fals-Stewart et al., 2003; Zilberman e Blume, 2005).

É importante frisar que muitos estudos que explicitam as associações entre violência contra a mulher e o uso de álcool e/ou drogas ilícitas (pelas mulheres e parceiros) são questionados, em razão dos métodos e das interpretações (Minayo e Deslandes, 1998).

Laranjeira et al (2005) afirmam que a relação entre o consumo do álcool e a violência contra a parceira íntima é de baixa qualidade (por conta da metodologia, instrumentos utilizados) e, possivelmente, inclinada para resultados positivos. Já segundo Gil-González et al (2006), a baixa qualidade dos resultados ocorre em função da pouca coleta de medidas diretas do consumo de álcool. De modo geral, os impasses

acerca do tema ocasionam custos sociais e para a saúde, já que as ações de políticas públicas são direcionadas a partir dos conhecimentos existentes sobre os fenômenos.

Deste modo, podemos dizer que a violência por parte do parceiro íntimo e o uso de álcool e/ou drogas ilícitas são fenômenos sinérgicos e, portanto, se faz necessário ainda ampliar os conhecimentos sobre o papel do consumo masculino e feminino dessas substâncias (incluindo os medicamentos no caso das mulheres) e os episódios violentos, principalmente num contexto de atenção primária à saúde.

Para tanto, realizamos um estudo epidemiológico de corte transversal exatamente nessa direção. Buscamos, assim, uma análise descritiva da ocorrência de violência (sexual, física e psicológica) perpetrada pelo parceiro íntimo contra a mulher e possíveis relações com o uso de álcool e drogas ilícitas entre os parceiros e as mulheres estudadas, incluindo o uso de medicamento por parte delas, o que trataremos em detalhe no item Método.

A seguir, estão explicitados três tópicos relevantes para uma melhor compreensão dos fenômenos aqui estudados: o primeiro aborda o tema violência contra a mulher (prevalência, aspectos singulares e sua abordagem de violação de direitos humanos e desigualdade entre os gêneros); em segundo lugar, a complexidade que envolve a definição do objeto – drogas, sua regulamentação, prevalência e um maior detalhamento, ainda que não exaustivo, sobre as diferenças que os gêneros apresentam em relação ao consumo. E por último, são abordadas algumas perspectivas explicativas sobre a relação entre os fenômenos aqui enfocados; isto é, a violência por parceiro íntimo e o uso de drogas (dentro do conceito ampliado de drogas que inclui drogas lícitas, como álcool e alguns medicamentos de interesse, e as ilícitas).

1.1 Objetivos

Objetivo geral

Identificar a prevalência de violência sexual, física e psicológica entre mulheres, na faixa etária de 15 a 49 anos, usuárias do serviço de saúde de Atenção Primária, bem como a relação desse fenômeno com o uso de álcool e drogas ilícitas pelo parceiro íntimo (atual e ex-parceiro mais recente) perpetrador da violência, e o consumo de álcool, drogas ilícitas e medicação entre as mulheres.

Objetivos específicos

- Descrever o perfil sócio-demográfico das mulheres usuárias de um serviço de saúde de atenção primária e dos respectivos parceiros íntimos (atual e ex-parceiro mais recente);
- Verificar a prevalência de violência sexual, física e psicológica perpetrada pelos parceiros íntimos (qualquer parceiro na vida; parceiro atual e ex-parceiro mais recente);
- Verificar a prevalência do uso de drogas ilícitas² e álcool pelas mulheres e seus parceiros íntimos (atual e ex-parceiro mais recente);
- Verificar a prevalência do uso de medicação (para alívio de dor, para acalmar, para diminuir tristeza e para emagrecer) entre as mulheres;
- Verificar a prevalência do uso de álcool e/ou drogas ilícitas pelo parceiro íntimo (atual e ex-parceiro mais recente), agressor, no momento da violência (física, sexual e psicológica);

² Maconha, crack, cocaína, cola, drogas injetáveis e outras (mencionadas espontaneamente).

- Verificar a prevalência do uso de álcool e/ou drogas ilícitas pelas mulheres no momento que sofreram violência (física, psicológica e sexual);
- Verificar a prevalência do uso ou aumento do uso de álcool e drogas ilícitas pelas mulheres após vivência de situações de violência;
- Verificar se há diferenças estatisticamente significantes entre o uso de drogas ilícitas e álcool pelo parceiro íntimo (atual e ex-parceiro mais recente) e pelas mulheres e a violência (sexual, psíquica e física) perpetrada contra as mulheres;
- Verificar se há diferenças estatisticamente significantes entre o uso de medicação (pelas mulheres) e a vivência de situações de violência (física, sexual e psicológica).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Violência contra mulheres: peculiaridades

A violência passou a ter maior publicidade como causa de mortes e adoecimentos, no campo da Saúde, a partir do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (Krug et al., 2002), o qual inclusive redefine as mortes por causas externas, denominando as agressões (homicídios) e suicídios, como mortes violentas, no interior da classificação original de mortes por causas externas, a qual incluía ainda os acidentes e outras ligadas às ações médicas.

A violência contra a mulher passou então a ser considerada uma epidemia por muitos pesquisadores e lideranças políticas (Abott, 1995; Krug et al., 2002). Esse tipo de violência é considerado de caráter doméstico pelo fato de acontecer, principalmente, entre pessoas que gozam de grande intimidade, como os parceiros afetivo-sexuais ou os familiares, podendo ocorrer em espaços privados (nas residências), embora não exclusivamente, e envolvendo, sobretudo, os parceiros íntimos, os quais constituem mais de 80-90% dos agressores (Krug et al., 2002; Garcia-Moreno et al., 2006).

A violência perpetrada pelo parceiro íntimo atinge cerca de 20% a 50% das mulheres adultas no mundo (pelo menos uma vez na vida) e é definida como qualquer comportamento, dentro de uma relação de parceria afetiva/sexual, que ocasione prejuízos físicos, psicológicos ou sexuais a quem mantém a relação, incluindo atos de agressão física (bater, golpear etc), maus-tratos psicológicos (intimidação, humilhação etc), relações sexuais forçadas ou outros comportamentos de controle (impedir de ter contato com familiares e amigos, restringir acesso à informação e ajuda etc) (Heise et al., 1999; Campbell, 2002; Watts e Zimmerman, 2002; Garcia-Moreno et al., 2006).

Um estudo realizado em 10 diferentes países (Bangladesh, Brasil, Etiópia, Japão, Namíbia, Perú, Samoa, Sérvia e Montenegro, Tailândia e República Unida de

Tanzânia), e que envolveu dois contextos, capital e zona da mata (ZM) (15 distintas regiões, entre grandes cidades e áreas ou províncias de características mais rurais), com o mesmo desenho e instrumentos (Garcia-Moreno et al., 2005), mostrou uma prevalência de violência física (perpetrada pelo parceiro íntimo em algum momento da vida) que variou de 13% (Japão) a 61% (Peru zona rural). Para o Brasil, a taxa foi de 34% na zona da mata pernambucana (ZM) e 27% na cidade de São Paulo (SP). Já a violência sexual (na vida) oscilou de 59% (Etiópia zona rural) a 6% (Japão, Servia e Montenegro), sendo no Brasil de 14% na ZM e 10% em SP. Por fim, unindo ambas as formas de violência, a menor proporção foi de 15% (Japão) e a maior 71% (Etiópia rural), estando o Brasil, com 34% na ZM e 27% em SP, nas faixas médias do leque de variação das prevalências (Garcia-Moreno et al., 2005; 2006).

Mesmo sem estar entre as mais elevadas taxas, no Brasil a região da ZM apresentou maior taxa em relação à área urbana, sendo tal disparidade entendida pela flexibilização das relações de gênero, maior presença de equipamentos públicos de suporte e/ou maior controle social do movimento de mulheres existentes nas regiões urbanas (Schraiber et al., 2007). Tal constatação está em consonância com os dados obtidos em outros países, relativamente às diferenças entre rural-urbano (Garcia-Moreno et al., 2006).

A violência psicológica perpetrada por parceiros íntimos acometeu cerca de 20% a 75% das mulheres no mundo, sendo que a maioria das vezes havia ocorrido no último ano. Considera-se como violência psicológica: ser insultada ou ser levada a se sentir mal a respeito de si mesma; ser humilhada diante de outras pessoas; ser assustada ou intimidada de propósito (olhares, gritos, quebra de objetos pessoais); sofrer ameaças de agressão física (ou ameaças contra pessoas de sua estima), (Garcia-Moreno et al., 2005).

Os insultos, intimidações e humilhações foram referidos numa maior proporção em todos os países; já as ameaças foram verificadas em maior número no Brasil e no Peru: uma entre quatro mulheres admitiu episódios dessa natureza. Autores nacionais argumentam que o ativismo político brasileiro poderia ser responsável pelo número elevado de violência psicológica (a mais freqüente entre as três formas de violência), em decorrência de uma menor aceitabilidade e maior sensibilidade em torno do tema, bem como pela diferença cultural que possibilita maior expressão sobre o assunto (Schraiber et al., 2007).

A literatura aponta a sobreposição das diversas formas de violência (Heise et al., 1999; Garcia-Moreno et al., 2005), o que parece apontar para uma maior gravidade nos episódios. No Brasil, a associação de todas as formas corresponde a 20%, sendo evidenciado por Schraiber et al (2007) dois padrões de violência: o primeiro mais moderado e outro mais grave, com episódios recorrentes e progressivamente potencializadores de lesões mais graves como repercussão da violência.

É consenso a necessidade de outros estudos sobre a conexão entre a violência psicológica e suas conseqüências para a saúde, bem como a associação desta com as demais formas de violência (Garcia-Moreno et al., 2005; Schraiber et al., 2007).

Assim, a violência que acomete as mulheres possui grande prevalência, gravidade e recorrência (Schraiber et al., 2007), tendo algumas características e conformações singulares em relação aos demais tipos de violência. Uma delas é a invisibilidade, muitas vezes impulsionada pela vergonha, descrédito, preconceitos, constrangimento e sentimento de culpa (Schraiber et al., 2003).

Trata-se de um problema de saúde pública (Krug et al., 2002), que ocasiona danos para a saúde, como: ferimentos, sinais crônicos de dor, problemas diversos (gastrintestinais, ginecológico e doenças sexualmente transmissíveis), depressão,

estresse pós-traumático, incluindo o uso abusivo de álcool e drogas (Campbell, 2002); e por fim, é considerada uma violação aos Direitos Humanos das mulheres (Watts e Zimmerman, 2002).

No Brasil, a violência passou a ser explicitada, a partir da década de 70, pelo movimento feminista, o qual confluíam as vozes do movimento feminista internacional e num contexto de ditadura militar também integrava a luta armada. Assim, iniciam modificações no papel político e social das mulheres com a adoção de novos comportamentos, inclusive sexuais (Sarti, 1998).

A interferência do movimento social feminista culminou no desenvolvimento de instrumentos internacionais voltados para coibir as situações de violência e questionar a restrição aos direitos das mulheres. É importante citar a Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979), que versa sobre a igualdade de direitos entre homens e mulheres, bem como a Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher – Beijing, 1995, na qual se reconhece e se determina a necessidade de estudos sobre a violência e os impactos para a saúde e os fatores de risco. Há, ainda, a Convenção de Belém do Pará - Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, de 1994.

Nos anos 80, devido à pressão da sociedade civil em relação aos maus tratos e agressões contra as mulheres, foram criados, então, serviços de atendimento às vítimas de violência, como o Grupo SOS Mulher e Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher (Araújo e Mattioli, 2004). Nessa ocasião, alguns autores passaram a visibilizar a violência ocorrida no âmbito doméstico envolvendo, além das mulheres, as crianças (meninos e meninas).

A militância feminista intensificou os estudos sobre as condições das mulheres com os incentivos financeiros de agências internacionais, como a Fundação Ford e

Fundação Carlos Chagas, de 1978 a 1998 (Grossi, 2004). Assim, na década de 90, na área da saúde, estudos em torno do tema enfatizaram, principalmente, a dimensão histórica e conceitual da submissão feminina, com ênfase nas relações de gênero, prevalência da violência conjugal, desigualdades de gênero no âmbito do trabalho. Outros buscaram explicitar alguns fatores influentes nos atos de violência pelo parceiro, como: falta de apoio social, ter sido vítima ou vivido em ambiente violento e uso abusivo de álcool. Poucos artigos, porém, abordavam questões sobre as metodologias utilizadas nas pesquisas (Souza et al., 2003).

Nesta década, *gênero* aparece como uma nova categoria analítica para o fenômeno da violência contra a mulher (Araújo e Mattioli, 2004), e é justamente essa noção que será detalhada neste estudo, buscando aprofundar a compreensão dos fenômenos aqui abordados.

A noção de gênero desvela a construção histórica dos discursos e saberes que, ao imputar atributos qualitativos diferentes para cada sexo (anatômico), acaba por demarcar desigualdades na efetivação de direitos. Gênero oferece uma perspectiva de interpretação das relações entre homens e mulheres, abrindo campo para o questionamento e desconstrução dessas relações, permitindo postular a mobilidade do poder (centrado no homem) e incluir as mulheres nessa dinâmica de forças, visando minimizar os prejuízos que tal descompasso proporciona não somente para a saúde das mulheres, mas para a participação destas nos demais espaços sociais (Araújo e Mattioli, 2004).

Por meio da noção de gênero, compreende-se que os valores e as normas culturais são determinantes para a construção das relações hierárquicas entre os sexos, transformando diferenças anatômicas (sexos) em desigualdade de Direitos (Heilborn, 1999). Assim, o pouco prestígio das mulheres nas sociedades contemporâneas, ancorado

em determinações morais, religiosas, econômicas e ideológicas, modula os eventos violentos entre parceiros íntimos de modo específico.

Os modelos hegemônicos de masculinidade e feminilidade acabam, então, por influenciar nos enredos sexuais, nas escolhas dos parceiros (Heilborn, 1996), na violência sexual (Santos et al., 2002) e, por consequência, na negociação do uso de preservativos (Jelin, 1995).

Paiva (2000:145) afirma que tal perspectiva ajuda na interpretação dos desejos e pensamentos, de forma a antever como os indivíduos, atores sexuais, “... se portarão no campo da sexualidade e realizarão seus *scripts* sexuais independentemente de sua opção sexual”. Assim, os atributos que qualificam cada sexo modulam as relações sociais, produzem e reproduzem desigualdade de *poder*, com reflexos no âmbito público e privado (Scott, 1991).

Toda essa literatura que trata das questões de gênero ancora-se em pensadores como Arendt (1994), Foucault (1993) e Bourdieu (2007), chamando a atenção para o fato de que relações de gênero sempre envolvem a desigualdade de poder entre homens e mulheres, sendo que a violência a ela associada surge ora para resgatar perdas de poder, ora para disciplinar o comportamento feminino na manutenção do poder desigual já dado.

Aqui, interessam-nos essas questões para caracterizar o fato de que, sendo a esfera das relações de intimidade o espaço peculiar de ocorrência da violência contra mulheres, esta esfera estará, portanto, permeada pelas desigualdades de poder, com implicações afetivas, amorosas e sexuais. Isso repercute no modo como as mulheres lidam com o problema, nas dificuldades para fazer uso da lei ou das delegacias, enfim, na articulação de questões da vida privada com a pública, como a busca e a intervenção

dos serviços de saúde nas relações amorosas. Essas questões também compõem as peculiaridades que vimos tratando no que diz respeito à violência contra mulheres.

A seguir, tratamos sobre as concepções existentes em torno do objeto drogas, temática igualmente complexa.

2.2 Drogas: problema médico e jurídico em conexão com a perspectiva de gênero

Um dos primeiros pontos a ser abordado diz respeito à difícil tarefa de definir este objeto – *drogas*, o que segundo Magalhães (1994:51) na “quando pensamos em drogas dificilmente chegaremos a alguma conclusão se buscamos definições exatas, ou precisão nos contornos de um fenômeno essencialmente fugidio, ambíguo. Uma matéria própria das fronteiras da reflexão indica um caminho onde a ciência, a filosofia e o senso comum se misturam e se estranham num labirinto de túneis e luzes”.

Isso não significa que a definição deva ser unívoca; ao contrário, a complexidade reside, justamente, nas influências sociais, econômicas e culturais que envolvem o tema. Também nos parece importante considerar o lugar que as *drogas* ocupam no discurso e saber médicos, em consonância com a construção de arcabouços jurídicos.

Para alguns autores, o tema *drogas* vem sendo alardeado na atualidade devido aos desdobramentos econômicos, jurídicos, políticos e sociais conseqüentes do consumo. De fato, o comércio ilícito de drogas promove impacto econômico e social nas nações, pelo envolvimento de grandes cifras de dinheiro, seja pelo lucro obtido com as vendas, por impulsionar transações ilegais de toda ordem (lavagem de dinheiro), ou mesmo por motivar investimentos internacionais e nacionais em estruturas institucionais (forças policiais, militares, saúde etc) para o controle e prevenção do uso, produção e comércio (Vargas, 1998).

MacRae (1997) afirma que a expressão apropriada para abordarmos o tema seria “a questão das drogas”, indicando assim a perplexidade ocasionada pelos diversos usos e a existência de mais questionamentos do que respostas. Segundo o autor, atualmente existem apenas “competências cruzadas”, saberes fragmentados e estanques, que pouco explicam o fenômeno em suas distintas dimensões relacionais.

Carneiro (1994) demonstra as controvérsias em torno da etiologia da palavra *drogas*, ao mesmo tempo em que faz uma retrospectiva histórica detalhada, destacando as influências econômicas e políticas que determinam o consumo e seu sentido em cada época, por certos segmentos populacionais.

O autor busca o significado dos termos *kimury drwg* (celta), *droch* (irlandês), *droug* ou *drouk* (bretão) e afirma que, em todos os casos, a interpretação aponta para elementos que servem como ingredientes ou preparo de mau sabor. A origem também pode estar relacionada à palavra holandesa *droog*, que significa “seco” e exprime a chegada dos carregamentos de peixes secos provindos da Europa (tal associação se dá por sabores e cheiros diferentes e fortes provindos de outros países)³. Cita, ainda, o dicionarista francês Emile Littré e menciona o termo *dragée* (drágea, pílula) como derivado do grego *tragein*, sendo que a palavra *trag* (comer, animal voraz, bode) aparece ligada aos rituais dionisiacos, voltados para a felicidade e o prazer. Já o termo TÓXICO, de origem grega *toxicon*, aponta para o sentido de veneno, enquanto o termo FÁRMACO, de *phármakon*, além de também remeter a veneno, agrega a idéia de remédio.

Atualmente, a literatura sobre drogas utiliza o termo *substâncias psicoativas* ou

³ Talvez tal associação decorra das colonizações e navegações, momento em que uma nova visão de mundo se instaurou. A integração dos colonizadores com os novos povos (e hábitos alimentares e de uso de substâncias psicoativas) facilitou a expansão comercial de plantas, resinas aromáticas, condimentos exóticos etc. Parte importante da acumulação mercantil se deu pelo comércio de estimulantes sensoriais, bem como com o tráfico (pirataria) conseqüente. Nas Américas, o colonizador ofertava aos índios o álcool, a bíblia e as doenças, sendo que “a grande proscrição ataca duramente as plantas sagradas e impõe o álcool destilado como grande instrumento aculturador” (Carneiro, 1994:35).

substâncias psicotrópicas, “definidas como um grupo de produtos químicos capazes de provocar alterações no sistema nervoso central, afetando especialmente as percepções, o humor e as sensações, induzindo, ainda que temporariamente, sensações de prazer, de euforia, ou aliviando o medo, a dor, as frustrações, as angústias” (MacRae, 1997:110) ou “aquelas que modificam (...) o curso do pensamento ou estados da consciência”, perturbam a noção de tempo e espaço, podendo ocasionar até alucinações (Seibel e Toscano Jr., 2001:1). Contudo, as substâncias *psicotrópicas* teriam maior potencial para ocasionar dependência aos usuários (Galduróz et al., 1997).

Importante destacar que a classificação (tabela em anexo I) das substâncias tem por base o conhecimento existente em cada época, o que possibilita mobilidade na categorização das drogas em relação ao seu potencial de ocasionar dependência e conseqüentemente, no controle social realizado sobre as mesmas (repressão e controle).

Se tomarmos por base a possibilidade de alterações psíquicas ou físicas, podemos definir como drogas uma gama ampla de substâncias, do chá ao LSD, incluindo os medicamentos (Vargas, 1998; MacRae, 1997).

No que diz respeito especificamente ao tema deste estudo, é importante destacar que um dos elementos complicadores para o entendimento da relação entre uso de substâncias psicoativas e violência contra a parceira íntima relaciona-se ao fato de os efeitos de quaisquer substâncias não dependerem somente das reações psicofarmacológicas. Há também as características pessoais do usuário, suas expectativas em relação aos efeitos da droga e, principalmente, as circunstâncias nas quais ocorre o uso ou ao contexto de utilização. Ou seja, como afirmou MacRae (1997:111), o efeito depende estritamente do contexto mais global da experiência, que aqui envolve o uso de substâncias psicoativas no momento precedente à situação de violência entre parceiros íntimos, inferindo que o autor da agressão estava sob efeito.

Nesta perspectiva, o consumo de substâncias psicoativas e/ou psicotrópicas só pode ser entendido num “contexto de relações entre atividades simbólicas e o ambiente” (fatores culturais) e, por isso, é fundamental não desconsiderar o significado dado à experiência (MacRae, 2000:25).

Segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos – CID-10 (OMS, 1993:74), o efeito das substâncias pode variar de acordo com o tipo de droga (ou o uso associado), a dosagem e singularidades do usuário, como algum comprometimento físico (como doença renal) e/ou transtornos mentais. O uso só é considerado nocivo quando o padrão de consumo de substâncias psicoativas apresenta danos à saúde física ou mental, sendo que “o fato de que um padrão de uso ou uma substância em particular não seja aprovado por outra pessoa, pela cultura ou possa ter levado a conseqüências socialmente negativas, tais como prisão ou brigas conjugais, não é por si mesmo evidência de uso nocivo”.

MacRae (1997) destaca que a disponibilidade das substâncias psicoativas (na natureza e nas sociedades), os rituais e hábitos de consumo (fatores culturais) e a estrutura macrossocial (relações sociais, econômicas etc) formam uma trindade. São fatores interativos (num processo singular internamente coerente) que se modulam, são modificados, corrigidos e reforçados pelos resultados, como um circuito que se retroalimenta.

Deste modo, podemos concluir que, sendo compreendidas como um alimento, remédio ou veneno, as substâncias psicoativas são moduladas não somente pelos efeitos farmacológicos, mas pelos cenários ou contextos em que se situam e pelo sentido a elas atribuído. Possuem em cada sociedade e em cada tempo uma função específica, integram-se no modo de levar a vida e de acumulação de capital, fazem parte da socialização, facilitam a busca pelo nirvana ou autocompreensão e servem, até, como

um anestésico para as dores experimentadas no cotidiano (Gikovate, 1993). Podem, ainda, sanar a fome, o cansaço e a dor emocional conseqüentes de relações violentas e competitivas, com tênue vínculo afetivo (Bucher, 1992).

De modo especial, a partir do século XIX, o discurso médico tem determinado o estatuto social das drogas na sociedade, influenciando intimamente nas políticas e regulamentações e arbitrando em nome da boa saúde (o ideal a ser alcançado). Porém, como afirma Vargas (1998), a regulamentação das drogas acaba funcionando como um “dispositivo” que incita ainda mais o consumo. A partir do momento em que a droga tornou-se objeto de medicalização e criminalização, esse dispositivo foi acionado.

Para o autor, o uso de substâncias psicoativas pode ser percebido, então, como “uma experimentação social na marra, em grande escala”, já que as substâncias estão integradas no uso habitual por influências culturais, econômicas e políticas. Dentro da lógica contemporânea do consumo, tanto o uso de substâncias ilícitas, como o uso por prescrição médica estariam voltados para os ideais preconizados culturalmente, como manter os corpos saudáveis e bonitos (anoréticos), acentuar as habilidades corporais (esteróides, anabolizantes) ou modelar o estado de espírito (ansiolíticos, antidepressivos, álcool⁴, tabaco e café etc) (Vargas, 1998).

Nessa perspectiva, o consumo de substâncias psicoativas está ligado aos modos de

como a vida e a morte são experimentados e concebidos, histórica e culturalmente (...), eminentemente médicos (...) os saberes e práticas médicas (...) são instrumentos de legitimação da partilha moral entre as substâncias lícitas e ilícitas por fornecerem para a sociedade em geral, e com força de autoridade científica que costumamos emprestar-lhes, os critérios para tal partilha (Vargas, 1998:122).

Também Illich (1975:130) critica a expropriação da dor, ou seja, da autonomia na busca pela saúde, realizada pelo saber médico. Para o autor, numa sociedade medicalizada, a dor é encarada de acordo com o modo imposto pela cultura - “a dor

⁴ De origem pré-histórica, citada nas tábuas da Mesopotâmia em 2200 anos AC. No Egito era usado nos compostos de medicamentos. O vinho é referido no Antigo Testamento.

perturba e desnorteia a vítima sem que ela tenha outros recursos senão entregar-se ao tratamento”, medicalização (Foucault, 1984a) e ao medicamento.

De modo concomitante ao desenvolvimento do domínio médico em torno do tema, os discursos jurídicos foram erigidos, conformando o campo de regulamentação do uso de substâncias entre as populações. Vale citar alguns marcos do construto jurídico sobre o uso de substâncias, como a Convenção de Haya (1912, 1913 e 1914), ratificada por quase todas as nações após o Tratado de Versalles (1919), que punha fim à Grande Guerra. Os Estados Unidos defendiam as recomendações que consistiam em limitar a venda de ópio, morfina e cocaína nas farmácias (eram legais), mas mantinham a venda livre de preparos com pequenas quantidades de drogas no próprio país (Escohotado, 1996).

No Brasil, segundo Vargas (1998), a criminalização do uso de drogas se deu com uma crescente preocupação com a classificação das substâncias de uso ilícito, implantação de estabelecimentos para tratamento de usuários, repressão policial ao tráfico e comércio (ilícito), ampliação dos poderes policiais com vínculo estreito ao processo de medicalização.

Todo esse processo de regulamentação sobre a produção, comércio e uso de substâncias psicoativas foi conformado por variados contextos socioeconômicos e políticos, atingindo segmentos populacionais diversos.

Para o entendimento do impacto desses arranjos para os usuários de substâncias psicoativas, é importante destacar que a inserção dessas substâncias em espaços específicos da sociedade é determinada pela forma de organização ou estrutura socioeconômica existente. Contudo, quando modificações ocorrem nas formas de convivência social, a função do uso coletivo de drogas também se altera, e nesses contextos algumas drogas passam a ser ilegais e outras atingem o status de boas para o

consumo. Os espaços sociais para o uso acabam sendo demarcados pela clandestinidade, sendo que os desarranjos das condições socioeconômicas contribuem para a inserção das drogas entre segmentos populacionais menos favorecidos (Bucher, 1992).

De fato, como bem destaca Foucault (1984b), não é possível produzir uma “delinqüência isolada e fechada” sem haver proibição legal. A ilegalidade produz a delinqüência, o conseqüente aparato de controle (jurídico e policial) e o mecanismo de explorar lucros deste sistema com a corrupção. É um mecanismo de punição-reprodução, no qual

os tráficos de armas, os de álcool (...) ou mais recentemente os de droga mostrariam da mesma maneira esse funcionamento da ‘delinqüência útil’, a existência de uma proibição legal cria em torno dela um campo de práticas ilegais, sobre o qual se chega a exercer controle e a tirar um lucro ilícito por meio de elementos ilegais, mas tornados manejáveis por sua organização em delinqüência. Este é um instrumento para gerir e explorar as ilegalidades. (p. 246)

Na atualidade, o controle do uso de substâncias psicoativas é percebido como um elemento importante, principalmente pelas conexões com a infecção pelo HIV, usuários de drogas em situação de rua, profissionais do sexo, encarcerados etc. (UNODC, 2006).

De fato, há inúmeras pessoas envolvidas economicamente (direta ou indiretamente) no tráfico de drogas⁵ pela precariedade econômica que vivenciam, fator este propício para o uso de substâncias e vivências de diversas situações de violência, incluindo a violência sexual e física contra as mulheres, conectada com a infecção do HIV e uso de álcool e drogas pelos parceiros (McDonnell et al., 2003).

O tipo de substância disponível para a população consumir é determinado pelo comércio internacional de drogas⁶. Atualmente, o *crack*⁷ está sendo bastante utilizado

⁵ Prestadores de serviços, sócios ou gerentes da banca, soldados, olheiros, avião, empacotadores (envolve mulheres e idosos), além de seus familiares e pequenos comerciantes (seus familiares) e demais membros da comunidade que recebem presentes ou ajuda pontual (remédio, festas, construção de espaço para lazer etc).

⁶ O Brasil ainda é usado como um país de trânsito para a cocaína enviada para a Europa e os Estados Unidos. Com isso, forma-se também um mercado interno para o consumo de cocaína. O número de usuários e de casos de HIV/AIDS notificados é bem mais alto nas áreas de tráfico de cocaína.

em muitos estados brasileiros, sendo inserido no cotidiano dos grandes centros urbanos (UNODC, 2005).

Os traficantes (de cocaína especificamente) buscam sempre novas rotas de tráfico (Europa, África Ocidental e Central e o Caribe) em locais que contam com o mau funcionamento policial, jurídico e nos quais a corrupção é facilitada (UNODC, 2006).

A partir desse cenário, a prevalência do consumo de drogas ilícitas no ano de 2004 entre a população mundial (15 a 64 anos) foi de 5% (200 milhões de pessoas), 2.7% (110 milhões) fazem uso de drogas mensalmente, sendo que o uso dependente ou o uso problemático representa 0.6% (25 milhões). A droga mais consumida mundialmente é a maconha (162 milhões), seguida pelos estimulantes (35 milhões), os quais incluem as Anfetaminas (ATS) (25 milhões) e o *ecstasy*⁸ (10 milhões). O número de usuários abusivos de opiáceos⁹ é estimado em 16 milhões; 11 milhões fazem uso abusivo de heroína e 13 milhões usam cocaína (UNODC, 2006)¹⁰.

No Brasil, entre os anos de 2001 (19,4%) e 2005 (22,8%), houve um aumento na prevalência do uso de drogas (pelo menos uma vez na vida, exceto uso de álcool e tabaco). Tais porcentagens estão próximas as do Chile (23,4%), representando quase a metade das encontradas nos EUA (45,8%) (Carlini et al., 2005).

⁷ O *crack* é produzido localmente a partir da pasta de coca ou da pasta base da cocaína. Uma certa quantidade de cocaína e cloridrato é produzida no Brasil a partir da pasta de coca importada dos países andinos. (citado em novembro 2007. Disponível em <http://www.imesc.sp.gov.br/infodrog.htm>).

⁸ Em 1914, foi sintetizada e patenteada pela Merck para proporcionar redução de apetite. Denominada MDMA, refere-se ao N-metil-1-(3,4 metilendióximetanfetamina)-2-aminopropano. Os efeitos são similares aos da anfetamina e o LSD (Citado em novembro 2007. Disponível em <http://www.imesc.sp.gov.br/infodrog.htm>).

⁹ São depressoras do Sistema Nervoso Central – SNC, derivadas do ópio, ocasionam o efeito analgésico e antitussígeno. Opiáceos naturais: ópio, pó de ópio, morfina e codeína. Opiáceos semi-sintéticos: com modificações parciais como a heroína. Opiáceos sintéticos ou opióides: feitos em laboratório como zipeprol e metadona (Citado em novembro de 2007. Disponível em <http://www.imesc.sp.gov.br/infodrog.htm>).

¹⁰ Na África, a maior parte dos tratamentos de dependência do uso abusivo de drogas ocorre pelo consumo de cannabis e na Ásia e Europa, devido aos opiáceos. A cocaína é responsável pela maior parte dos tratamentos na América do Sul, sendo seguida pela América do Norte. O número de tratamento motivado pelo uso de ATS é elevado na Ásia, Oceania, América do Norte, Europa e África. A demanda do tratamento para o abuso de heroína mostrou uma tendência ascendente na África, especialmente no leste.

Ainda no Brasil, o consumo pelo menos uma vez na vida de maconha foi de 8,8%¹¹; de cocaína foi de 2,9%; de *crack* foi de 1,5% (duas vezes menor que no estudo americano). O consumo de solventes pelo menos uma vez na vida foi de 6,1% e álcool, 74,6% (Carlini et al., 2005).

Levando em consideração a categoria analítica “gênero” para o entendimento dos fenômenos aqui abordados, é relevante destacar as diferenças no sentido dado ao consumo de substâncias psicoativas entre os homens e mulheres.

2.2.1 *Diferenças no consumo de drogas entre os gêneros*

Em 2005, o uso do álcool durante a vida entre os brasileiros foi de 74,6%, já o uso dependente, 12,3%. Entre os homens, o consumo de álcool na vida (83,5%) dependente (19,5%) é, de fato, superior ao das mulheres (68,3% e 6,9), respectivamente (Carlini et al., 2005)¹².

O álcool e as drogas ilícitas (maconha e cocaína) são comumente consumidos por homens (na maioria das vezes em espaços públicos), ainda que, atualmente, cada vez mais as mulheres vêm fazendo uso de outras substâncias psicoativas (álcool e drogas ilícitas) (Nóbrega e Oliveira, 2005), porém em menor frequência em relação aos homens.

As complicações ocorridas devido ao consumo de álcool e drogas, como: acidentes de trânsito (4,2% e 0,7%); problemas no trabalho (2,4% e 0,3%); quedas (6,9% e 2,0%); ferir outras pessoas (1,4% e 0,3%); ferir a si mesmo (5,8% e 1,2%) e agressões (4,1% e 1,0%) foram referidas em maior proporção pelos homens do que pelas mulheres, respectivamente (Carlini et al., 2005).

¹¹ O percentual de uso na vida de maconha é próximo aos da Grécia (8,9%), Polônia (7,7%) e menor do que os EUA (40,2%) e Reino Unido (30,8%), salienta Carlini et al (2005)

¹² Entre os sinais mais relatados para aferir o uso dependente de álcool, são usados “desejo de diminuir ou parar o uso” (11,4%) e “perda do controle em beber” (9,1%) (Carlini et al, 2005).

Já as medicações (antidepressivos, ansiolíticos, anoréxicos, analgésicos), principalmente benzodiazepínicos (BDZ) e anfetamínicos, são de longe mais consumidas entre as mulheres (sem prescrição médica) (Galduróz et al., 2005) de todas as idades (Carlini et al., 2005).

Carvalho e Dimenstein (2003) rememoram o fato de que os medicamentos benzodiazepínicos - BZD foram introduzidos no Brasil na década de 60, para diminuir o efeito colateral, a tolerância farmacológica e os acidentes fatais ocasionados pelos medicamentos até então existentes. Desse modo, o uso “irresponsável” dos BZD foi difundido entre os médicos e usuários dos serviços de saúde, os quais não levam em conta para a prescrição a finalidade (ansiedade) e o prazo para o uso (curto prazo entre 2 a 4 meses), ocasionando danos para saúde e efeitos adversos, como: sonolência, fadiga, sedação, visão turva, comprometimento psicomotor, comprometimento intelectual e de memória, dependência física e psicológica, crises de abstinência e tolerância ao uso.

Embora não haja consenso sobre a relação entre o uso de substâncias psicoativas e as situações de violência vividas pelas mulheres, alguns estudos demonstram que as mulheres agredidas fazem uso como uma forma de lidar ou reagir às situações vividas (Grisso et al., 1999), algumas passam a utilizar especificamente anti-hipertensivos ou ansiolíticos (Ramos-Lira et al., 2001; Bonifaz e Nakano, 2004; Adeodato, 2005). Assim, o uso de substâncias psicoativas pela mulher agredida é interpretado como uma resposta ao estresse pós-traumático ocasionado pela própria vivência de situações violentas (Campbell, 2002) e, em outros casos, como um elemento que condiciona o episódio violento.

A singularidade das drogas utilizadas, os impactos sofridos e os julgamentos que recaem sobre cada gênero ganharam contornos específicos no Brasil em 1920, com a

contribuição das ações médicas voltadas para o controle de drogas, principalmente o álcool (Matos, 2000).

O discurso médico que se formava no início do século XX ancorava a masculinidade no valor do trabalho e, assim, o uso de álcool era combatido pelas diversas conseqüências negativas que ocasionava para a saúde do trabalhador ¹³, bem como para a falta de vontade, queda na produção, acidentes de trabalho. E mais:

O alcoolismo fere diretamente ainda as forças vivas da nação: 1º com a degeneração da raça (loucura e crime) e o conseqüente retardamento intelectual; 2º com a evidente inferioridade física do hetero-alcoólico, donde menor aptidão para a resistência às infecções; 3º com a despopulação lenta e constante, verdade tanto mais palpável quando se sabe que o álcool pode determinar a esterilidade no homem e na mulher; 4º com a perversão de instintos como a pobreza, tendo como conseqüências a prostituição e a vagabundagem (Matos, 2000:47).

No imaginário da época o vício é tido como hereditário, podendo abalar a família, concebida como a estrutura da sociedade e reconhecida como essencial para estimular e desenvolver práticas sociais que deveriam se adaptar à nova ordem social. Assim, as mulheres “vítimas” do alcoolismo dos maridos são chamadas a colaborar no ataque aos “ébrios” - o papel delas estava determinado como mãe e zeladora do lar¹⁴, e o homem deveria suprir o sustento da família e ter retidão de conduta (Matos, 2000).

Segundo Rago (1991:61), a mulher foi um importante instrumento para a educação e moralização da sociedade, pois a ela cabia estruturar a família de acordo com os ideais preconizados: “... reservada, voltada sobre si mesma, instalada numa habitação aconchegante deveria exercer uma sedução no espírito do trabalhador, integrando-o ao universo dos valores dominantes ...”. Esposa, dona-de-casa, mãe-de-família, afetiva, mas assexuada, deveria orientar e educar as crianças, o futuro (a futura mão de obra) da “nova geração”. Cabia à mulher estar atenta aos seus familiares, às suas

¹³ Irritação nas vias digestivas, degeneração dos órgãos, gastrite alcoólica, cirrose hepática, deterioração das funções do organismo e facilitação de infecções como a tuberculose.

¹⁴ É chamada a colaborar, contudo necessitava ser educada para tais cuidados domésticos.

necessidades, aos seus horários, às suas doenças; junto com o médico, ela era responsável pela família “saudável”.

Nessa perspectiva, a mulher era responsabilizada pelo alcoolismo do marido, pois, de algum modo, não estaria cuidando do lar da forma adequada, tornando-o, por exemplo, mais aconchegante para receber o trabalhador cansado.

Por outro lado, nos casos de uso de álcool por mulheres, o marido seria o responsável por ter levado o vício para o lar, ou então as tentações modernas seriam as responsáveis pelo novo estilo de vida feminino. Os artigos científicos da época diziam que “a alcoólatra grávida intoxicava o feto, a lactante viciava o filho (causando convulsões, insônia, irritabilidade nervosa)” (Matos, 2000:34), evidenciando os danos à saúde materno-infantil.

Segundo Matos (2000), por ser um comportamento reprovado para as mulheres, o alcoolismo feminino era pouco visível, e talvez por esse motivo, ainda hoje, o consumo feminino é de difícil explicitação.

Adicionalmente, salientamos que o mesmo autor, abordando a relação entre abuso de drogas e violência, questão central neste estudo e sobre a qual tratamos a seguir, aponta que, no caso da violência perpetrada por parceiro íntimo, esta era aceita nos casos de embriaguez, traição da esposa, ou seja, quando a mulher apresentava comportamentos que extrapolavam os limites dos *scripts* socialmente atribuídos.

A violência pelo parceiro íntimo e o uso de álcool e/ou drogas ilícitas possuem, deste modo, alguns aspectos similares, como o fato de serem fenômenos que transitam entre a esfera privada e pública, entre as competências médica e jurídica, envolvendo valores morais e culturais e são modulados pelas diferenças baseadas na construção de gênero. Por fim, a seguir, destacamos algumas das compreensões sobre a sinergia desses eventos.

2.3 Perspectivas analíticas para a relação: violência contra a mulher e o uso de álcool e/ou drogas

A relação estabelecida entre os fenômenos: violência pelo parceiro íntimo e consumo de álcool e drogas é, muitas vezes, explicada levando em consideração três perspectivas: a primeira diz respeito às justificativas psicofarmacológicas, com ênfase nas distorções na percepção e demais efeitos físicos conseqüentes do consumo abusivo; a segunda, aos contextos sócio-culturais e ambientais, que poderiam impulsionar o consumo, encorajando-o; e, por último, “a relação seria coincidente ou explicada por uma associação de causas comuns”, as quais tanto o consumo de substâncias quanto a violência se articulariam com questões relacionadas ao indivíduo, genética, personalidade, história de vida, também incluindo as circunstâncias sociais (Laranjeira et al , 2005:176; OMS, 2006).

Deste modo, a ingestão do álcool estaria relacionada à violência pelo seu efeito desinibidor, e as demais substâncias, como cocaína, *crack* e anfetaminas, poderiam também contribuir para os episódios de violência pelo parceiro íntimo em função dos efeitos de redução do controle do comportamento e aumento de sensações persecutórias (Minayo e Deslandes, 1998; Cunradi et al., 1999; Zilberman e Blume, 2005).

Além da integração dos efeitos farmacológicos, há estudos que mencionam que as drogas são usadas muitas vezes como desculpa para atenuar as conseqüências negativas dos comportamentos inadequados, enquanto outros evidenciam a semelhança dos traços de personalidade dos agressores e dos dependentes de álcool, a saber: perda do controle, comportamentos inadequados, apesar de conseqüências adversas, danos físicos, impactos negativos nas relações familiares, tendência a responsabilizar outras pessoas pelos seus problemas, negação, minimização do problema e vivência de fases de agravamento do consumo de drogas ou violência, seguidas por promessas de mudança

(Cunradi et al., 1999; Zilberman e Blume, 2005).

Numa perspectiva intersubjetiva, verifica-se um ciclo vicioso que se retroalimenta de violência, abandono e uso de drogas (e álcool) no campo familiar. Alguns estudos sugerem que homens que abusam de suas esposas podem também abusar de seus filhos, bem como crianças que experimentam abandono dos cuidados paternos têm maior risco de desenvolverem problemas com o uso de substâncias psicotrópicas. O uso de álcool e/ou drogas pelos pais pode facilitar a ocorrência de abuso físico e sexual e negligência infantil (Cunradi et al., 1999; Adeodato et al., 2005; Zilberman e Blume, 2005; Gil-González, 2006).

Há autores que salientam o papel dos fatores socioeconômicos e culturais para o entendimento da relação entre o uso de álcool e /ou drogas e a violência entre parceiros íntimos.

A globalização estaria influenciando no cenário de consumo de drogas, sendo responsável pela maior diversidade e disponibilidade das substâncias, bem como pelas mudanças nas estruturas familiares, relações de gênero e no estilo de vida. Isso explicaria o aumento do consumo de drogas por novos segmentos populacionais, como mulheres e jovens (Musayón e Caufield, 2005).

Para além do consumo de álcool e drogas (pelas mulheres ou parceiros), a precariedade das condições socioeconômicas, desemprego, baixa escolaridade, machismo, encarceramentos anteriores, viver em situação de rua, ser afro-descendente e, até, a infecção pelo HIV foram mencionados como parte do contexto da violência entre parceiros íntimos (Grisso et al., 1999; Stein et al., 2002; McDonnell et al., 2003; Taquete et al., 2003). Vale lembrar que a negociação do uso do preservativo pode motivar situações de violência (Kalichman et al., 1998). A elevada taxa de abuso sexual é um fator preocupante também pela sua conseqüência para a epidemia pelo HIV, sendo

que o consumo abusivo do álcool possui um papel relevante também para o sexo inseguro (WHO, 2005).

Deste modo, parece não haver apenas a sinergia entre violência entre parceiros íntimos e o uso de álcool e/ou drogas; outras ocorrências que acometem a saúde estão envolvidas no mesmo cenário.

3 MÉTODO

3.1 Desenho do estudo e amostra

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal para verificar a prevalência da violência sexual, física e psicológica perpetrada pelo parceiro íntimo (parceiro atual e ex-parceiro mais recente) de mulheres usuárias de uma unidade básica de saúde da cidade de São Paulo e uso de álcool e drogas ilícitas por esses parceiros, bem como o uso de álcool, drogas ilícitas e determinados medicamentos pelas próprias mulheres, atentando para o consumo no momento dos episódios de violência e não violência.

O presente estudo fez parte da pesquisa: *Violência contra a Mulher e Saúde entre Usuárias do SUS em duas capitais – São Paulo e Pernambuco (2007)*¹⁵, a qual teve por objetivo estudar a ocorrência de casos de violência física, sexual e/ou psicológica (entre mulheres de 15 a 49 anos) em serviços de saúde de diferentes contextos assistenciais: atenção primária, atenção ao parto e emergências ginecológicas ou obstétricas, em São Paulo e Recife (Schraiber et al, 2007a).

O serviço de *atenção primária à saúde* de São Paulo foi o local em que se desenvolveu o presente estudo e como os demais serviços que integram a pesquisa maior, foi eleito por conveniência, levando em conta: o funcionamento regular; o volume de atendimento (objetivando adequar o tempo de realização da pesquisa); equipe profissional sensibilizada em relação ao tema (e importância da pesquisa) e preparada para acolher as possíveis demandas que o desenvolvimento da pesquisa pudesse propiciar; condições de instalação e operacionalização para a pesquisa e anuência dos dirigentes do serviço.

¹⁵ Pesquisa coordenada por Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP em parceria com a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco e com a ONG SOS Corpo - Instituto Feminista para a Democracia, recebendo apoio do CNPq – Processo n. 506705/2004-8.

Para a seleção das mulheres a serem estudadas, a pesquisa procedeu a cálculo amostral obtendo-se o número exigido de mulheres com base em prevalência estimada de 50% de violência física por parceiro, com 0,05 de precisão e 95% de confiança, apoiando-se em dados de prevalência encontrada por Schraiber et al (2007b) entre usuárias de atenção primária de 15 a 49 anos em São Paulo. Isto resultou em amostra final de 384 mulheres a serem entrevistadas no serviço de atenção primária aqui estudado.

As mulheres elegíveis foram aquelas que possuíam entre 15 a 49 anos, usuárias do serviço de saúde de atenção primária que haviam passado pelo atendimento no dia da realização da entrevista e que apresentavam condições de saúde que permitia a aplicação de questionário face a face.

3.2 Instrumento da pesquisa

O instrumento utilizado foi um questionário preenchido por entrevistadora treinada. Contém três eixos temáticos utilizados na pesquisa maior em que este estudo se insere, a saber: dados sócio-demográficos; dados sobre a saúde (saúde mental, sexual e reprodutiva); dados sobre episódios de violência (tipos, frequência, agressores e época de ocorrência – se na vida ou no último ano). A esses eixos foram agregadas questões sobre o consumo de álcool, drogas ilícitas (pelas mulheres e seus respectivos parceiros, atual e mais recente) e medicamentos (somente entre as usuárias do serviço), especificamente para o presente estudo.

Para as questões que estimam a violência, seguiu-se o questionário elaborado no estudo multicêntrico internacional, coordenado pela Organização Mundial da Saúde e com a participação de dez países, entre eles o Brasil, que aborda a violência contra mulheres da perspectiva das relações de gênero. Maiores detalhes sobre o instrumento, bem como sua validação para uso transcultural encontra-se em Garcia-Moreno et al.

(2006) e particularmente para o Brasil em Schraiber et al (2007a).

Os conteúdos específicos das questões sobre o consumo de álcool e drogas do presente estudo foram adaptados dos instrumentos utilizados nos estudos de Babor et al (2001), Caiaffa et al (2001) e Carlini et al (2002; 2005).

As questões foram elaboradas levando em consideração o fato de que as informações a respeito do uso de álcool e drogas do parceiro íntimo (atual e ex-parceiro mais recente) seriam colhidas indiretamente, através do relato das entrevistadas. Assim, o volume consumido de substâncias não foi questionado, bem como demais questões que só podem ser auto-referidas como: gastar grande tempo para conseguir drogas; ingerir maiores doses ou em maior frequência do que desejava; efeitos de tolerância etc, existentes no estudo de Carlini et al (2005), por exemplo.

Foram integradas questões para investigar o consumo específico de algumas substâncias psicoativas como: o álcool, maconha, tabaco, maconha, crack, cola, cocaína e drogas de uso injetável, bem como drogas de uso medicamentoso (como as utilizadas para emagrecer, para acalmar, para aliviar tristeza e diminuir dores), drogas essas salientadas pela literatura como as mais utilizadas atualmente pelas mulheres (Babor et al., 2001; Caiaffa et al., 2001; Carlini et al., 2002; 2005). O tabaco não foi considerado relevante para o entendimento dos eventos estudados nesta pesquisa e assim, não foi incluído na descrição dos resultados.

A recorrência do consumo de substâncias psicoativas também foi medida, baseando-se na periodicidade apresentada nos instrumentos utilizados nas pesquisas já citadas acima.

3.2.1 Questões sócio-demográficas

As variáveis **sócio-demográficas** inseridas no estudo foram: idade, escolaridade, cor, prática religiosa, moradia, ocupação, situação conjugal, coabitação. Essas variáveis se referem tanto às entrevistadas quanto a seus parceiros (atual e ex-parceiro mais recente).

As perguntas sobre **relações afetivas ou conjugais** foram realizadas visando identificar se as entrevistadas alguma vez na vida tiveram parcerias sexuais e afetivas, definindo-se assim o que se chama neste estudo de parceiros íntimos. As categorias para tal condição são: atualmente casada; vivendo com um companheiro ou amiga; vivendo com uma companheira; tem um parceiro ou namorado (mantendo relação sexual), mas não vive junto; tem parceira ou namorada (mantendo relação sexual), mas não vive junto. Todas essas situações conformam a categoria *parceria atual* e as demais: ter um parceiro (a) sem relação sexual e não está casada ou coabitando com alguém no momento da entrevista, integram a categoria *ex-parceiro* (mais recente). Foram colhidos dados sócio-demográficos também dos parceiros íntimos atuais e ex-parceiros (mais recente).

As diversas formas de **conjugalidade** foram agregadas nas seguintes categorias: *parceria formal* (casamento), *parceria informal* (amigadas), *não reside junto* (namoram), *sem parceria atual* (sem relações sexuais com o namorado(a) ou sem relacionamento íntimo no momento da entrevista).

O número de parceiros com os quais as entrevistadas coabitavam durante a vida foi estimado através da questão: Se você foi casada ou viveu com alguém, quantas vezes? Tal questão incluía na soma o atual companheiro e foi descrita como *coabitação* de forma dicotômica (sim e não) e *número de coabitações* (uma vez; duas ou três ou mais parcerias).

A variável que se refere à **idade** das entrevistadas foi categorizada em quatro faixas etárias, a saber: 15 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos. Contudo, a variável que se relaciona a idade dos parceiros íntimos (atuais e ex-parceiros), foram agrupadas e categorizadas em: mais velhos do que as parceiras, mais novos do que as parceiras e com a mesma idade. Salientando apenas a média de idade das mulheres e de seus parceiros atuais.

A variável **escolaridade** foi verificada através de perguntas sobre a alfabetização (saber ler e/ou escrever) e anos de escolaridade. As duas primeiras foram categorizadas de modo dicotômico (sim/não) e a terceira em 4 categorias: 1 a 4 anos; 5 a 8 anos; 9 a 11 e acima de 12 anos. Em relação aos parceiros (atuais e os ex-parceiros), os anos de escolaridade foram agrupados em: maior escolaridade do que a parceira; menor escolaridade ou a mesma quantidade de anos de escolaridade. A média dos anos de escolaridade das mulheres e de seu parceiro atual foi explicitada.

Referente à **cor da pele** foi adotado o critério de auto-referência do IBGE com as categorias: branca; preta; amarela; parda; indígena. Tais cores foram agrupadas em duas categorias: *preto* (parda e preto) e *não pretos* (brancos, amarelos e indígenas). Sendo que para a classificação da cor dos parceiros íntimos (atual e ex-parceiro) foi considerado o relato da entrevistada.

A questão voltada para colher os dados sobre a **prática religiosa** das mulheres, bem como a de seus parceiros (atual e ex-parceiro mais recente), contou com os itens: católica, judaica, muçulmana, evangélica histórica, evangélica pentecostal, espírita kardecista, umbanda, candomblé, outras e sem prática religiosa. Tais itens foram categorizados em: católica; evangélica (histórica e pentecostal); espírita (kardecista, umbanda e outras) e sem prática religiosa.

A pergunta sobre a **ocupação** (das entrevistadas e dos parceiros) foi categorizada de forma dicotômica para a presença de trabalho remunerado (exercido de modo sistemático ou esporádico, empregada doméstica) e sem remuneração (o que inclui os desempregados, donas de casa e estudantes). A ocupação dos ex-parceiros (mais recente) não foi coletada.

3.2.2 *Questões sobre violência*

As três formas de violência (psicológica, física e sexual) perpetrada pelo parceiro íntimo foram verificadas, especificamente a ocorrida em algum momento da vida por qualquer parceiro, a violência ocorrida pelo parceiro íntimo (atual ou ex-parceiro mais recente), aquela que ocorreu nos últimos 12 meses (pelo parceiro atual), bem como a frequência dos episódios (uma vez, poucas e muitas vezes).

Foi considerada violência física, sexual ou psicológica quando houve ao menos uma resposta positiva a qualquer um dos itens de cada bloco, conforme as seguintes questões que constam no questionário.

Q. 55 Violência Psicológica
<ul style="list-style-type: none"> a) Insultou ou fez com que se sentisse mal? b) Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas? c) Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito (forma de olhar, grita, quebra coisas ou objetos pessoais)? d) Ameaçou machuca-la ou alguém ou algo de que(m) você gosta?
Q. 60 Violência física
<ul style="list-style-type: none"> a) Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machuca-la? b) Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão? c) Machucou-a com um soco ou com algum objeto? d) Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você? e) Estrangulou ou queimou você de propósito? f) Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?
Q. 65 Violência sexual
<ul style="list-style-type: none"> a) Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria? b) Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele(a) pudesse fazer/ c) Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?

Também se considerou cada tipo de violência (física, psicológica e sexual) independente de superposições entre os tipos. Quando tomados como tipo exclusivo (somente física, somente psicológica ou somente sexual) isto foi referido como tipo exclusivo ou puro (não combinado com qualquer outro tipo).

3.2.3 *Questões sobre o consumo de substâncias psicoativas*

As questões sobre o consumo de substâncias (álcool, tabaco, maconha, crack, cola, cocaína e uso de drogas injetáveis) foram realizadas para mensurar o consumo das mulheres estudadas, bem como o de seus parceiros (atual ou ex-parceiro mais recente) através do relato das mesmas. Foram agrupadas todas as respostas positivas para o uso na vida de algum tipo de droga e categorizadas como drogas lícitas (álcool) e drogas ilícitas (maconha, crack, cocaína, cola etc). O tabaco foi excluído da descrição e análise dos dados.

Foi incluído um campo para explicitar a recorrência do consumo de substâncias psicoativas (todos os dias, semanalmente, mensalmente ou ocasional) (vide quadro abaixo), as quais foram agregadas para a descrição dos resultados em: *frequente* (todos os dias ou mais de uma vez por semana), *ocasional* (uma vez ao mês ou menos), *não usa* (não consome mais) (observe a questão abaixo contida no escopo do questionário).

Q.40; Q.33; Q.53 Você usa ou usou bebida alcoólica, cigarro ou outro tipo de droga?		
Álcool e drogas	1. Sim 2. Não 3. Não quer ou não sabe responder	Com que frequência usa? 1. todos os dias; 2. mais de uma vez por semana; 3. mais de uma vez por mês; 4. ocasionalmente (menos de uma vez por mês); 5. não usa mais; 6. não quer ou não sabe responder.
Álcool		
Cigarro		
Maconha		
Crack		
Cocaína		
Cola		
Uso injetável		
Outras:		

Os problemas decorrentes, do consumo de substâncias psicoativas (álcool e / ou drogas ilícitas listadas no quadro acima), vivenciados pelas entrevistadas e por seus parceiros, foram apresentados de forma dicotômica, sim (para aqueles que apresentaram pelo menos um problema) e não (para os demais). Todos os tipos de problemas enfrentados foram descritos também separadamente de modo dicotômico (observe a questão abaixo contida no questionário)

Q. 34; Q.41; Q.54	Sim	Não	
Você vivenciou alguns dos problemas abaixo relacionados em decorrência do uso das substâncias que referiu acima?			
a. problemas com dinheiro	1	2	a. ____
b. conflitos familiares	1	2	b. ____
c. problemas no trabalho	1	2	c. ____
d. conflitos com amigos	1	2	d. ____
e. problemas de saúde	1	2	e. ____
f. problemas com polícia	1	2	f. ____
g. outros. especifique. _____	1	2	28 g. ____

A pergunta sobre o uso de medicamentos foi realizada para averiguar o consumo somente entre as entrevistadas. Assim, para obter tal informação foi questionado se houve o uso nas últimas quatro semanas de algum remédio, objetivando o alívio da dor, emagrecimento, não se sentir triste e para acalmar ou dormir.

Cada substância consumida foi categorizada de forma dicotômica (sim e não). As respostas positivas foram somadas gerando as categorias uso e não uso de medicamento. A utilização de medicamentos por prescrição médica foi verificada com a inclusão do campo: *receita médica*.

A recorrência do consumo foi mensurada e categorizada em: *não utilizou*, uso *ocasional* (uma ou duas vezes na semana ou no mês) e uso *frequente* (todos os dias ou quase todos os dias). Observe questão abaixo integrada no questionário.

Q. 52b Nas <u>últimas 4 semanas</u>, você tomou remédios para:	não	1 ou 2 vezes por mês	1 a 2 vezes por semana	Todos os dias/ quase todos os dias	Com receita médica
A) ajudá-la a ficar mais calma ou dormir?	1	2	3	4	5
B) aliviar as dores?	1	2	3	4	5
C) ajudá-la a não se sentir triste e deprimida?	1	2	3	4	5
D) emagrecer?	1	2	3	4	5

Foi formulada uma questão para verificar se os parceiros agressores estavam sob efeito de álcool e drogas durante os episódios violentos (física, sexual e psicológica), observe a questão abaixo relacionada (a qual integra o questionário). Tais questões foram incluídas logo abaixo das perguntas sobre a vivência de situações violência.

Para a descrição dos dados, tal informação foi categorizada de modo dicotômico (sim ou não) e a recorrência foi explicitada através das categorias: *um ou mais episódios; todos os episódios; não sabe*. Para averiguar quais substâncias foram utilizadas pelos agressores foi utilizada a mesma listagem de drogas contidas nas demais questões sobre o uso de drogas (vide questão abaixo).

Q. 58; Q. 63; Q. 65		
Ocorreu de uma dessas pessoas que lhe agrediu fisicamente, sexualmente ou depreciou-a estar, no momento da agressão, alcoolizada ou sob efeito de outras substâncias?		
1. <input type="checkbox"/> Sim, um episódio		
2. <input type="checkbox"/> Sim, alguns episódios.		
3. <input type="checkbox"/> Sim, todos os episódios		
4. <input type="checkbox"/> Nunca		
5. <input type="checkbox"/> Não quis ou não sabe informar		
QUAIS SUBSTÂNCIAS? (múltipla escolha)	SIM	NÃO
a) Álcool	1	2
b) Inalantes (cola, lança-perfume, etc.)	1	2
c) Maconha	1	2
d) Crack	1	2
e) Cocaína Aspirada	1	2
f) Cocaína injetável	1	2
g) Outras drogas. Quais? _____	1	2
h) Não sabe	1	2

Foram realizadas questões que se relacionam ao uso feminino de álcool e / ou drogas após a vivência de situações violentas (Ocorreu de você aumentar ou iniciar o consumo de álcool ou outras drogas após vivenciar alguma situação de abuso ou agressão que você relatou por qualquer agressor?). Quando havia resposta positiva deveria ser anotado o tipo de drogas consumidas. As informações sobre o consumo foram categorizadas dicotomicamente e as dos tipos de drogas consumidas foram agregadas de acordo com os nomes mencionados (considerando o uso associado).

Também foram recolhidas informações sobre o uso de álcool e/ou drogas pelas entrevistadas que haviam sido agressoras, através da seguinte pergunta: - Nesta ocasião você estava sob efeito de álcool ou alguma outra substância? As respostas foram

descritas de modo dicotômico (sim ou não). Em casos de resposta positiva havia espaço para anotar o nome da substância utilizada.

3.3 Coleta de dados

A amostra de usuárias foi do tipo consecutivo, as mulheres eram convidadas por ordem de chegada ao serviço. Assegurou-se que a investigação abrangesse pelo menos uma semana inteira de funcionamento regular da unidade, bem como os períodos da manhã e tarde. Para tal houve repartição proporcional da amostra aos volumes de atendimento (por dia e período). O questionário foi aplicado por entrevistadoras treinadas para a utilização adequada do instrumento.

Foi realizada a observação do tipo etnográfico do serviço para a descrição do fluxo de atendimento e funcionamento institucional visando planejar a logística do campo. Foi ampliada a amostra em 50 questionários para se evitar a interrupção do campo antes de completar uma semana da pesquisa, garantindo a representatividade dos períodos.

Como critério de inclusão para a participação na pesquisa, todas as mulheres deveriam passar (ou ter passado) pelo atendimento médico na data da entrevista e ter entre 15 a 49 anos. Assim, as entrevistas eram realizadas antes ou depois do atendimento, dependendo da disponibilidade da entrevistada e da dinâmica do atendimento no dia em questão.

As entrevistas foram realizadas em salas disponibilizadas pelo serviço, garantindo a privacidade. Nos casos de haver filhos, maiores de 3 anos de idade, como acompanhantes das entrevistadas, havia um espaço lúdico (para desenho) disponibilizado para a criança permanecer até o término da entrevista. O tempo de duração das entrevistas variou entre 30 a 40 minutos.

3.4 Aspectos éticos

O estudo foi autorizado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – CAPPesq em 14/12/2005, protocolo de pesquisa nº 999/5 (anexo II).

O Consentimento Informado (anexo III) foi devidamente lido para todas as entrevistadas, sendo na seqüência sanadas todas as dúvidas das participantes. Foi explicitado não haver prejuízos no atendimento ou de qualquer tipo como consequência da recusa da participação ou desistência em qualquer momento da entrevista. Os objetivos da pesquisa foram esclarecidos, houve a garantia de sigilo da identidade das participantes e informada a necessidade da utilização dos dados para formulação de publicações acadêmicas (artigo, dissertações etc).

Após a realização das entrevistas, todas as participantes foram informadas sobre a existência de serviços voltados para o apoio a mulheres que vivenciam situações de violência, e houve a entrega de um guia de serviços (que contém endereços de serviços que prestam assistência a mulheres que sofreram violência), sendo que algumas entrevistadas solicitaram mais de um exemplar. Nos casos em que houve relatos de violência, foi oferecido o programa existente no serviço de saúde que atende especificamente este tipo de casos.

Os pesquisadores receberam supervisão e suporte psicológico durante o desenvolvimento do campo, visando minimizar sofrimentos emocionais ocasionados pelo contato com relatos repetitivos de situações violentas, tal cuidado buscou melhorar a qualidade das entrevistas e evitar danos às entrevistadoras (todas mulheres).

3.5 Análise dos dados

Os bancos de dados dos questionários foram feitos no programa Epi-info 6,0 (com dupla digitação e conferência de consistência através do módulo “validate”) para construção do banco e as análises estatísticas no programa SPSS 13.

Foi realizada análise descritiva das variáveis: as características sócio-demográficas, episódios de violência e consumo de álcool e drogas (e uso de medicamentos pelas mulheres), com cálculo de medida central para as variáveis contínuas e de frequência para as variáveis categóricas.

Foram realizados testes para verificar as diferenças entre as frequências (qui-quadrado ou teste de Fisher) das variáveis violência (física, sexual e psicológica) na vida e consumo de substâncias psicoativas (álcool, drogas e medicamentos).

4 RESULTADOS

4.1 Dados sócio-demográficos

As características sócio-demográficas dos parceiros íntimos (atuais e ex-parceiros mais recentes) serão apresentadas conjuntamente com os das entrevistadas, contudo não há a informação sobre a ocupação dos ex-parceiros.

Entre as 435 entrevistadas, somente 428 integraram o estudo, pois foram consideradas apenas as mulheres que tiveram pelo menos um parceiro íntimo na vida (exceto as virgens, $n=7$), já que nosso interesse reside na verificação da prevalência de violência por parceiros íntimos.

Das 428 mulheres que tiveram pelo menos um parceiro íntimo na vida, 183 (42,8%) mantinham uniões informais (amigadas), 98 (23%) casamento formal e uma menor quantidade, exatamente 77 (18%) não residia com o parceiro e outra parte, não possuíam parceiros no momento da entrevista (69, 16,2%) (Tabela 1).

Entre as mulheres estudadas 272 (63,7%) referiram que, na vida, possuíam apenas um parceiro íntimo, 73 (17,1%) dois e 10 (2,3%) três ou mais parcerias. A última relação de conjugalidade estabelecida pelas entrevistadas durou em média 7 anos (Desvio Padrão = 6,9).

Em média, as mulheres possuíam 30 anos (DP=9,5) de idade e os seus parceiros íntimos *atuais*, 33 anos (DP= 9,8) (observe tabela 1 e 2). Os parceiros íntimos (atuais ou ex-parceiros mais recentes), numa maior proporção, possuem a mesma idade das mulheres estudadas (43,8%).

Tabela 1 – Características sócio-demográficas das mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005

Características	Mulheres (n=428)* n (%)
Situação conjugal	
Casamento formal	98 (23,0)
Casamento informal (amigada)	183 (42,8)
Não reside junto	77 (18,0)
Sem parceiro atual	69 (16,2)
Número de parcerias na vida (com coabitação)	
Sem coabitar	72 (16,9)
Uma parceria	272 (63,7)
Duas parcerias	73 (17,1)
Três ou mais vezes	10 (2,3)
Faixa etária das entrevistadas	
15 a 19 anos	47 (11,0)
20 a 29 anos	172 (40,3)
30 a 39 anos	118 (27,6)
40 a 49 anos	87 (20,4)
Sem informação	3 (0,7)
Média de idade (Desvio Padrão) 30 (9,5)	
Alfabetização (saber ler e escrever)	
Sim	399 (93,4)
Não	28 (6,6)
Frequêntou a escola	
Sim	419 (98,1)
Não	8 (1,9)
Anos de escolaridade	
De 0 a 4 anos	112 (26,2)
De 5 a 8 anos	147 (34,4)
De 9 a 11 anos	152 (35,6)
Mais de 12 anos	16 (3,7)
Média de anos de escolaridade (DP) 7,4 (3,2)	
Cor da pele	
Branca	163 (38,3)
Preta	71 (16,7)
Parda	178 (41,8)
Indígena	7 (1,6)
Amarela	7 (1,6)
Cor da pele categorizada	
Preta ¹	249 (58,5)
Não preta ²	177 (41,5)
Prática religiosa	
Sim	331 (77,7)
Não	95 (22,3)
Tipo de religião	
Católica	197 (46,2)
Evangélica ³	108 (25,4)
Espírita ⁴	26 (6,1)
Sem prática	95 (22,3)

*Uma entrevistada sem informação.

1 Preta e parda.

2 Branca, indígena e amarela.

3 Histórica e pentecostal.

4 Kardecista, umbanda e outras.

Entre as mulheres estudadas, 399 (93,4%) sabiam ler e escrever, 419 (98,1%) freqüentou a escola e 152 (35,6%) tinham entre 9 a 11 anos de escolaridade e apenas 16 (3,7%) possuíam mais de 12 anos de escolaridade (Tabela 1). A média dos anos de estudo das mulheres corresponde a 7,4 anos (DP=3,2) e dos seus parceiros íntimos, 7,6 anos (DP=3,1), excluindo os ex-parceiros (mais recentes).

Tabela 2 – Características sócio-demográficas dos parceiros íntimos (atual e ex-parceiro mais recente) das mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005

Características	Parceiros íntimos (atual e ex-parceiro) (n=428)* n (%)
Idade *	
Mais velhos do que as parceiras ¹	183 (42,9)
Mais novos do que as parceiras ¹	54 (12,6)
Com a mesma idade das parceiras	185 (43,3)
Não soube informar	5 (1,2)
Escolaridade *	
Mais anos de escolaridade ¹	133 (31,1)
Menos anos de escolaridade ¹	142 (33,3)
Mesma quantidade de anos de escolaridade	103 (24,1)
Não soube responder	49 (11,5)
Cor da pele **	
Branca	185 (43,8)
Preta	86 (20,2)
Parda	148 (34,9)
Indígena	4 (0,9)
Amarela	1 (0,2)
Cor da pele categorizada **	
Preta ²	234 (55,3)
Não preta ³	190 (44,7)
Prática religiosa *	
Sim	258 (60,6)
Não	168 (39,4)
Tipo de religião *	
Católica	173 (40,6)
Evangélica ⁴	63 (14,8)
Espírita ⁵	22 (5,2)
Sem prática	168 (39,4)

*Um sem informação.

** Quatro sem informação;

¹ Mais de dois anos.

² Preta e parda.

³ Branca, indígena e amarela.

⁴ Histórica e pentecostal.

⁵ Kardecista, umbanda e outras.

A comparação dos anos de escolaridade entre os parceiros íntimos (atual e ex-parceiro mais recente) e as mulheres evidenciou que a proporção de parceiros com menor escolaridade (142; 33,3%) é superior a dos parceiros com maior escolaridade (133; 31,1%) (Tabela 2).

Entre as cores auto-referidas, 163 (38,3%) das mulheres mencionaram a cor branca, 178 (41,8%) a cor parda e em menor proporção, a cor preta (71; 16,7%), indígena (7; 1,6%) e amarela (7; 1,6%), contudo quando agregadas nas categorias *preta* e *não preta*, mais da metade das mulheres (249; 58,5%) foram incluídas na categoria cor preta (Tabela 1). Entre os parceiros íntimos (atuais e ex-parceiros mais recente), 185 (43,8%) foram referidos pelas mulheres como sendo da cor branca e 148 (34,9%) da cor parda, também mais da metade foram incluídos na categoria cor preta (243; 55,3%) (Tabela 2).

Como pode ser observado, um pouco menos da metade das mulheres estudadas, exatamente 197 (46,2%) declararam-se católicas, 108 (25,4%) mencionaram frequentar igrejas evangélicas e 95 (22,3%) não eram praticantes de nenhuma religião (Tabela 1).

As mulheres mencionaram que 173 (40,6%) dos parceiros íntimos (atual ou ex-parceiro mais recente) eram católicos. A proporção de parceiros declarados como evangélicos é menor (63; 14,8%) em comparação a das entrevistadas (108; 25,4%) e inversamente, a proporção de parceiros sem prática religiosa mostrou-se superior (168; 39,4%) ao de suas companheiras (Tabela 1 e 2).

Entre as mulheres, 251 (58,8%) mencionaram possuir algum tipo de atividade remunerada (trabalho sistemático ou esporádico) e as demais estavam desempregadas, eram donas de casa ou estudantes (176; 41,2%) (Tabela 3).

Já os parceiros íntimos, somente o *atual*, em sua maioria, trabalhavam regularmente (em empresas ou em negócios autônomos) ou esporadicamente (332;

92,7%), os demais (26; 7,3%) não possuíam emprego ou eram estudantes. A proporção de homens desempregados (ou estudantes) foi inferior a das mulheres. Não há informação sobre a ocupação dos ex-parceiros (mais recentes) (Tabela 3).

Tabela 3 – Ocupação dos parceiros íntimos, atual e ex-parceiro (mais recente) e das mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005

	Mulheres *		Parceiro atual *	
	N = 428	%	n=359	%
<i>Ocupação</i>				
Remunerada ¹	251	58,8	332	92,7
Não remunerada ²	176	41,2	26	7,3

* Um sem informação.

¹ Com trabalho sistemático ou esporádico (atividades domésticas, jardineiro, copeiro, cozinheiro e outros).

² Dona de casa/estudante/desemprego/não sabe.

4.2 Consumo de substâncias psicoativas

4.2.1 Medicamentos

Como podemos verificar na tabela 4, entre as mulheres estudadas, 232 (54,3%) haviam utilizado algum tipo de medicamento, nas últimas quatro semanas, para sanar as dores físicas ou emocionais, bem como para perder peso (Tabela 4). Entre as mulheres que mencionaram fazer uso de algum medicamento, 132 (56,9%) mencionaram o uso ocasional e 122 (52,6%) com receita médica (Tabela 5).

Tabela 4 – Consumo de medicamentos, nas últimas quatro semanas, realizado por mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005

Consumo de medicamentos	Mulheres (n=428)* N (%)
Uso de medicamentos	
Sim	232 (54,3)
Não	195 (45,7)
Para acalmar	
Sim	43 (10,1)
Não	384 (89,9)
Para aliviar dores**	
Sim	208 (48,9)
Não	217 (51,1)
Para emagrecer	
Sim	19 (4,4)
Não	408 (95,6)
Para aliviar a tristeza	
Sim	23 (5,4)
Não	404 (94,6)

* Um sem informação

** Três sem informação

Tabela 5 – Uso de medicamentos por prescrição médica e padrão de consumo, nas últimas quatro semanas, das mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005

Medicamentos nas últimas quatro semanas	Mulheres (n=232)* N (%)
Prescrição médica	
Sim	122 (52,6)
Não	110 (47,4)
Padrão de uso	
Ocasional ¹	132 (56,9)
Frequente ²	100 (43,1)

¹ Pelo menos uma vez no mês.

² Todos os dias ou quase todos os dias.

Entre os diferentes medicamentos, os remédios para evitar dores foram os mais referidos (208; 48,9%) entre as mulheres estudadas, sendo que 147 (70,7%) dessas faziam uso com periodicidade ocasional e 115 (55,3%) sem prescrição médica (Tabela 4 e 6).

Tabela 6 – Uso de medicamentos para aliviar a dor por prescrição médica e padrão de consumo, nas últimas quatro semanas, das mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005

Consumo de medicamento para sanar dores	Mulheres (n=208) N (%)
Prescrição médica	
Sim	93 (44,7)
Não	115 (55,3)
Padrão de uso	
Ocasional ¹	147 (70,7)
Freqüente ²	61 (29,3)

¹Pelo menos uma vez no mês.

²Todos os dias ou quase todos os dias.

Medicamentos visando acalmar foi o segundo mais mencionado pelas mulheres (43; 10,1%), entre as que consumiram tal medicamento, 30 (69,8%) mencionaram que o uso foi freqüente e por prescrição médica (36; 83,7%) (Tabela 4 e 7).

Tabela 7 – Uso de medicamentos para acalmar por prescrição médica e padrão de consumo, nas últimas quatro semanas, das mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005

Consumo de medicamento para acalmar	Mulheres (n=43) N (%)
Prescrição médica	
Sim	36 (83,7)
Não	7 (16,3)
Padrão de uso	
Ocasional ¹	13 (30,2)
Freqüente ²	30 (69,8)

¹Pelo menos uma vez no mês.

²Todos os dias ou quase todos os dias.

O uso de medicamentos para diminuir a tristeza foi referido por 23 (5,4%) mulheres estudadas, sendo que a maior parte consumia de modo freqüente (19; 82,6%) essa substância e quase a totalidade por prescrição médica (22; 95,7%) (Tabela 4 e 8).

Tabela 8 – Uso de medicamentos para aliviar a tristeza por prescrição médica e padrão de consumo, nas últimas quatro semanas, das mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005

Consumo de medicamento para diminuir a tristeza	Mulheres (n=23) N (%)
Prescrição médica	
Sim	22 (95,7)
Não	1 (4,3)
Padrão de uso	
Ocasional ¹	4 (17,4)
Frequente ²	19 (82,6)

¹ Pelo menos uma vez no mês.

² Todos os dias ou quase todos os dias.

Buscando o emagrecimento, 19 (4,4%) mulheres mencionaram fazer o uso de algum tipo de substância para emagrecer, predominando o uso frequente (18; 94,7%) e sem recomendação médica (12; 63,2) (Tabela 4 e 9).

Tabela 9 – Uso de medicamentos para emagrecer e padrão de consumo, nas últimas quatro semanas, das mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005

Consumo de medicamento para diminuir a tristeza	Mulheres (n=19) N (%)
Prescrição médica	
Sim	7 (36,8)
Não	12 (63,2)
Padrão de uso	
Ocasional ¹	1 (5,3)
Frequente ²	18 (94,7)

* Um sem informação.

¹ Pelo menos uma vez ao mês.

² Todos os dias ou quase todos os dias.

4.2.2 *Álcool ou drogas ilícitas*

Os resultados sobre o consumo das substâncias aqui apresentados referem às mulheres estudadas e os respectivos parceiros, incluindo apenas o atual e ex-parceiro (mais recente).

O uso de álcool e/ou drogas ilícitas (crack, cocaína, maconha, cola, drogas via injetável e outras), pelo menos uma vez na vida, entre as mulheres corresponde a 63%

(269), proporção inferior em comparação ao consumo dos parceiros íntimos (atuais e ex-parceiros) (343; 80,3%) (Tabela 10).

Tabela 10 – Consumo de drogas ilícitas e / ou álcool realizado por mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005

Consumo de substâncias psicoativas	Mulheres (n=428)* N (%)
Uso de álcool e /ou drogas ilícitas (na vida)	
Sim	269 (63,0)
Não	158 (37,0)
Consumo de álcool (na vida)	
Sim	269 (63,0)
Não	158 (37,0)
Padrão de consumo de álcool	N=269
Frequente ²	15 (5,6)
Ocasional ³	156 (58,0)
Não usa mais	98 (36,4)
Consumo de drogas ilícitas ¹	
Sim	32 (7,5)
Não	395 (92,5)
Padrão de consumo	n=32
Frequente ²	2 (6,3)
Ocasional ³	1 (3,1)
Não usa mais	29 (90,6)

* Um sem informação.

1- Maconha, crack, cocaína, cola, injetáveis e outras.

2 - Todos os dias ou mais de uma vez por semana.

3 - Pelo menos uma vez ao mês.

O álcool foi a substância mais utilizada pelos parceiros íntimos (336; 78,9%) em comparação ao uso realizado pelas mulheres estudadas (269; 63%). O padrão de consumo dos parceiros íntimos (atual e ex-parceiro mais recente) (154; 45,8%) e das mulheres (156; 58,0%) se deu em maior proporção, ocasionalmente. Contudo, o uso frequente de álcool, por parte dos parceiros íntimos, foi superior (105; 31,3%) ao das mulheres estudadas (15; 5,6%) (Tabela 10 e 11).

Entre as mulheres, 32 (7,5%) mencionaram o consumo de drogas ilícitas (pelo menos uma vez na vida), proporção que representa quase a metade do consumo dessas substâncias pelos parceiros íntimos (atual e ex-parceiro) (58; 13,6%) (Tabela 10 e 11).

Tabela 11 – Consumo de drogas ilícitas e / ou álcool realizado pelos parceiros íntimos (atual e ex-parceiro mais recente) das mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005

Consumo de substâncias psicoativas	Parceiros íntimos (n=428) N (%)
Uso de álcool e /ou drogas ilícitas (na vida)*	
Sim	343 (80,3)
Não	81 (19,0)
Não sabe	3 (0,7)
Consumo de álcool (na vida)**	
Sim	336 (78,9)
Não	87 (20,4)
Não sabe	3 (0,7)
Padrão de consumo de álcool	N=336
Frequente ²	105 (31,3)
Ocasional ³	154 (45,8)
Não usa mais	77 (22,9)
Consumo de drogas ilícitas ¹ ***	
Sim	58 (13,6)
Não	358 (83,8)
Não sabe	7 (2,6)
Padrão de consumo de drogas ilícitas	n=58
Frequente ²	14 (24,1)
Ocasional ³	7 (12,1)
Não usa mais	37 (63,8)

* Um sem informação.

** Dois sem informação.

*** Quatro sem informação.

¹- Maconha, crack, cocaína, cola, injetáveis e outras.

²- Todos os dias ou mais de uma vez por semana.

³- Pelo menos uma vez ao mês.

O uso frequente de drogas ilícitas, entre os parceiros íntimos (14; 24,1%) foi também superior ao mencionado pelas mulheres (2; 6,3%) (Tabela 10 e 11). O consumo pelos parceiros íntimos de maconha e cocaína, destacou-se (51; 11,9% e 23; 5,4%, respectivamente) e foi também superior ao das mulheres (30; 7,0% e 11; 2,6%, respectivamente) (Tabela 12).

Tabela 12 - Consumo de drogas ilícitas entre os parceiros (atuais e ex-parceiros) e mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005

	Mulheres (n=428)*	Parceiros (atual e ex-parceiro mais recente) (n=428)*
Maconha		
Sim	30 (7,0)	51 (11,9)
Não	397 (93,0)	363 (85,0)
Não sabe	-	13 (3,1)
Crack		
Sim	2 (0,5)	5 (1,2)
Não	425 (99,5)	407 (95,3)
Não sabe	-	15 (3,5)
Cocaína		
Sim	11 (2,6)	23 (5,4)
Não	416 (97,4)	391 (91,5)
Não sabe	-	13 (3,1)
Cola		
Sim	1 (0,2)	2 (0,5)
Não	426 (99,8)	407 (95,3)
Não sabe	-	18 (4,2)
UDI		
Sim	0	0
Não	427 (100)	427 (100)
Não sabe	-	-
Outras		
Sim	2 (0,5)	1 (0,3)
Não	425 (99,5)	426 (99,7)
Não sabe	-	-

*Um sem informação.

Entre as mulheres estudadas, 70 (16,4%) mencionaram ter tido algum problema devido ao consumo de álcool e/ou drogas ilícitas, já entre os parceiros íntimos (atual e ex-parceiro mais recente) tais ocorrências foram quase o dobro (131; 30,7%) (Tabela 13).

Os problemas mais mencionados pelas mulheres e seus parceiros íntimos (atual e ex-parceiro mais recente) foram: conflitos familiares (40; 9,4% e 84; 19,7%), problemas de saúde (37; 8,7% e 54; 12,6%) e com dinheiro (13; 3,0% e 44; 10,3%), respectivamente (Tabela 13). Apesar do problema com a polícia e no trabalho serem menos referidos, observa-se uma grande diferença no número de ocorrências que envolvem as mulheres (1; 0,2% e 4; 0,9%, respectivamente) e seus parceiros íntimos (atual e ex-parceiros mais recente) (21; 4,9% e 19; 4,4%, respectivamente).

Tabela 13 – Problemas conseqüentes do consumo de álcool e/ou drogas ilícitas enfrentados pelos parceiros íntimos (atual e ex-parceiro mais recente) e das mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005

	Mulheres (n=428) *	Parceiros íntimos (n=428) *
Pelo menos um problema	N (%)	N (%)
Sim	70 (16,4)	131 (30,7)
Não	357 (83,6)	296 (69,3)
Problemas com:		
Dinheiro	13 (3,0)	44 (10,3)
Familiares	40 (9,4)	84 (19,7)
Trabalho	4 (0,9)	19 (4,4)
Amigos	12 (2,8)	33 (7,7)
Saúde	37 (8,7)	54 (12,6)
Polícia	1 (0,2)	21 (4,9)
Outros	0	3 (0,7)

* Um sem informação.

O consumo na vida, de drogas ilícitas, álcool e/ou medicamentos, foi mencionado por 16 (4,4%) mulheres. O consumo de drogas ilícitas exclusivamente não foi referido, sendo mencionado pelas mulheres que consumiram álcool e também medicamentos (16; 4,4%). A utilização de medicamentos e álcool foi mencionada pela maior parte das mulheres (123; 34,0%), note que o uso exclusivo de medicamentos (93; 25,7%) e de álcool (114; 31,5%) foram expressivos (Figura 1).

Nenhuma mulher mencionou usar de modo freqüente todas as substâncias psicoativas, aqui tratadas. A co- ocorrência do uso, de modo freqüente, de medicamento e álcool, foi referida por 4 (3,6%) mulheres e o uso freqüente de substâncias ilícitas e medicamentos, por apenas uma mulher (Figura 2). O uso freqüente e exclusivo de medicamentos foi o mais mencionado (95; 84,8%), seguido pelo álcool (11; 9,8%).

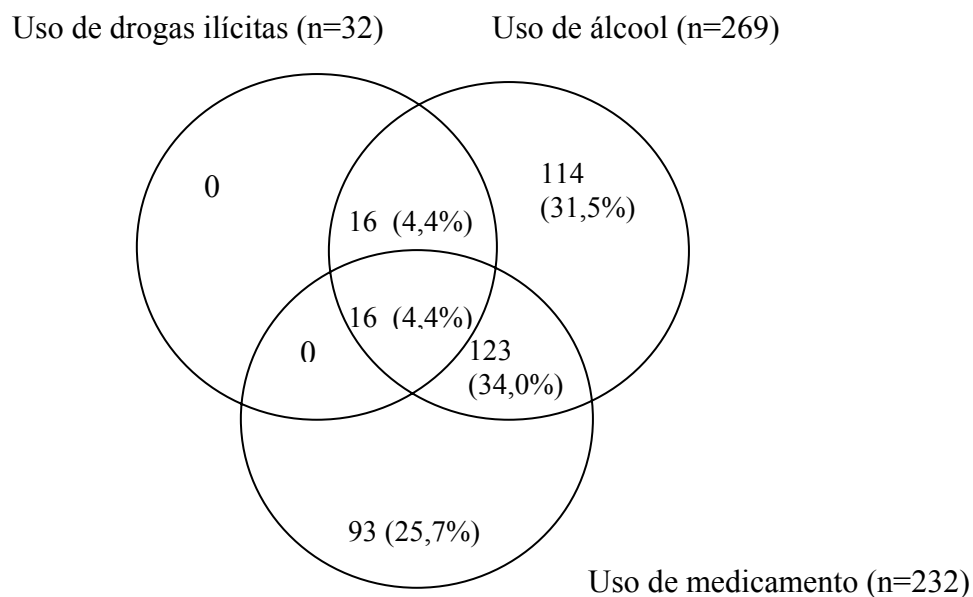


Figura 1 - Sobreposição do uso de medicamentos (nas últimas quatro semanas), álcool e drogas ilícitas (na vida) pelas mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária a Saúde do Município de São Paulo. São Paulo – 2005 (N= 362)

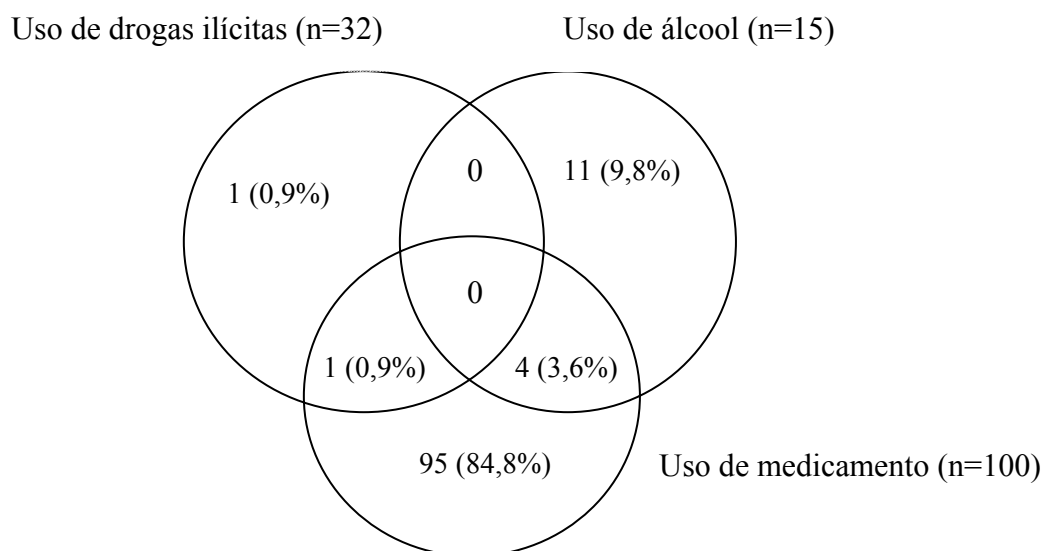


Figura 2 - Sobreposição do uso freqüente de medicamentos (nas últimas quatro semanas), álcool e drogas ilícitas realizado pelas mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária a Saúde do Município de São Paulo. São Paulo – 2005 (N= 112)

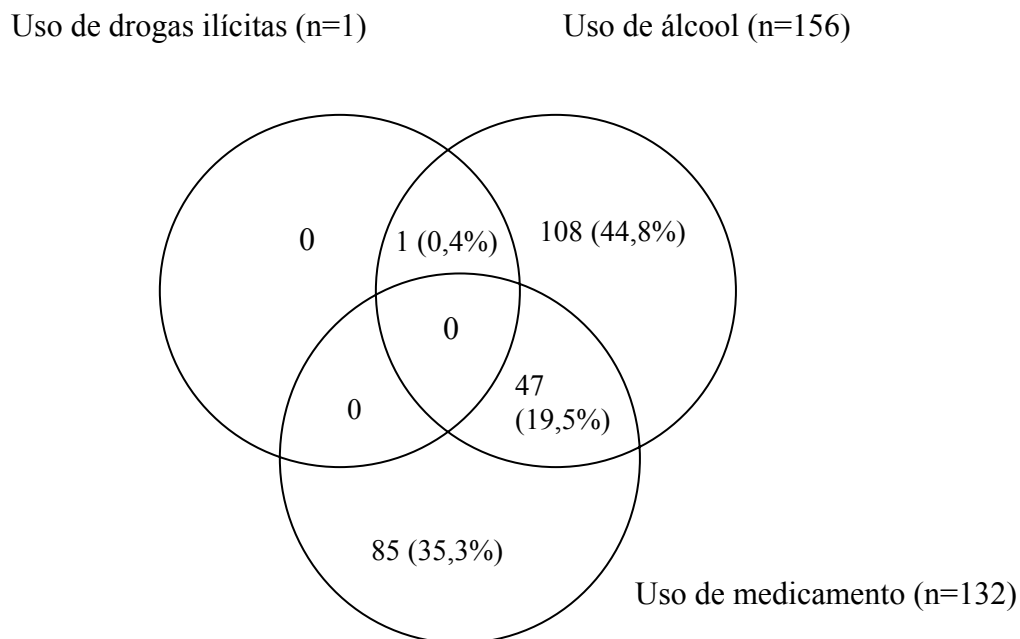


Figura 3 - Sobreposição do uso ocasional de medicamentos (nas últimas quatro semanas), álcool e drogas ilícitas realizado pelas mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária a Saúde do Município de São Paulo. São Paulo – 2005 (N= 241)

Em relação ao uso ocasional de substâncias psicoativas, a co-ocorrência do consumo de álcool e de medicamentos destaca-se (47; 19,5%). O uso exclusivo de medicamentos e de álcool foi também evidenciado (85; 35,3% e 108; 44,8%, respectivamente). O uso de drogas ilícitas exclusivamente ou com medicamento não foi mencionado (Figura 3).

4.3 Vivência de situações de violência

Entre as mulheres estudadas, 265 (61,9%) sofreram algum tipo de violência perpetrada pelos parceiros íntimos, incluindo os atuais, ex-parceiros ou qualquer outro. A violência psicológica foi a mais referida (247; 57,8%), seguida pela violência física (176; 41,2%) e sexual (64; 15%).

Duzentas entrevistadas (46,8%) mencionaram ter sofrido algum tipo de violência perpetrada por seus parceiros íntimos atuais ou ex-parceiros (mais recentes), 184 (43,1%) referiram a violência psicológica, 105 (24,5%) a violência física e 33 (7,7%) a sexual. Entre essas mulheres, 143 (33,5%) afirmaram que algum tipo de violência ocorreu nos últimos 12 meses, 52 (12,2%) episódios de violência física, 137 (32,1%) de violência psicológica e 14 (3,3%) de violência sexual (Tabela 14).

Tabela 14 – Violência perpetrada pelos parceiros íntimos contra as mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005

	Por qualquer parceiro na vida (N=428)*	Apenas pelo parceiro atual ou ex-parceiro mais recente (N=428)*	Pelo parceiro atual ou ex-parceiro mais recente no último ano (N=428)*
	N(%)	N(%)	N(%)
Violência física			
Sim	176 (41,2)	105 (24,5)	52 (12,2)
Não	251 (58,8)	323 (75,5)	375 (87,8)
Violência psicológica			
Sim	247 (57,8)	184 (43,1)	137 (32,1)
Não	180 (42,1)	243 (56,9)	290 (67,9)
Violência sexual			
Sim	64 (15,0)	33 (7,7)	14 (3,3)
Não	363 (85,0)	394 (92,3)	413 (96,7)
Algum tipo de violência (física, psicológica ou sexual)			
Sim	264 (61,9)	200 (46,8)	143 (33,5)
Não	163 (38,1)	227 (53,2)	284 (66,5)

* Um sem informação.

A co-ocorrência dos eventos violentos foi comum. Entre as mulheres que sofreram violência pelo parceiro íntimo atual ou ex-parceiro mais recente, 22 (11,0%) referiram ter vivido os três tipos de violência, 8 (4,0%) a violência sexual e psicológica e 70 (35%) a violência psicológica e física. A vivência exclusiva de violência psicológica foi declarada por 84 (42%) dessas mulheres, 13 (6,5%) mencionaram ter vivido exclusivamente a violência física e 3 (1,5%) a violência sexual (Figura 4).

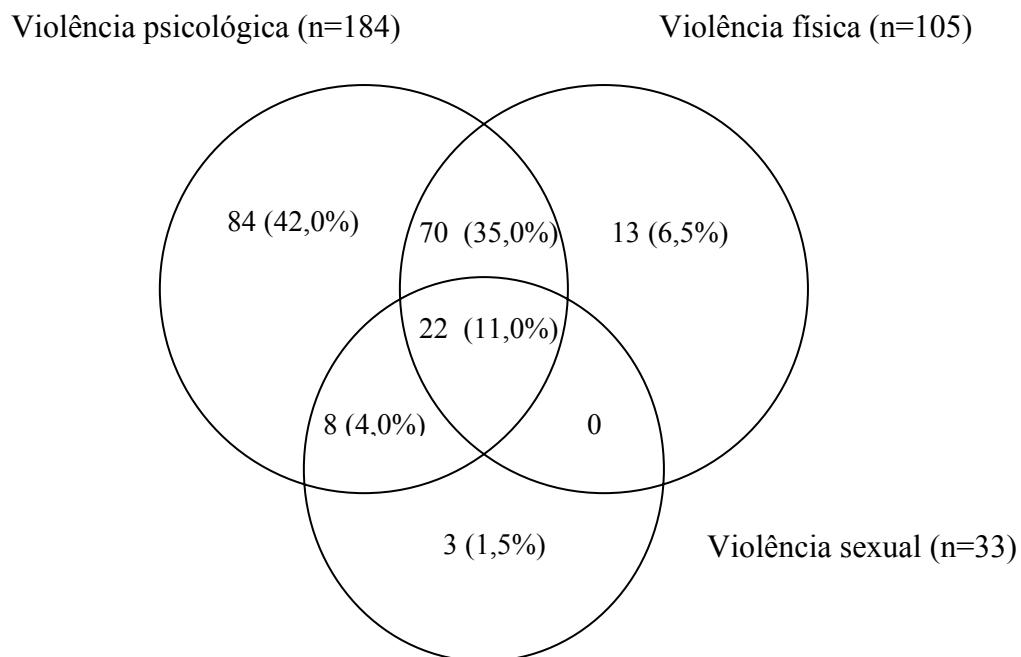


Figura 4 - Sobreposição dos casos de violência psicológica, física e sexual perpetrada por parceiros íntimos (atual ou ex-parceiros mais recente) contra as mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária a Saúde do Município de São Paulo. São Paulo – 2005 (N= 200)

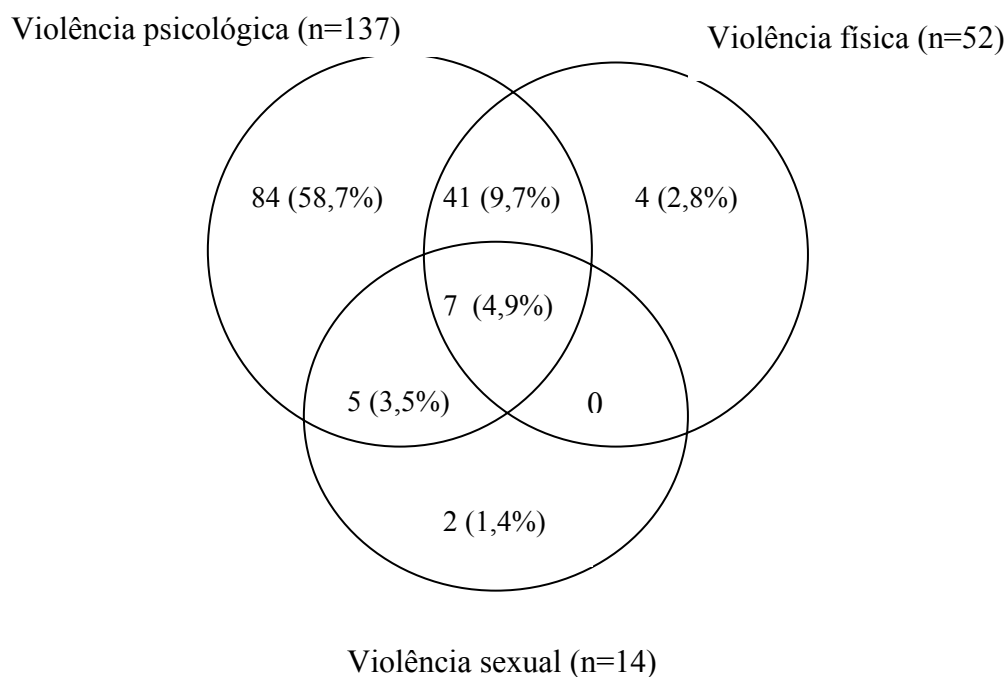


Figura 5 - Sobreposição dos casos de violência psicológica, física e sexual perpetrada por parceiros íntimos (atual ou ex-parceiros mais recente) no último ano, contra as mulheres usuárias de um serviço de atenção primária a saúde do Município de São Paulo. São Paulo – 2005 (N= 143)

Nos últimos 12 meses (último ano), a co-ocorrência dos três tipos de violência foi declarada por 7 (4,9%) das mulheres, 41 (9,7%) referiram a vivência da violência psicológica e física e 5 (3,5%) a violência psicológica e sexual. Ainda no último ano, 84 (58,7%) das mulheres declararam ter sofrido exclusivamente a violência psicológica, 4 (2,8%) a violência física e 2 (1,4%) a violência sexual (Figura 5).

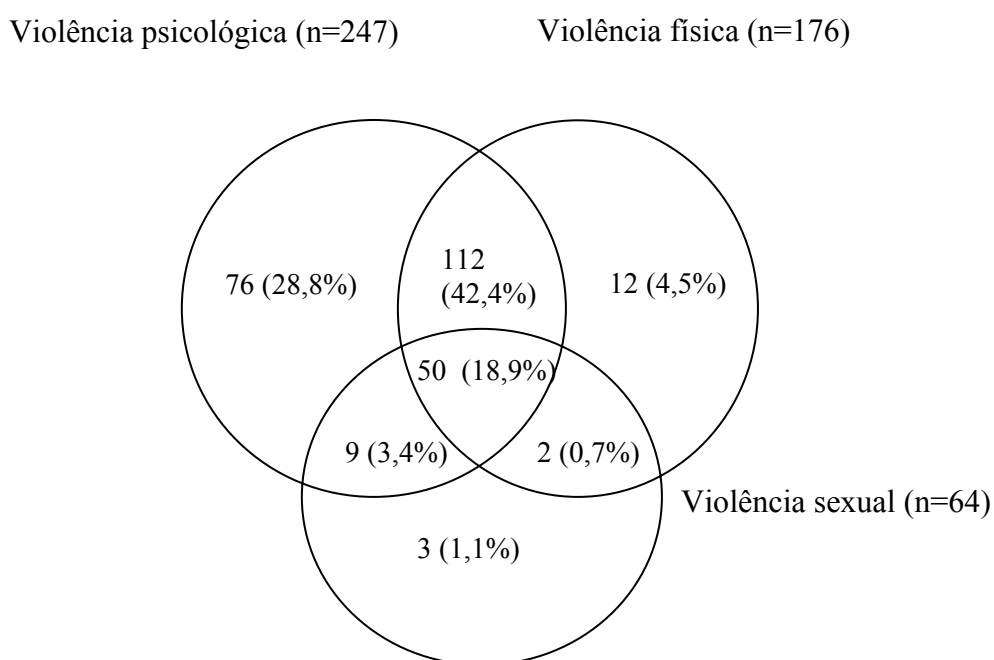


Figura 6 - Sobreposição dos casos de violência psicológica, física e sexual perpetrada por qualquer parceiro íntimo na vida, contra as mulheres usuárias de um serviço de atenção primária a saúde do Município de São Paulo. São Paulo – 2005 (N= 264)

A co-ocorrência de violência perpetrada por qualquer parceiro na vida também foi verificada, assim 50 (18,9%) mulheres estudadas afirmaram ter sofrido os três tipos de violência. A violência psicológica e física perpetrada por qualquer parceiro íntimo na vida foi mencionada por 112 (42,4%) mulheres, já a violência psicológica e sexual por 9 (3,4%) e a violência sexual e física por 2 (0,7%) mulheres. A vivencia exclusiva de

violência psicológica foi referida por 76 (28,8%) mulheres, 12 (4,5%) mencionaram exclusivamente a violência física e 3 (1,1%) a violência sexual.

A violência psicológica além de apresentar maior prevalência em relação aos demais tipos de violência, foi também um evento recorrente, 93 (50,6%) mulheres afirmaram que este episódio ocorreu muitas vezes, perpetrado por seus parceiros íntimos, atual ou ex-parceiro (mais recente). No último ano, 71 (51,8%) mulheres afirmaram que esse tipo de violência ocorreu também, muitas vezes, perpetrado por seus parceiros íntimos (atual ou ex-parceiro mais recente). Já a violência psicológica, perpetrada por qualquer parceiro íntimo na vida, também foi mencionada como recorrente, ocorrendo segunda as mulheres, também muitas vezes (155; 62,7%) (Tabela 15).

Tabela 15 – Recorrência de violência psicológica perpetrada pelos parceiros íntimos contra as mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005

Violência psicológica	Perpetrada por qualquer parceiro íntimo na vida (n=247)	Perpetrada por parceiro atual ou ex-parceiro (mais recente) (N=184)	Perpetrada por parceiro atual ou ex-parceiro (mais recente) no último ano (N=137)
	N (%)	N (%)	N (%)
Recorrência			
Uma vez	34 (13,8)	40 (21,7)	28 (20,4)
Poucas vezes	58 (23,5)	51 (27,7)	38 (27,8)
Muitas vezes	155 (62,7)	93 (50,6)	71 (51,8)

* Um sem informação.

Em relação a recorrência de episódios de violência física, a segunda forma de violência mais referida pelas mulheres estudadas, 64 (36,6%) mencionaram que tais episódios ocorreram muitas vezes quando perpetradas por qualquer parceiro íntimo na vida. Contudo, a maior proporção das mulheres que sofreram violência pelo parceiro íntimo, atual ou ex-parceiro mais recente, mencionou que tal episódio ocorreu uma vez (43; 41,4%), já as mulheres que sofreram violência no último ano por esses parceiros,

afirmaram que os episódios ocorreram em maior proporção, poucas vezes (22; 42,3%) (Tabela 16).

Tabela 16 – Recorrência de violência física perpetrada por parceiro íntimo (atual e anterior) contra as mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005

Violência física	Perpetrada por qualquer parceiro íntimo na vida (n=176)* N (%)	Perpetrada por parceiro atual ou ex-parceiro (mais recente) (N=105)* N (%)	Perpetrada por parceiro atual ou ex-parceiro (mais recente) no último ano (N=52) N (%)
Recorrência			
Uma vez	61 (34,8)	43 (41,4)	20 (38,5)
Poucas vezes	50 (28,6)	36 (34,6)	22 (42,3)
Muitas vezes	64 (36,6)	25 (24,0)	10 (19,2)

* Um sem informação

A violência sexual foi mencionada por um número menor de mulheres, sendo que a maior proporção afirmou que este tipo de violência ocorreu poucas vezes quando perpetrada por qualquer um dos parceiros íntimos na vida (27; 42,9%), 18 (54,5%) entre aquelas que sofreram violência pelos parceiros íntimos, atual ou ex-parceiro mais recente, e 11 (78,6%) das que sofreram esse tipo de violência nos últimos 12 meses por esses parceiros (Tabela 17).

Tabela 17 – Violência sexual perpetrada por parceiro íntimo (atual e anterior) contra as mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005

Violência sexual	Perpetrada por qualquer parceiro íntimo na vida (n=63) N (%)	Perpetrada por parceiro atual ou ex-parceiro (mais recente) (N=33) N (%)	Perpetrada por parceiro atual ou ex-parceiro (mais recente) no último ano (N=14) N (%)
Recorrência			
Uma vez	14 (22,2)	7 (21,2)	1 (7,1)
Poucas vezes	27 (42,9)	18 (54,5)	11 (78,6)
Muitas vezes	22 (34,9)	8 (24,3)	2 (14,3)

4.3.1 Consumo de álcool e/ou drogas ilícitas no momento da violência

Para o estudo acerca de uso de álcool e /ou drogas em episódios de violência (física, psicológica e/ou sexual) foram consideradas apenas as mulheres que relataram violência por parceiro íntimo atual ou ex-parceiro mais recente. Isto porque interessava em análise futura considerar as características sócio-demográficas do parceiro, o que em outras pesquisas revelou-se dado de difícil lembrança quando o parceiro era muito antigo e, assim, a questão sobre o perpetrador estar sob efeito de alguma substância no momento da violência somente se refere a esses parceiros atuais ou mais recentes. Também foram coletados dados sócio-demográficos e de uso de álcool e / ou drogas exclusivamente dos mesmos, não contemplando assim outros parceiros na vida. Deste modo, estamos ancorados no número total de mulheres que sofreu algum tipo de violência pelo parceiro atual ou ex-parceiro mais recente (n=200) e não em qualquer parceiro íntimo na vida (n=265).

Como pode ser observado na tabela abaixo, um pouco mais de um terço (38,2%) das mulheres ora consideradas (N=200) mencionou que o parceiro estaria sob o efeito de alguma substância, álcool ou drogas no momento da violência.

Entre as mulheres que sofreram violência sexual (33), 11 (36,4%) declararam que o perpetrador estaria sob o efeito de alguma substância, 9 (27,3%) mulheres relataram que o consumo teria ocorrido em todos os episódios de violência sexual (Tabela 18).

Entre as mulheres que vivenciaram situações de violência psicológica (184), 63 (34,2%) declararam que o perpetrador estaria sob efeito de álcool e/ou drogas no momento da violência, sendo que 39 (21,2%) referiram tal ocorrência em todos os episódios (Tabela 18).

Tabela 18 – Parceiro íntimo (atual ou ex-parceiro mais recente) sob efeito de álcool e/ou drogas ilícitas no momento da violência (sexual, psicológica e física) contra as mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005.

Violência física, psicológica ou sexual	n= 200	%
Sim	76	38,2
Não	121	60,8
Recorrência		
Um episódio (ou mais episódios)	37	18,5
Todos os episódios	39	19,5
Nenhum episódio	121	60,5
Não sabe informar	3	1,5
Violência Sexual	n= 33	%
Sim	11	36,4
Não	21	63,6
Recorrência		
Um episódio (ou mais episódios)	3	9,1
Todos os episódios	9	27,3
Nenhum episódio	21	63,6
Não sabe informar	-	-
Física	N=105*	%
Sim	52	50,0
Não	52	50,0
Recorrência		
Um episódio (ou mais episódios)	22	21,2
Todos os episódios	30	28,8
Nenhum episódio	52	50
Não sabe informar	-	-
Psicológica	N=184	%
Sim	63	34,2
Não	121	65,8
Recorrência		
Um episódio (ou mais episódios)	24	13,0
Todos os episódios	39	21,2
Nenhum episódio	115	62,5
Não sabe informar	6	3,3

* Um sem informação.

Metade das mulheres que sofreram agressões físicas (52) relataram que os perpetradores estariam sob efeito de alguma substância (álcool e/ou drogas ilícitas) no momento da violência, 30 (28,8%) mencionou que isso ocorreu em todos os episódios (Tabela 18).

Como pode ser observado (Tabela 19), o álcool é a substância mais citada entre as mulheres que relataram que o parceiro íntimo (atual ou ex-parceiro mais recente),

perpetrador, estaria sob efeito de alguma substância durante as situações de violência, contudo o uso de drogas ilícitas também foi mencionado: 10 (9,6%) das situações de violência física, 7 (3,8%) episódios de violência psicológica e 1 (3,0%) evento de violência sexual (Tabela 19). Vale saber que a pergunta que coletava tais dados era de múltipla escolha, possibilitando a menção de mais de um tipo de substância.

Entre as mulheres que sofreram violência física na vida, 50 (48,1%) afirmaram que os parceiros estariam sob efeito do álcool, 6 (5,7%) sob efeito de maconha, 3 (2,8%) cocaína e apenas uma indicação do uso de crack (Tabela 19).

Entre as mulheres que sofreram violência psicológica pelo menos uma vez na vida (184), 61 (33,2%) afirmaram que o parceiro íntimo estaria sob efeito de álcool, 4 (2,1%) maconha, 2 (1,1%) cocaína e 1 (0,5%) crack. Já as mulheres que vivenciaram violência sexual, 12 (36,7%) mencionaram o álcool como a substância a qual o parceiro íntimo estaria sob efeito, havendo apenas um caso relatado de uso de cocaína (Tabela 19).

Tabela 19 – Tipos substâncias psicoativas usadas pelos perpetradores no momento de violência mencionadas pelas mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005

Substâncias citadas (resposta múltipla)	Violência física (N= 105)* N (%)	Violência Psicológica (n=184) N (%)	Violência Sexual (n=33) N (%)
Álcool	50 (48,1)	61 (33,2)	12 (36,7)
Drogas ilícitas	10 (9,6)	7 (3,8)	1 (3,0)
Não sabe	8 (7,7)	9 (4,9)	0

* um sem informação

4.3.2 *Uso de álcool e/ou drogas ilícitas pelas mulheres e vivência de violência*

Como pode ser observado na tabela abaixo, entre as mulheres que sofreram algum tipo de violência (200), 16 (8,0%) afirmaram ter iniciado ou aumentado o seu uso de

álcool e/ou drogas ilícitas após a vivência dos episódios violentos (Tabela 20). Entre as substâncias ingeridas pelas mulheres, destacam-se: o álcool exclusivamente (11), maconha e álcool, associados (1).

Durante a situação de violência, 8 (4,0%) das mulheres relataram que estavam sob efeito de alguma substância psicoativa (Tabela 20). Foram citadas as seguintes drogas: álcool (6), maconha (1).

Entre as mulheres perpetradoras de algum tipo de violência contra terceiros ou parceiros (107; 25,1%), 3 (2,9%) estavam sob efeito de álcool ou drogas no momento da agressão.

Tabela 20– Início e/ou aumento do uso de álcool e drogas ilícitas e estar sob efeito de substâncias durante as situações de violência (sexual, física e psicológica) entre as mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005

Uso de álcool e/ou drogas ilícitas	N= 200*
Início ou aumento após ter sofrido violência	
Sim	16 (8,1)
Não	183 (91,9)
Estar sob efeito no momento que sofreu violência	
Sim	8 (4,1)
Não	191 (95,9)

* Um sem informação.

4.4 Teste qui-quadrado

Apenas em algumas das variáveis independentes do eixo uso de álcool e / ou drogas ilícitas e medicamentos foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas.

Observou-se diferença estatisticamente significativa entre a variável *sofrer algum tipo de violência* pelo parceiro íntimo durante atual ou ex-parceiro (mais recente) e as variáveis independentes relacionadas as mulheres: consumo de medicamentos para *acalmar* ($p=0,027$) (Tabela 21); *uso de drogas ilícitas* ($p=0,027$); *uso de maconha* ($p=0,024$) e ter enfrentado *algum problema com o uso de álcool e/ou drogas* ($p=0,027$)

(Tabela 22), bem como, as variáveis relacionadas ao uso de drogas pelos parceiros, a saber: *uso de álcool e / ou drogas* ($p=0,029$); *uso de álcool* ($p=0,022$); *uso de drogas ilícitas* ($p=0,005$); *uso de maconha* ($p=0,006$); *uso de cocaína* ($p=0,002^{16}$); *problemas por causa do consumo de drogas* ($p=0,001$) e o *padrão de uso de álcool* ($p=0,001$) (Tabela 23).

A variável *violência física* apresentou diferenças estatisticamente significantes entre as variáveis relacionadas às mulheres: o consumo de medicamentos para *acalmar* ($p=0,043$) (Tabela 21); o *uso de drogas ilícitas* ($p=0,002$) e o uso de *maconha* ($p=0,001$) (Tabela 24) e as variáveis relacionadas ao parceiro íntimo (atual e ex-parceiros mais recente): *uso de álcool* ($p=0,025$); *uso de drogas ilícitas* ($p=0,026$); uso de *maconha* ($p=0,026$); *uso de cocaína* ($p<0,001$); *problemas por causa do consumo de drogas* ($p<0,001$) e *padrão de uso de álcool* ($p=0,002$). Note que essas são variáveis que também apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação a variável ter sofrido algum tipo de violência pelo parceiro íntimo (atual ou ex-parceiro mais recente) (Tabela 23), não sendo mencionada apenas a variável *uso de álcool e / ou drogas* pelo parceiro íntimo.

A variável *violência psicológica* apresentou diferenças estatisticamente significativas em relação a variável: consumo de medicamentos para *acalmar* ($p=0,006$) e para *diminuir a tristeza* ($p=0,028$) (Tabela 21), não havendo nenhuma relação com as demais drogas (álcool ou drogas ilícitas) utilizadas pelas mulheres.

Porém, o consumo de drogas pelos parceiros íntimos demonstrou diferenças estatisticamente significantes em relação a variável *violência psicológica*, a saber: *consumo de álcool e/ou drogas* ($p=0,007$); *uso de álcool* ($p=0,006$); *uso de drogas ilícitas* ($p=0,001$); uso de *maconha* ($p=0,001$); *uso de cocaína* ($p=0,001^{17}$); *problemas*

¹⁶ Teste exato de Fisher.

¹⁷ Idem.

por causa do consumo de drogas ($p < 0,001$) e *padrão de uso de álcool* ($p < 0,001$) (Tabela 23).

A variável *violência sexual* apresentou diferenças estatisticamente significativas somente entre as variáveis relacionadas as entrevistadas: *uso de medicamento para acalmar* ($p = 0,003$) e *para alívio da tristeza* ($0,006$) (Tabela 21) e em relação as variáveis relacionadas aos parceiros: *ter tipo algum problema com o uso de drogas na vida* ($p = 0,012$) e *padrão de uso de álcool* ($p < 0,001$).

Foi possível notar algumas peculiaridades em relação as diferenças estatisticamente significantes encontradas quando relacionadas as variáveis que se referem ao uso de álcool e/ou drogas ilícitas pelos parceiros. Somente as variáveis: *padrão de uso e problemas com o consumo* apresentaram $p < 0,05$ em relação a variável *violência sexual*. A variável *uso de álcool e / ou drogas* somente apresentou significância estatística em relação as variáveis: *violência psicológica e ter sofrido algum tipo de violência* pelo parceiro íntimo atual ou ex-parceiro (mais recente). A variável: *padrão de consumo de álcool*, apresentou diferenças estatisticamente significantes em relação a todas as variáveis sobre *violência*, já a variável *uso de cocaína*, apenas não apresentou diferenças estatisticamente significantes em relação a variável *violência sexual*.

Em relação as variáveis sobre o uso de substâncias psicoativas realizados pelas mulheres, destacaram-se as variáveis relacionadas a utilização de *medicamentos para aliviar a tristeza*, a qual apresentou diferenças estatisticamente significantes somente em relação as variáveis *violência psicológica e sexual*, bem como a variável *uso de medicamento para acalmar*, com diferenças estatisticamente significantes em relação a todos os tipos de *violência* elencadas para análise.

Já as variáveis relacionadas ao *uso de drogas ilícitas e maconha*, feitos pelas entrevistadas, apresentaram diferenças significantes em relação as variáveis: *violência física e ter sofrido algum tipo de violência* pelo parceiro íntimo (atual e ex-parceiro mais recente). Ainda, a variável que se refere as mulheres: *ter vivido problemas por causa do uso de álcool e /ou drogas*, demonstrou diferenças significativas apenas em relação a variável *ter sofrido algum tipo de violência* por parceiros íntimos atual ou ex-parceiros (mais recente).

Tabela 21 – Teste qui-quadrado entre as variáveis: violência (física, psicológica ou sexual na vida) e as variáveis de uso de medicamento entre as mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005

Variável	Pelo menos um tipo de violência			Violência Física			Violência Psicológica			Violência Sexual		
	Sim % (n)	Não % (n)	Valor p	Sim % (n)	Não % (n)	Valor p	Sim % (n)	Não % (n)	Valor p	Sim % (n)	Não % (n)	Valor p
Uso de medicamentos			0,399			0,638			0,220			0,135
Sim	48,7 (113)	51,3 (119)		25,4 (59)	74,6 (173)		45,7 (106)	54,3 (126)		9,5 (22)	90,5 (210)	
Não	44,9 (87)	55,4 (108)		23,5 (46)	76,5 (150)		39,8 (78)	60,2 (118)		11 (5,6)	94,4 (185)	
Receita médica			0,545			0,383			0,434			0,829
Sim	50,8 (62)	49,2 (60)		23,0 (28)	77,0 (94)		48,4 (59)	51,6 (63)		9,8 (12)	90,2 (110)	
Não	46,8 (52)	53,2 (59)		27,9 (31)	72,1 (80)		43,2 (48)	56,8 (63)		9,0 (10)	91,0 (101)	
Padrão de consumo			0,670			0,797			0,443			0,259*
Não usa mais	44,4 (87)	55,6 (109)		23,5 (46)	76,5 (150)		39,8 (78)	60,2 (118)		5,6 (11)	94,4 (185)	
Ocasional ¹	48,5 (64)	51,5 (68)		24,2 (32)	75,8 (100)		44,7 (59)	55,3 (73)		10,6 (14)	89,4 (118)	
Freqüente ²	49,0 (49)	51,0 (51)		27,0 (27)	73,0 (73)		47,0 (47)	53,0 (53)		8,0 (8)	92,0 (92)	
Para acalmar			0,027			0,043			0,006			0,003*
Sim	62,8 (27)	37,2 (16)		37,2 (16)	62,8 (27)		62,8 (27)	37,2 (16)		20,9 (9)	79,1 (34)	
Não	45,1 (173)	54,9 (211)		23,2 (89)	76,8 (295)		40,9 (157)	59,1 (227)		6,3 (24)	93,8 (360)	
Para aliviar dores			0,199			0,207			0,145			0,079
Sim	50,0 (104)	50,0 (104)		27,4 (57)	72,6 (151)		46,4 (97)	53,4 (111)		10,1(21)	89,9 (187)	
Não	43,8 (95)	56,2 (122)		22,1 (48)	77,9 (169)		39,6 (86)	60,4 (131)		5,5 (12)	94,5 (392)	
Para diminuir a tristeza			0,069			0,243			0,028			0,005*
Sim	65,2 (15)	34,8 (8)		34,8 (8)	65,2 (15)		65,2 (15)	34,8 (8)		26,1 (6)	73,9 (17)	
Não	45,8 (185)	56,2 (219)		24,0 (97)	76,0 (307)		41,8 (169)	58,2 (243)		6,7 (27)	93,3 (377)	
Para emagrecer			0,173			0,054*			0,159*			1,000*
Sim	31,6 (6)	68,4 (13)		5,3 (1)	94,7 (18)		26,3 (5)	73,7 (14)		5,3 (1)	94,7 (18)	
Não	47,5 (194)	52,5 (214)		25,5 (104)	74,5 (304)		43,9 (179)	56,1 (229)		7,8 (32)	92,2 (376)	

* Teste exato de Fisher.

¹ Uma ou mais vezes por mês ou uma ou mais vezes por semana.

² Todos os dias.

Tabela 22 – Teste qui-quadrado entre as variáveis: violência (física, psicológica ou sexual na vida) e as variáveis de uso de álcool e/ou drogas ilícitas entre as mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005

Variável	Pelo menos um tipo de violência			Violência Física			Violência Psicológica			Violência Sexual		
	Sim % (n)	Não % (n)	Valor p	Sim % (n)	Não % (n)	Valor p	Sim % (n)	Não % (n)	Valor p	Sim % (n)	Não % (n)	Valor p
Uso álcool e/ou drogas ilícitas			0,999			0,507			0,555			0,228
Sim	46,8 (126)	53,2 (143)		25,7 (69)	74,3 (200)		42,0 (113)	58,0 (156)		8,9 (24)	91,1 (245)	
Não	46,8 (74)	53,2 (84)		22,8 (36)	77,2 (122)		44,9 (71)	55,1 (87)		5,7 (9)	94,3 (149)	
Uso de álcool			0,999			0,507			0,555			0,228
Sim	46,8 (126)	53,2 (143)		25,7 (69)	74,3 (200)		42,0 (113)	58,0 (156)		8,9 (24)	91,1 (245)	
Não	46,8 (74)	53,2 (84)		22,8 (36)	77,2 (122)		44,9 (71)	55,1 (87)		5,7 (9)	94,3 (149)	
Padrão de uso de álcool ¹			0,069			0,292*			0,260			0,252
Não usa mais	42,9 (48)	51,0 (50)		27,6 (27)	72,4 (71)		43,9 (43)	56,1 (55)		9,2 (9)	90,8 (89)	
Ocasional ²	42,9 (67)	57,1 (89)		23,1 (36)	76,9 (120)		39,1 (61)	60,9 (95)		7,7 (12)	92,3 (144)	
Frequente ³	73,3 (11)	26,7 (2,8)		40,0 (6)	60,0 (9)		60,0 (9)	40,0 (6)		20,0 (3)	80,0 (89)	
Uso de drogas ilícitas			0,027			0,002			0,118			1,000*
Sim	65,6 (21)	34,4 (11)		46,9 (15)	53,1 (17)		56,3 (18)	43,8 (14)		6,3 (2)	93,8 (30)	
Não	45,3 (179)	54,7 (216)		22,8 (90)	77,2 (305)		42,0 (166)	58,0 (229)		7,8 (31)	92,2 (364)	
Maconha			0,024			0,001			0,119			0,350
Sim	66,7 (20)	33,3 (10)		50,0 (15)	50,0 (15)		56,7 (17)	43,3 (13)		3,3 (1)	96,7 (29)	
Não	45,3 (180)	54,7 (217)		22,7 (90)	77,3 (307)		42,1 (167)	57,6 (230)		8,1 (32)	91,9 (365)	
Cocaína			0,361			0,148*			0,542*			0,592*
Sim	63,6 (7)	36,4 (4)		45,5 (5)	54,5 (6)		54,5 (6)	45,5 (5)		9,1 (1)	90,9 (10)	
Não	46,4 (193)	53,6 (223)		24,0 (100)	76,0 (316)		42,8 (178)	57,2 (238)		7,7 (32)	92,3 (384)	
Problema com o uso de drogas			0,027			0,088			0,265			0,059
Sim	58,6 (41)	41,4 (29)		34,3 (24)	65,7 (46)		48,6 (34)	51,4 (36)		14,3 (10)	85,7 (60)	
Não	43,6 (105)	56,4 (136)		24,1 (58)	75,9 (183)		41,1 (99)	58,9 (142)		7,1 (17)	92,9 (224)	

* Teste exato de Fisher

¹ n=269 (mulheres que beberam pelo menos uma vez na vida).

² Uma ou mais vezes por mês ou uma ou mais vezes por semana.

³ Todos os dias.

Tabela 23 – Teste qui-quadrado entre as variáveis: violência (física, psicológica ou sexual na vida) e as de uso de álcool e/ou drogas ilícitas entre os parceiros das mulheres usuárias de um Serviço de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo, São Paulo, 2005

Variável	Pelo menos um tipo de violência			Violência Física		Valor p	Violência Psicológica		Valor p	Violência Sexual		Valor p
	Sim % (n)	Não % (n)	Valor p	Sim % (n)	Não % (n)		Sim % (n)	Não % (n)		Sim % (n)	Não % (n)	
Uso álcool e/ou drogas ilícitas ¹			0,029			0,102			0,007			0,362*
Sim	49,3 (169)	50,7 (174)		25,9 (89)	74,1 (254)		46,1 (158)	53,9 (185)		8,5 (29)	91,5 (314)	
Não	35,8 (29)	64,2 (52)		17,3 (14)	82,7 (67)		29,6 (24)	70,4 (57)		4,9 (4)	95,1 (77)	
Uso de álcool ²			0,022			0,025			0,006			0,266*
Sim	49,4 (166)	50,6 (170)		26,5 (89)	73,5 (247)		46,1 (155)	53,9 (181)		8,6 (29)	91,4 (307)	
Não	35,6 (31)	64,4 (59)		14,9 (13)	85,1 (74)		29,9 (26)	70,1 (61)		4,6 (4)	95,4 (83)	
Padrão de uso de álcool ³			0,001			0,002			0,000			0,000
Não usa mais	49,4 (38)	50,6 (39)		27,3 (21)	72,7 (56)		44,2 (34)	55,8 (43)		6,5 (5)	93,5 (72)	
Ocasional ⁴	39,6 (61)	60,4 (93)		18,2 (28)	81,8 (126)		37,0 (57)	63,0 (97)		3,2 (5)	96,8 (149)	
Frequente ⁵	63,8 (67)	36,2 (38)		38,1 (40)	61,9 (65)		61,0 (64)	39,0 (41)		18,1(19)	81,9 (86)	
Uso de drogas ilícitas ³			0,005			0,026			0,001			0,786*
Sim	63,8 (37)	36,2 (21)		36,2 (21)	63,8 (37)		63,8 (37)	36,2 (21)		8,6 (5)	91,4 (53)	
Não	43,9 (157)	56,1 (201)		22,6 (81)	77,4 (277)		39,7 (142)	60,3 (216)		7,3 (26)	92,7 (332)	
Maconha			0,006			0,026			0,001			0,403*
Sim	64,7 (33)	35,3 (18)		37,3 (19)	62,7 (32)		64,7 (33)	35,3 (18)		3,9 (2)	96,1 (49)	
Não	44,4 (161)	55,6 (202)		22,9 (83)	77,1 (280)		40,2 (146)	59,8 (217)		8,0 (29)	92,0 (334)	
Cocaína			0,002*			0,000			0,001*			0,083*
Sim	78,3 (18)	21,7 (5)		56,5 (13)	43,5 (10)		78,3 (18)	21,7 (5)		17,4 (4)	82,6 (19)	
Não	44,5 (174)	55,5 (217)		22,8 (89)	77,2 (302)		40,7 (159)	59,3 (232)		6,9 (27)	93,1 (364)	
Problema com o uso de drogas			0,000			0,000			0,000			0,012
Sim	65,6 (86)	34,4 (45)		42,0 (55)	58,0 (76)		61,8 (81)	38,2 (50)		13,0(17)	87,0 (114)	
Não	39,5 (88)	60,5 (135)		16,6 (37)	83,4 (186)		36,3 (81)	63,7 (142)		5,4 (12)	94,6 (211)	

* Teste exato de Fisher.

¹ Três sem informação

² Um sem informação

³ N=366 (entre os que fizeram o uso de álcool pelo menos uma vez na vida)

5 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O perfil sócio-demográfico das mulheres estudadas, seguiu a tendência da população brasileira e de outros estudos realizados com mulheres usuários de serviços atenção primária a saúde, com poucas diferenças.

Segundo os dados do Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IBGE, 2001), a população em geral constitui-se de jovens, tendo em média 2,5 filhos; 73,6% católicos. Quase a metade da população possui (49,5%) parceiros (as) íntimos (as), destes 71,4% com vínculos formais (civil ou religioso) e 28,6% em união informal.

Apesar das mulheres estudadas serem também em sua maioria jovens, com média de 30 anos de idade (DP=9,5), católicas (46,2%) e com 2,4 filhos em média, a proporção de mulheres com uniões informais (43%) mostrou-se superior ao apresentado na população geral, bem como, a média dos anos de escolaridade das mulheres estudadas (7,4 anos; DP= 3,2) supera um pouco a encontrada entre as mulheres (6 anos) da população em geral (IBGE, 2001).

Em comparação ao estudo que integra o *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against women* (2005), especificamente em relação aos resultados encontrados em São Paulo, podemos afirmar que entre as mulheres estudadas, a maior proporção possui entre 20 a 39 anos, renda própria e escolaridade entre 5 a 11 anos de estudo. Entretanto, a proporção de mulheres vivendo com parceiros de modo informal, em nossa pesquisa, supera e muito (42,8%) o resultado encontrado no estudo acima citado (20,3%) (Schraiber et al., 2007).

A média de idade e os anos de escolaridade das mulheres integradas em outros estudos realizados em serviços de saúde em São Paulo, mostraram-se semelhantes (Schraiber et al, 2002; Schraiber et al., 2007b) aos aqui encontrados. Contudo, em relação ao estudo supra referido (Schraiber et al, 2002), por sinal realizado no mesmo serviço de atenção primária a saúde que o presente estudo, porém, com dados colhidos em 1997, verificamos que a faixa de escolaridade (medida por anos de estudo) de maior concentração entre as entrevistadas mudou de 5 a 8 anos, naquele estudo de 1997, para 9 a 11 anos no presente estudo. Também verificamos que a proporção de mulheres com remuneração própria passou de 46,2% em 1997 para 58,8% em nossa pesquisa. Esses dados indicam elevação do padrão social pelo aumento da escolaridade e maior inserção em mercado de trabalho, por aumento da porcentagem de mulheres com renda própria.

Os resultados sobre a cor auto-referida evidenciam maior presença de população negra (249, 58,5%), agregados neste estudo os resultados dos que se declararam com cor de pele parda ou preta. Essa proporção é superior as encontradas na população em geral (44,6%) (IBGE, 2001), sendo que no estudo realizado no mesmo serviço de atenção primária a saúde (Schraiber et al., 2002), mantém-se a maior proporção de mulheres negras.

Vale ressaltar que, dada a natureza descritiva da presente análise, não foram incluídas na discussão a relação entre a violência perpetrada pelo parceiro íntimo e as características sócio-demográfica e de saúde quer das mulheres, quer deles. Contudo tal análise deverá ser feita futuramente pois não podemos desconsiderá-las, visto que estudos evidenciam que além do consumo de álcool e ou drogas

ilícitas há diversos fatores socioeconômicos e culturais que estão envolvidos no cenário de violência entre parceiros íntimos, a saber: casamento informal, ter muitos filhos, não compartilhamento da tomada de decisão entre o casal, disparidade no nível de instrução dos parceiros íntimos (Flake e Forste, 2006), bem como, mudanças nas estruturas familiares, relações de gênero, mudanças no estilo de vida (Musayón e Caufield, 2005) baixa escolaridade, a precariedade das condições socioeconômicas, desemprego, maltrato na infância, local de residência (Valdez-Santiago, 2006), a globalização (por influenciar também na diversidade e disponibilidade das substâncias psicoativas), encarceramentos anteriores, viver em situação de rua, ser afro-descendente, infecção pelo HIV etc (Grisso et al., 1999; Stein et al., 2002; McDonnell et al., 2003; Taquete et al., 2003; WHO, 2005).

Considerando, agora, especificamente, os episódios de violência vividos pelas mulheres entrevistadas, os resultados obtidos são compatíveis com e em alguns casos até superam os encontrados em outros estudos, destacando os estudos igualmente realizados com usuárias de serviços de saúde, também no Município de São Paulo. No estudo realizado entre 2001-2002 em 19 serviços da rede pública (SUS) da grande São Paulo (Schraiber et al., 2007b), as prevalências de violência perpetrada por qualquer parceiro íntimo na vida, são semelhantes aos resultados obtidos no presente estudo, exceto a violência sexual, em que encontramos uma prevalência menor (15% em relação 21%). Quando recortada do mencionado estudo com 19 serviços apenas a região centro-oeste do Município de São Paulo, as prevalências encontradas também foram semelhantes, excetuando-se igualmente a violência sexual.

Esses dados indicam que há poucas diferenças entre os resultados dos estudos citados e os obtidos em nossa pesquisa.

Em relação ao consumo de álcool e / ou drogas, a prevalência do consumo de drogas psicoativas pelos parceiros íntimos (atual e ex-parceiro mais recente) das mulheres estudadas foi superior ao uso feminino, especificamente 78,9% dos parceiros íntimos e 63% das mulheres já haviam consumido álcool na vida. Na população brasileira há também maior consumo de álcool e drogas ilícitas por parte dos homens em comparação as mulheres (83,5% entre homens e 74,6% mulheres) (Carlini et al, 2005). Vale notar que as prevalências do consumo de álcool pelos parceiros e mulheres por nós estudadas foram inferiores ao estudo citado acima.

O consumo freqüente¹⁸ (todos os dias ou quase todos os dias) de álcool entre os parceiros íntimos (31,3%) das mulheres estudadas, além de ser maior do que o das últimas (5,6%), supera o consumo dependente de álcool entre os homens (19,5%) da população em geral. E de modo inverso, o consumo freqüente de álcool pelas mulheres estudadas foi inferior ao uso dependente de álcool entre as mulheres (6,9%) brasileiras (Carlini et al, 2005).

Vale dizer que a variável: *consumo de álcool e /ou drogas* pelos parceiros íntimos das mulheres estudadas, apresentou diferenças significantes em relação a violência psicológica ($p=0,007$) e pelo menos um episódio de violência na vida ($p=0,029$), bem como o *consumo de álcool*, porém este último apresentou diferenças estatisticamente significantes em quase todas as variáveis que se

¹⁸ É certo que o uso freqüente não caracteriza o uso dependente, contudo foi uma aproximação para inferir o uso abusivo. Bem como, no estudo citado homens e mulheres responderam sobre seu próprio consumo, sendo utilizado questões específicas para caracterizar o consumo dependente.

referem a violência ($p=0,025$ violência física; $p=0,022$ algum tipo de violência e $p=0,006$ violência psicológica), exceto a violência sexual.

Ainda encontramos, diferenças estatisticamente significativas em relação a variável: *padrão de uso de álcool* pelo parceiro íntimo em relação a todos os tipos de violência. Vale notar que a variável: *uso de álcool e/ou drogas* (ou somente álcool) pelas mulheres não apresentou nenhuma diferença estatisticamente significativa.

Em consonância com os nossos resultados, pesquisas demonstram a importância do uso de álcool e / ou drogas ilícitas e do padrão de consumo, entre os agressores, para a ocorrência de violência (Murphy et al, 2005; Rabello e Caldas Junior, 2007), contudo tal conexão é de difícil explicitação e para tanto, alguns estudos buscaram desvendar a temporalidade da ocorrência dos fenômenos.

Deste modo, segundo Adeodato et al (2005), num estudo com mulheres que buscaram uma delegacia especializada em violência doméstica, 70% dos parceiros agressores haviam ingerido álcool e 11% consumiram drogas ilícitas momentos antes do episódio violento. Outro estudo (de representação nacional, Colômbia), revela que 33.6% dos homens produziram os ferimentos nas mulheres quanto estavam sob efeito do álcool, havendo associação entre os eventos; contudo, o inverso não foi confirmado, apesar de 6,9% das mulheres estarem sob efeito da mesma substância no momento que sofreram violência (Thompson e Kingree, 2006). Observe que, no estudo de abrangência populacional a prevalência de agressores sob efeito de álcool e / ou drogas ilícitas é similar ao encontrado em nosso estudo, com poucas diferenças, já que 38,2% das mulheres relataram que o

parceiro íntimo, perpetrador, estaria sob o efeito e 4,1% das mulheres relataram estar sob efeito de álcool e / ou drogas no momento da violência. No estudo realizado na delegacia especializada, os resultados obtidos foram significativamente superiores ao aqui evidenciados. As diferenças na população integradas nos estudos talvez possam explicar tais diferenças de prevalência.

Também em consonância com nossos resultados, um estudo realizado com homens em tratamento para uso abusivo de álcool e suas parceiras, demonstrou que a prevalência do consumo de álcool e/ou drogas entre os homens foi superior ao das mulheres, sendo o uso de drogas pelo parceiro, uma das principais motivações para o estabelecimento de conflitos. Houve também o uso de drogas ilícitas, mas sem diferenças estatisticamente significativas por conta do número pequeno da amostra, contudo a cocaína foi a droga ilícita mais mencionada. (Murphy et al, 2005).

É importante considerar que, talvez a maior visibilidade do consumo de álcool ocorra por essa ser uma droga legalizada, mas de qualquer modo, o uso associado de álcool e outras drogas ilícitas são ocorrências que devem ser levadas em conta para o entendimento dos episódios de violência pelo parceiro íntimo (Murphy et al., 2005; Fals-Stewart et al., 2003; Adeodato et al., 2005:6; Willson et al., 2000).

No que diz respeito ao uso de drogas ilícitas, entre nossas entrevistadas o consumo de maconha (7,0%) e de cocaína (2,6%) mostrou-se superior ao consumo (respectivamente 5,1% e 1,2%) dessas mesmas drogas pelas mulheres brasileiras (na vida), contudo o consumo de maconha entre os parceiros íntimos

(11,9%) foi inferior (14,3%) e o de cocaína igual (5,4%) ao consumo entre os homens da população em geral (Carlini et al, 2005).

Em nosso estudo, houve diferenças estatisticamente significantes entre as variáveis que se referem ao *uso de drogas ilícitas e uso de maconha* pelas entrevistadas e seus parceiros em relação as variáveis dependentes: *ter sofrido algum tipo de violência na vida, violência física e psicológica*; contudo evidencia-se a relação com o consumo de *cocaína* pelo parceiro íntimo.

Confirmando nossos resultados, numa pesquisa realizada com homens em tratamento para uso abusivo de substâncias (álcool e drogas ilícitas), uma maior probabilidade diária de agressão foi verificada quando o parceiro íntimo havia consumido o álcool e/ou drogas ilícitas, especificamente cocaína (60% usou alguma substância psicotrópica nos dias de agressão física e 72% agressão severa) (Fals-Stewart et al, 2003).

Não há consensos em torno da relação do uso de álcool e drogas ilícitas, principalmente sobre o consumo feminino e o aumento da probabilidade de sofrer violência pelo parceiro íntimo, embora inúmeros autores tragam contribuições para o entendimento desses fenômenos (Cunradi et al., 2002; Kramer et al., 2004; Grisso et al., 1999; Galvani, 2006; Murphy et al., 2005; Tuten et al., 2004; Bonifaz e Nakano, 2004; Campbell, 2002), havendo também a interpretação de que o consumo pode representar uma forma de atenuar os efeitos da violência sofrida (Adeodato et al., 2005; Logan et al., 2002; Campbell, 2002).

Comparando nossos resultados com a pesquisa realizada com mulheres usuárias de serviços de saúde (n= 1268) (Kramer et al, 2004), a qual evidenciou que entre as mulheres que faziam uso abusivo de drogas, 24 (75%) sofreram

violência física, 29 (90%) violência psicológica e 21 (66%) violência sexual. Em proporções menores, entre as mulheres que integraram nosso estudo e que usaram drogas ilícitas (na vida), 21 (65,6%) vivenciaram algum tipo de violência durante a vida, 15 (46,9%) sofreram violência física, 18 (56,3%) violência psicológica e 2 (6,3%) violência sexual. A violência sexual foi a que apresentou maior diferença entre os resultados, talvez pela invisibilidade desta forma de violência no interior das relações conjugais, bem como pelo fato de recair maior condenação sobre o uso feminino de drogas.

Entre as mulheres que sofreram violência, 4,0% afirmaram estar sob o efeito de alguma substância (álcool ou drogas ilícitas) no momento do episódio violento e 16 (8,0%) afirmaram ter aumentado (ou iniciado) o uso de álcool e/ou drogas ilícitas após a vivência dos episódios violentos, evidenciando uma certa sinergia ou influência mútua entre os fenômenos.

O número diminuto e a pouca visibilidade de mulheres usuárias de drogas, principalmente drogas ilícitas, dificultam muitas vezes a análise dos resultados das pesquisas (Cunradi et al, 2002); tal dificuldade também ocorre com o consumo masculino de drogas ilícitas (Murphy et al, 2005), contudo, há o entendimento de que o fato da mulher estar sob efeito de álcool e drogas contribui para os episódios de violência, para além do consumo de álcool e drogas pelos parceiros (Galvani, 2006; Bonifaz e Nakano, 2004), quantidade ingerida de substâncias (Murphy et al, 2005) e provocações (principalmente quando o parceiro estava sob efeito da droga). Há também evidências de que mulheres que abusam de álcool apresentam problemas psiquiátricos, bem como os seus parceiros apresentam maiores taxas de consumo de álcool e drogas ilícitas (Tuten et al, 2004).

Um estudo realizado entre casais americanos (perfil da população em geral) contribui para o entendimento dos fenômenos aqui discutidos (Cunradi et al, 2002) ao constatar que: 2,2% das mulheres e 5,9% dos parceiros fizeram uso de drogas; 6,6% das mulheres tiveram problemas relacionados ao uso de álcool, e entre os parceiros, 16,2%. Assim, apesar de haver associação entre o uso de drogas (pelas mulheres e parceiros) e os episódios de violência severa, os autores chamam a atenção para o peso da variável: *problemas em decorrência do uso de álcool* (casal), explicando que pode ser um agente que incrementa as possibilidades de conflito entre os parceiros.

Em proporções superiores, ao estudo acima citado, nossa pesquisa verificou que 22,5% das mulheres que usaram álcool e/ou drogas, tiveram *algum problema com o uso de álcool e/ou drogas*, o mesmo ocorrendo com 37,1% dos seus parceiros íntimos.

Entre as mulheres que tiveram *algum problema com consumo de álcool e/ou drogas ilícitas*, 58,6% (41) sofreram algum tipo de violência durante a vida ($p=0,027$) e 65,6% (86) mencionou que seu parceiro íntimo apresentou algum problema com o uso de drogas ($p<0,001$). A variável ter tido *problema com o uso de drogas*, relacionada aos parceiros íntimos das mulheres estudadas, também apresentou diferenças estatisticamente significativas em relação as variáveis: *violência física* ($p<0,001$), *violência psicológica* ($p<0,001$) e *violência sexual* ($p=0,012$).

A ocorrência de violência pelo parceiro íntimo é associada, na literatura também, a diversos problemas de saúde e saúde mental, sendo a dor crônica um dos mais comentados (Campbell, 2002), podendo explicar o uso de analgésico,

não somente por conta de aliviar a dor decorrente de algum episódio de violência física, mas também estaria relacionado com os problemas decorrentes da violência crônica.

Assim, levando em consideração as conseqüências físicas que a violência ocasiona para a saúde, salientando as dores crônicas, um estudo realizado no centro-oeste dos Estados Unidos (n=1.009) evidenciou que, entre pacientes de serviço de atenção primária de saúde (homens e mulheres) com dores crônicas e que utilizavam analgésicos (opiáceos por prescrição médica), cerca de 2/3 das mulheres e 1/3 dos homens relataram ao menos um episódio de violência na vida. A prevalência verificada do consumo abusivo ou dependente de álcool foi pequena (4.1%), bem como o uso abusivo de analgésicos (opiáceos por prescritos) (3.6%), sendo evidenciado, apenas, o uso elevado de drogas ilícitas (24%) (Balousek et al, 2007).

Ainda nesse estudo, foi constatado que esses usuários de serviços de saúde que sofreram violência nos últimos 30 dias tinham duas vezes mais probabilidade de abusar ou fazer uso dependente de álcool, bem como os pacientes que relataram violência física ou sexual pelo parceiro íntimo (durante a vida) tinham mais probabilidade de abusar de drogas ou álcool do que os demais (Balousek et al, 2007). Este estudo evidencia que os usuários crônicos de medicamentos analgésicos, podem também fazer uso de outras substâncias como o álcool e as drogas ilícitas.

A proporção do uso de medicamentos para aliviar a dor (48,7%), para acalmar (10,1%), para não ficar triste (5,4%) e para emagrecer (4,4%), por parte das mulheres aqui estudadas, foi superior ao encontrado entre as mulheres com o

perfil da população em geral (Carlini et al, 2005)¹⁹ (analgésico 1,6%; Benzodiazepínicos 6,9%; Barbitúricos²⁰ 0,8%; estimulantes 3,2%); no entanto, o uso de anorexígenos (4,5%²¹) apresentou proporções relativamente iguais em ambos os estudos. Em nossa pesquisa, o uso de medicamentos para acalmar apresentou diferenças estatisticamente significantes em relação a todos os tipos de violência e os medicamentos para aliviar a tristeza, somente em relação a violência psicológica e sexual.

O uso exclusivo de medicamentos (nas últimas quatro semanas) (93; 25,7%) e de álcool (114; 31,5%) (na vida) entre as mulheres estudadas foram expressivos, sendo o uso freqüente e exclusivo de medicamentos o mais mencionado (95; 84,8%), seguido pelo álcool (11; 9,8%). Já o uso freqüente de medicamento associado com o de álcool, foi referido por apenas 4 (3,6%) das mulheres estudadas e o uso freqüente de substâncias ilícitas e o de medicamentos, por apenas uma mulher. Em nosso estudo as drogas ilícitas não são evidenciadas entre as substâncias mais utilizadas pelas mulheres estudadas e sim, os medicamentos e o álcool.

Num estudo com representação populacional realizado no México (com mulheres usuárias de serviços públicos de saúde), foi possível verificar que o consumo de álcool (freqüente) pela mulher e a violência severa perpetrada pelo parceiro íntimo foram associados ao ter problemas emocionais (Valdez-Santiago, 2006).

¹⁹ Para aliviar a dor, exemplo: Meperidina, Dolantina, Demerol, Algafan, Tylex, morfina.

²⁰ Podendo ocasionar efeitos sedativos, calmantes.

²¹ Utilizados como moderadores de apetite, podem ocasionar alívio da fadiga, estado de excitação e ânimo.

De fato, o consumo aumentado de medicamentos pode ter relação com os sintomas relacionados ao estado de saúde mental das mulheres que vivenciaram episódios de violência, o que já foi evidenciado em inúmeros estudos como: quadros de depressão, tentativa de suicídio (Ramos-Lira et al., 2001:183), estresse pós-traumático, incluindo o uso abusivo de álcool e drogas (Campbell, 2002; Krug et al, 2002; Garcia-Moreno et al., 2006; Kramer et al, 2003).

O fato de as mulheres aqui entrevistadas serem usuárias de um serviço de saúde e recrutadas no dia em que iriam passar em consulta médica, talvez explique as proporções elevadas do uso de medicamentos; no entanto, há estudos que afirmam a existência de uso crônico e dependente de psicofármacos, principalmente de ansiolíticos (benzodiazepínicos), entre usuários de serviços de atenção primária a saúde (Galleguillos et al., 2003; Carvalho e Dimenstein, 2003:51; Adeodato et al, 2005).

O consumo elevado de medicamentos é explicado pelas falhas existentes na orientação (Auchewski et al., 2004), na prescrição, na informação dos médicos, enfermeiros, farmacêuticos e pacientes (Orlandi e Noto, 2005) em relação a dispensa desses medicamentos; além disso, estaria ocorrendo um certo domínio popular sobre o uso de calmantes (efeito e modo de usar), o que acarretaria auto-medicação e/ou prescrição para amigos (Mendonça e Carvalho, 2005).

A principal contribuição deste estudo está no fato de pesquisarmos violência contra a mulher por parceiro íntimo ou ex-parceiro e suas associações com uso de álcool e/ ou drogas e/ou medicamentos, o que é ainda bastante raro na literatura. Contudo, é importante frisar que nosso estudo possui limitações metodológicas: o fato do uso masculino de álcool e / ou drogas ilícitas ser revelado a partir dos

relatos das entrevistadas; não ter sido adotado nenhum instrumento padronizado (como testes específicos para averiguar o uso dependente, abusivo ou testes sanguíneos), discriminando com maior exatidão a magnitude do consumo, sua recorrência e temporalidade; outro fator que dificulta a possibilidade de maiores inferências é o número diminuto do uso de drogas ilícitas ou melhor, a dificuldade de visibilidade deste consumo, principalmente entre grupos com perfil semelhante a população geral, como as usuárias de serviços de saúde de atenção primária; e por fim, o fato de ser um estudo transversal não possibilita obter resultados sobre a relação entre os eventos uso de drogas e violência.

Devemos salientar que ao considerarmos a categoria gênero como uma perspectiva possível para a compreensão dos fenômenos aqui apresentados, mesmo com pequena frequência de uso de álcool e drogas ilícitas pelas mulheres, este uso está colocado no cenário da violência entre parceiros afetivos / sexuais (Thompson e Kingree, 2006; Gussler-Burkhardt e Giancola., 2005; Galvani, 2006), tendo características singulares (Matos, 2000) como uma maior condenação social que muitas vezes contribui para a invisibilidade (e talvez menor uso). De modo contrário, pela naturalização do uso masculino de drogas, este se torna aceito e muitas vezes, esperado.

Chama também a atenção, da perspectiva de gênero, o fato de que em nossos dados o número de mulheres que iniciou o consumo de álcool e/ou drogas após episódios de violência é o dobro (16; 8,1%) daquelas que relataram uso momentos anteriores a tais episódios (8; 4,1%), embora este achado mereça estudos futuros, em razão do baixo número aqui encontrado tanto para a primeira quanto para a segunda situação.

É certo que se considerarmos as drogas como afirma Magalhães (1994:104);

“... substâncias farmacológicas que satisfazem desejos do organismo mediante determinado princípio ativo (...) As ‘poções mágicas’ são para *todos os desejos* (grifo meu): sono ou vigília; depressão ou estímulo; inapetência ou excesso de fome; apatia; ansiedade; tensão; tédio; estímulo sexual; anticoncepcional; e toda a gama de estados em que as pessoas desejam penetrar, correspondem a algum medicamento livremente comercializado em farmácias ou em baixíssimo controle por parte do governo...”

Adicionalmente relevante se torna o consumo de medicamentos, realizado especialmente por mulheres, e sua relação com os episódios de violência entre parceiros íntimos (Bonifaz e Nakano, 2004; Campbell, 2002; Ramos-Lira et al., 2001; Adeodato et al., 2005:6; Carlini et al., 2005; Orlandi e Noto, 2005), o que pode ser considerado um novo desafio para os profissionais de saúde, bem como coloca a necessidade de haver maior cuidado com a prescrição de remédios, devido o risco de corroborar para uma medicalização excessiva dos problemas médicos sociais que poderiam ser enfrentados também com outros recursos.

Para o enfrentamento do problema, o tratamento deveria se dirigir às mulheres bem como a seus parceiros, especialmente quando há violência e uso abusivo de substâncias (Tuten et al, 2004). São também sugeridas na literatura, medidas de prevenção primária para alertar sobre os riscos e necessidade de monitorar o uso de Benzodiazepínicos (Orlandi e Noto, 2005), bem como são sugeridas avaliações mais criteriosas pelos profissionais de saúde acerca da disponibilidade dos mesmos.

Deste modo, devemos enfatizar que ainda há necessidade de maior visibilidade em relação aos dois temas aqui tratados, ampliar o conhecimento sobre o papel do consumo masculino e feminino de álcool e / ou drogas ilícitas (incluindo os medicamentos no caso das mulheres) e os episódios violentos pelos

parceiros íntimos, principalmente num contexto de atenção primária à saúde (Bonifaz e Nakano, 2004) ou entre pessoas com um perfil semelhante ao da população em geral (Fals-Stewart et al., 2003; Zilberman e Blume, 2005). Bem como, numa perspectiva preventiva, há a emergência de ações comunitárias que incluam tais temáticas (Garcia-Moreno et al., 2005; O'Leary et al., 2008).

6 ANEXOS

Anexo I: Quadro - Classificação das substâncias psicotrópicas

Depressoras	Diminuem atividade do Sistema Nervoso Central (SNC), podendo ocasionar sonolência, lentidão psicomotora, diminuição da ansiedade, do estado de alerta e das dores. No caso dos solventes há alterações nas percepções e pode induzir aos delírios e alucinações;	<ol style="list-style-type: none"> 1. Álcool¹ 2. Hipnóticos 3. Ansiolíticos <ul style="list-style-type: none"> - <i>barbitúricos</i> (Comital, Gardenal, Nembutol, Optalidon, Pentotal) - <i>benzodiazepínicos</i>³ (diazepam: Diazepam, Valium Dienpax, Kiatrium e Somalium; lorazepam: Lorax Loriun; clordiazepóxido: Psicosedin; flunitrazepam: rohypnol; bromazepam: Lexotan e Lepiride) 4. Analgésicos Narcóticos (tiram a dor e induzem ao sono) <ul style="list-style-type: none"> - <i>narcótico natural</i> (papoula do oriente: ópio; codeína: Belacodid; Setux, tussiflez, Tilex; morfina e heroína); - <i>narcótico sintético</i> (propoxifeno: Algafan; meperidina: Demerol e Dolantina) 5. Inalantes e solventes (<i>hidrocarbonetos</i>: colas, removedores, diluentes; acetona, benzina, esmalte, fluido de isqueiro, lança perfume, gasolina, tinta etc)⁸
Estimulantes	Estimulam a atividade do SNC, diminui o sono e o cansaço; aumenta a atividade motora, a euforia, o estado de alerta; em grandes doses pode provocar delírios e alucinações. O uso prolongado de cocaína, crack e merla, pode levar ao comportamento violento, irritabilidade e paranóia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tabaco 2. Cafeína 3. Medicamentos <ul style="list-style-type: none"> - <i>Anfepramona</i> (Dualid, Hipofagin e Inibex) - <i>Fenproporex</i> (Desobesi e Inobesin) 4. Cocaína (<i>Erythroxylon coca – epadú</i>)⁵ Em forma de pedra (crack), merla ou pasta (fase da passagem da folha)⁴
Pertubadoras	Perturba o funcionamento do SNC, podendo ocasionar delírios e alucinações. Os medicamentos são usados para o mal de Parkinson e anti-diarréicos (paralisam os intestinos, pupilas dilatadas, boca seca, elevação de temperatura e coração disparado).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Maconha⁶; 2. Cogumelo; 3. LSD – 25; 4. Datura (lírio); 5. Medicamento (<i>Anticolinérgicos</i>²: Bentlyl, Artane, Akineton)
Outras	Desperta a fome e tem efeito secundário de sonolência, sedação, incoordenação, tontura e em grandes doses excitação associadas a distúrbios sensoriais.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orexígenos <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ciproptadina</i> (Periatin, Perivita, cobavital); - <i>Buclizina</i> (Bluclina, Profol, Vibazina, Nutrimaiz)

- 1 - Efeito agudo: estimulante e posteriormente traz efeito depressivo. Efeito crônico: dependência e síndrome de abstinência. O uso prolongado pode ocasionar problemas no fígado, no aparelho digestivo e no sistema cardiovascular.
- 2 - Não desenvolvem efeito de tolerância do organismo e não há descrição de síndrome de abstinência após o uso contínuo.
- 3 - Uso associado ao álcool pode levar ao coma. O uso por gestantes pode levar lesões ao feto. O uso abusivo leva a dependência e síndrome de abstinência (irritabilidade, insônia, sudorese, dor no corpo e até convulsões) e tolerância;
- 4 - Tratadas com álcali, solvente orgânico como querosene ou gasolina e ácido sulfúrico. A pasta é fumada em cigarros chamados *basukos*
- 5 - O uso contínuo ocasiona dependência e fissura (desejo incontrolável de sentir os efeitos da substância);
- 6 - Chamada *cannabis sativa*, sua substância química é o THC (tetraidrocannabinol) podendo provocar relaxamento, menos fadiga, vontade de rir e algumas vezes angústia, aturdimento, medo de perder o controle, tremor e suores (má viagem ou bode). Há prejuízo na percepção do tempo, memória e atenção. Em doses maiores pode ocasionar delírios e alucinações. O uso prolongado (meses e anos) pode ocasionar a síndrome de amotivação (desinteresse, dificuldade de aprendizagem). Efeitos agudos são: xerostomia (boca seca) , hiperemia (olhos avermelhados) e taquicardia. Efeitos crônicos: problemas respiratórios e baixa produção de testosterona.
- 7 - Hidrocarbonetos, tais como *tolueno, xilol, n-hexana, acetona de etila, tricloroetileno etc.* Ocasionam: efeito estimulante, excitação, tontura, perturbações auditivas e visuais; posteriormente, efeito de confusão, voz pastosa, dor de cabeça, palidez, perda do autocontrole; num segundo momento, depressão, incoordenação motora, alucinação e por fim, depressão tardia com queda de pressão, convulsões, coma e até a morte. O uso crônico ocasiona perda de neurônios, lesões irreversíveis no SNC, apatia, concentração e déficit de memória. O uso prolongado ocasiona lesões na medula óssea, rins, fígado e nos nervos que controlam os músculos. Em alguns casos diminuição na produção de glóbulos brancos e vermelhos (benzeno). Leva a dependência e produz crises de abstinência (ansiedade, agitação, tremores, câimbras nas pernas e insônia). A tolerância ocorre após 1 ou 2 meses.

Fonte: Seibel e Toscano Jr A, 2001; Golduróz et al., 1997.

Anexo II: Parecer de Aprovação do Comitê de Ética



APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 27.01.05, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **1121/04**, intitulado: "Violência contra a mulher e saúde entre usuárias do SUS em duas capitais - São Paulo e Recife" apresentado pelo Departamento de **MEDICINA PREVENTIVA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador(a) Responsável: **Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber**

CAPPesq, 27 de Janeiro de 2005.


PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

Anexo III: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo assinado, concordo em conceder entrevista para esta pesquisa que trata da *Saúde da Mulher, Relações Familiares e Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) em duas capitais – Recife e São Paulo*. Entendo que meu nome e dados que me identifiquem serão mantidos estritamente em sigilo pela equipe de pesquisadores. Fui alertada de que a entrevista tratará de experiências de vida mais íntimas e que podem trazer lembranças difíceis e delicadas, sabendo que minha participação é inteiramente voluntária e que posso interromper as informações a qualquer momento.

Entendo que minhas respostas serão importantes para ajudar outras mulheres e para desenvolver serviços melhores na assistência à saúde da mulher, tendo sido informada que receberei orientação quando solicitar assistências adicionais.

São Paulo, de de 2005

Assinatura da Entrevistada
ou dos pais ou responsáveis

Recebimento: _____
Assinatura Pesquisadora

Obs.: Se você tiver dúvidas sobre essa pesquisa sinta-se à vontade para perguntar agora ou às coordenadoras (Dra. **Lilia Blima Schraiber**, tel.: 3066 70 94)

7 REFERÊNCIAS

Abbot J. Domestic Violence Against Women: incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA* 1995; 273(22); 1763-67.

Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FG, Matos E. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(1):108-113.

Araújo MF, Mattioli OC, organizadores. Gênero e Violência. São Paulo: Arte e ciência, 2004.

Arendt H. Sobre a Violência. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1994.

Auchewski L, Andreatini R, Galduróz J C F, Lacerda R B D. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26(1):24-31.

Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT - Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol: Pautas para su utilización en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustâncias. WHO/MSD/MSB/01.6ª. Original: Inglês. Distribución: General. Genebra: Conselleria De Benestar Social; 2001.

Balousek S, Plane M B, Fleming M. Prevalence of Interpersonal Abuse in Primary Care Patients Prescribed Opioids for Chronic Pain. *Journal of General Internal Medicine* 2007; 16:1268-73.

Bonifaz RGV, Nakano AMS. Family violence, the use of drugs in the couple, from the mistreated woman's perspective. *Rev Latino-Am Enfermagem* [on-line]. 2004 [cited 2007 June 05]; 12(spe):433-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000700020&lng=en&nrm=iso.

Bourdieu P. A dominação Masculina. 5ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2007.

Brewer DD, Fleming CB, Haggerty KP, Catalano RF. Drug use predictors of partner violence in opiate-dependent women. *Violence Vict.* 1998; 13(2):107-115.

Bucher R. Drogas e Drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 27-29.

Caiaffa W T, organizadora. PROJETO AJUDE – BRASIL: Avaliação epidemiológica dos usuários de drogas injetáveis dos projetos de redução de danos (PRD) apoiados pela CN – DST/AIDS. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília, 2001. p. 153-288.

Campbell J. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet* 2002; 359:423-29.

Carlini EA, Galduroz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento Domiciliar de sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2002.

_____. II Levantamento Domiciliar de sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Secretaria Nacional Antidrogas. Gabinete de Segurança Institucional. UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Departamento de Psicobiologia. São Paulo. [on-line] 2005. [cited 2007 jun 05] Available from: <http://www.obid.senad.gov.br> ou http://www.unodc.org/pdf/brazil/II%20Levantamento%20Domiciliar%20Dr%20E%20lisaldo%20Carlini_alterado2.pdf

Carneiro H. Filtros, Mezinhas e Triacas: as drogas no mundo moderno. São Paulo: Editora Xama; 1994.

Carvalho LF, Dimenstein M. A Mulher, seu Médico e o Psicotrópico: redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. *Interações* 2003; 8(15):37-64.

Cunradi CB, Caetano R, Clark CL, Schafer J. Alcohol-Related Problems and Intimate Partner Violence Among White, Black, and Hispanic Couples in the U.S. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research* 1999; 23(9):1492.

Cunradi CB, Caetano R, Schafer J. Alcohol-Related Problems, Drugs Use, and Male Intimate Partner Violence Severity Among US Couples. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2002; 26(4):493-500.

Escohotado A. Historia elemental de las drogas. Barcelona: Editora Anagrama; 1996.

Fals-Stewart W, Golden J, Schumacher JA. Intimate partner violence and substance use: a longitudinal day-to-day examination. *Addictive Behaviors* 2003; (28):1555-74.

Flake DF, Forste R. Fighting family characteristics associated with domestic violence in five Latin American countries. *J Family Violence* 2006; 21(1):19-29.

Foucault M. História da Sexualidade I. Rio de Janeiro: Graal; 1993.

Foucault M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal; 1984a.

Foucault M. Vigiar e Punir: história da violência nas prisões. Petrópolis: Ed. Vozes; 1984b.

Galduroz JCF, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º graus em 10 Capitais Brasileiras: drogas psicotrópicas. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas / UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Departamento de Psicobiologia; 1997.

Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. Use of psychotropic drugs in Brazil: household survey in the 107 biggest Brazilian cities - 2001. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005;13: 888-895.

Galleguillos U T, Risco N L, Garay S J L, González A M, Vogel M M. Tendencia del uso debenzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. *Rev Méd Chile* 2003; 131:535-540

Galvani S. Alcohol and Domestic Violence: Womens Views. *Violence Against Women*. [on-line] 2006 August 6; 12(7):641-662. [cited 2007 jun 15] Available from: <http://vaw.sagepub.com/cgi/content/abstract/12/7/641>

Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes, and women's responses. Geneva, World Health Organization; 2005.

Garcia-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet* 2006; 7(368):1260-9.

Gikovate F. Drogas Opção de Perdedor. São Paulo: Moderna; 1993.

Gil-González DG, Vives-Cases C, Alvarez-Dardet C, Latour-Perez J. Alcohol and intimate partner violence: do we have enough information to act? *Eur J Public Health*. 2006; 16(3):278–284.

Grisso JA, Schawartz DF, Santana N, Lowe RA, Anderson E, Shaw LM et al. Violent Injuries Among women in an Urban area. *NE J Medicine*. 1999; 341(25):1899-1905.

Grossi M P. A revista estudos feministas faz 10 anos: uma breve história do feminismo no Brasil. *Rev Estudos Feministas* 2004; 264.

Gussler-Burkhardt NL, Giancola PR. A Further Examination of Gender differences in Alcohol-Related Agression. *J Estudios on Alcohol* 2005;66:413-422.

Heilborn ML. Violência e Mulher. In: Velho G, Alvito M, organizadores. Cidadania e Violência. Rio de Janeiro. Editora UFRJ; Editora FGV; 1996.

Heilborn ML. Construção de si, gênero e sexualidade. In: _____, organizador. Sexualidade: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999. p. 40-58.

Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending Violence against Women. *Pop Reports* 1999; 27(4):1-43.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. Tendências Demográficas: Uma análise dos resultados da Sinopse Preliminar do Censo Demográfico 2000. número 6. Rio de Janeiro; 2001.

Illich I. A Expropriação da Saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1975.

Jelin E. Família y Género: notas para el debate. *Rev Estudos Feministas* 1995; 3(2): 394-413.

Kalichman SC, Willians EA, Cherry C, Belcher L, Nachimson DJ. Sexual coercion, domestic violence, and negotiating condom use among low-income African American women. Center for AIDS Intervention Research (CAIR) and Psychology Department, Georgia State University, Atlanta, USA. *Womens Health* 1998; 7(3):371-8.

Kramer RNA, Lorenzon MSD, Mueller G. Prevalence of Intimate Partner Violence and Health Implications for Women Using Emergency Departments and Primary Care Clinics. *Womens Health Issues* 2004;14:19-26.

Krug E, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R., editors. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization; 2002.

Laranjeira R, Duailibi SM, Pinsky I. Alcohol and violence: psychiatry and public health. *Rev Bras Psiquiatria*. [on-line]. 2005 Sep [cited 2007 June 06]; 27(3):176-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000300004&lng=en&nrm=iso.

Lipsky S, Caetano R, Field C, Larkin GL. Is there a relationship between victim and partner alcohol use during an intimate partner violence event? Findings from an urban emergency department study of abused women. *J Studies on Alcohol* 2005;66(3):407-412.

Logan TK, Walker R, Cole Jennifer, Leukefeld C. Victimization and Substance Abuse Among Women: Contributing Factors, Interventions, and Implications. *Review of General Psychology* 2002; 6 (4): 325–397.

MacRae E. Antropologia: Aspectos Sociais, Culturais e Ritualísticos. In: Seibel SD, Junior Toscano A (org). Dependência de Drogas. São Paulo: Editora Atheneu; 2000. p. 25-34.

MacRae E. O controle do uso de substâncias psicoativas. In: Passetti E, Silva RDB (org.). Conversações abolicionistas: uma crítica do sistema punitivo. São Paulo: IBCCrim/ PUC-SP; 1997.p.107-115.

Magalhães RF. Crítica da razão ébria: reflexões sobre drogas e a ação imoral. São Paulo: Annablume; 1994.

Matos MIS. Meu lar é um botequim: alcoolismo e masculinidade. Companhia Editora Nacional: São Paulo; 2000.

McDonnell KA, Gielen AC, O'Campo P. Does HIV status make a difference in the experience of lifetime abuse? Descriptions of lifetime abuse and its context among low-income urban women. *J Urban Health* 2003; 80(3):494-509.

Mendonça RT, Carvalho ACD de. O papel de mulheres idosas consumidoras de calmantes alopáticos na popularização do uso destes medicamentos. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 novembro-dezembro; 13(número especial):1207-12.

Minayo MCS, Deslandes SF. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(1):35-42.

Murphy CM, Winters J, O'Farrell TJ, Fals-Stewart W, Murphy M. Alcohol Consumption and Intimate Partner Violence by Alcoholic Men: Comparing Violent and Nonviolent Conflicts. *Psychology of Addictive Behaviors by the Educational Publishing Foundation* 2005; 19(1):35-42.

Musayón Y, Caufield C. Drug consumption and violence in female work Zapallal - Lima/Perú. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13(2):1185-1193.

Nóbrega MPS, Oliveira EM. Mulheres Usuárias de Álcool: análise qualitativa. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(5):816-23.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

O'Leary KD, Tintle N, Bromet EJ, Gluzman SF. Descriptive epidemiology of intimate partner aggression in Ukraine. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 339- 346.

OMS - Organización Mundial de la Salud. Violencia: violencia infligida por la pareja y alcohol. Nota descriptiva. [on-line] 2006 [cited 2007 jun 6] Available from:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_intimate_es.pdf

Orlandi P, Noto AR. Misuse of benzodiazepines: a study among key informants in São Paulo city. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13(spe):896-902.

Paiva, V. Fazendo Arte com a Camisinha: sexualidade jovens em tempos de AIDS. São Paulo: Summus; 2000.

Rabello PM, Caldas Júnior A de F. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev Saúde Pública* 2007;41(6):970-8

Rago M. Os Prazeres da Noite: prostituição e códigos da sexualidade feminina em São Paulo de 1890 a 1930. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1991.

Ramos-Lira L, Saltijeral-Méndez MT, Romero-Mendonza MM, Caballero-Gutiérrez MA, Martínez-Vélez NA. Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública México* 2001; 43(3):182-191.

Roldán MCB, Galera SAF, O'Brien B. Women living in a drug (and violence) context - the maternal role. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(esp 2):1142-7

Santos NJS, Buchala CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV Positivas, Reprodução e Sexualidade. Prevenção do HIV em Contexto de Vulnerabilidade Social. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(4):12-22.

Sarti CA. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. *Rev Estudos Feministas*. 1998; 12 (2):35-50.

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

Schraiber LB; d'Oliveira AFLP, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L et al. Violência Vivida: a dor que não tem nome. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. V.7, nº.12, p 41-54, 2003. Citado em 21 de março de 2005. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista12/ensaio3.pdf>.

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

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG et al . Violence against women attending public health services in the metropolitan area of São Paulo, Brazil. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2007(b) June [cited 2008 Apr 29] ; 41(3): 359-367. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300006&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0034-

Scott, J. Gênero: uma categoria de análise histórica. Recife, SOS/CORPO; 1991.

Seibel SD, Toscano Jr A. Conceitos Básicos e Classificação Geral das Substâncias Psicoativas. In: Seibel SD, Toscano JrA, organizadores. *Dependência de Drogas*. São Paulo: Editora Atheneu; 2001. p.1-6

Souza ER, Minayo MCS, Njaine K, Cruz AJM, Silva HB, Santos FCL, Moreira CO. Tendências da produção científica brasileira sobre violência e acidentes na década de 90. In: Minayo MCS, Souza ER. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.49-81.

Stein J A, Leslie M B, Nyamathi A. Relative contributions of parent substance use and childhood maltreatment to chronic homelessness, depression, and substance abuse problems among homeless women: mediating roles of self-esteem and abuse in adulthood. Department of Psychology. University of California. *Child Abuse Negl.* 2002; 26(10):1011-27.

Taquete SR, Ruzany M H, Meireles Z, Ricardo I. Violent relationship in Young people and STD/AIDS risk. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(5):1437-44.

Thompson MP, Kingree JB. The Roles of Victim and Perpetrator Alcohol Use in Intimate Partner Violence Outcomes. *J Interpersonal violence* 2006; 21(2):163-177.

Tuten M, Jones HE, Tran G, Svikis DS. Partner violence impacts the psychosocial and psychiatric status of pregnant, drug-dependent women. *Addictive Behaviors.* 2004; 29(5):1029-34.

UNODC - Nações Unidas – Escritório Contra Drogas e Crimes. Relatório do Escritório Regional do UNODC no Brasil. Brasil: perfil do país. 2005. [cited 2007 jun 30] Available from: www.unodc.org.

UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report: Analysis. [on-line] 2006; 1. [cited 2007 jun 30] Available from: www.unodc.org.

Valdez-Rojas JC, Lima AS, Marejón EH, Sánchez MD, Diañes RT, Rodriguez DB. Violencia Intrafamiliar: Enfoque de género. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [online] 2002; 18 (4): 248-250 [cited 2005 jun 26] Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-01252002000400002&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0864-2125.

Valdez-Santiago R, Juárez-Ramírez C, Salgado-de Snyder VN, Agoff C, Avila-Burgos L, Híjar MC. Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. *Salud Pública de México* 2006; 48(supl 2):250-8.

Vargas EV. Os Corpos Intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais. In: Duarte LFD, Ondina FL, organizadores. Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p.121-136

Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *The Lancet* 2002; 359:1232-7.

WHO - World Health Organization. Alcohol use and sexual risk behaviour: a cross-cultural study in eight countries. Mental Health: Evidence and Research. Management of Substance Abuse. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva; 2005.

Wiemann CM, Agurcia CA, Berenson AB, Volk RJ, Rickert VI. Pregnant adolescents: experiences and behaviors associated with physical assault by an intimate partner. *Matern Child Health J.* 2000; 4(2):93-101.

Willson P, Mcfarlane MA, Watson K, Lemmey D, Schultz P, Gist J et al. Severity of violence against women by intimate partners and associated use of alcohol and/or illicit drugs by the perpetrator. *Journal of Interpersonal Violence*. [on line] 2000; 15 (9): 996-1008. [cited 2007 jun 8] Available from: <http://jiv.sagepub.com/cgi/content/abstract/15/9/996>

Zilberman ML, Blume SB. Domestic violence, alcohol and substance abuse. *Rev Bras Psiquiatria* 2005; 27(Supl II):S51-5.