

VIOLÊNCIA POR PARCEIROS ÍNTIMOS DE USUÁRIAS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SANTO ANDRÉ (SP)

MARIA INÊS ROSSELLI PUCCIA

Dissertação apresentada ao Departamento
de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Materno-Infantil

Orientador: Prof. Dr. IVAN FRANÇA JUNIOR

São Paulo
2004



Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores. Ao usá-la, cite a fonte.

Assinatura:

Data:

DEDICATÓRIA

À minha mãe Izaura (*In memoriam*), eterna companheira:
Tua vontade a outrem confiada,
me conduz por este caminho.

AGRADECIMENTOS

Hoje e para sempre, agradeço ao VICTOR e ao JOÃO VICENTE, duas preciosidades que me devolveram a verdadeira alegria de viver. Seu nascimento, início de um novo ciclo de vida repleto de amor, energia, força, vontade de ir, de fazer, de voltar e de continuar.....

Quero expressar meu apreço à Excelentíssima Sra. Ministra MATILDE RIBEIRO, da Secretaria Especial de Políticas de Promoção para Igualdade Racial, outrora companheira de trabalho, por me ajudar a compreender que a violência contra a mulher é questão de saúde pública, sim! Por me encaminhar, juntamente com Santo André, ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, para o projeto de pesquisa *“Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o programa de saúde da mulher”*.

À Prof^a. Dr^a. LILIA BLIMA SCHRAIBER que, com respeito, ética, generosidade e confiança, me indicou o caminho das pedras e me ofereceu as ferramentas necessárias para iniciar o projeto de pós-graduação.

Estendo minha gratidão para toda a equipe do projeto FAPESP: HELOÍSA, ANDRÉA, RICARDO, JARDELINA, JÚLIA, LÍGIA, MARTA e KARINA.

Ao “MICHEL” MINDRISZ, pela colaboração durante estes anos que conciliei o mestrado e o árduo trabalho na Secretaria de Saúde de Santo André. Aos amigos e amigas de todos os dias que, com muita paciência, acolheram meus desabafos. Ao RONALDO TADEU ÁVILA DE PAULA e toda sua equipe do Núcleo de Indicadores Socioeconômicos da Prefeitura de Santo André, pelas informações disponibilizadas.

À Prof^a. Dr^a. KEIKO OGURA, (*In memorian*), pela satisfação de poder contar com sua colaboração na elaboração do projeto. Ao Prof. Dr. JOÃO YUNES, (*In memorian*), pela honra de contar com sua presença no exame de defesa do projeto, e pelas importantes contribuições prestadas nesta etapa de trabalho.

Meus sinceros agradecimentos à Prof^ª. Dr^ª. MÁRCIA TEREZA COUTO FALCÃO que, com segurança e dedicação, tanto me auxiliou na realização do estudo de campo e durante todo o projeto. Particularmente, agradeço-lhe pelas meticulosas sugestões na defesa do projeto.

Minha gratidão especial à ADRIANA ARAÚJO PINHO que, sempre solícita, me ajudou a desvendar os segredos do STATA.

Agradeço à MARILDA LEMOS pelos conhecimentos compartilhados e pelos materiais bibliográficos disponibilizados, importantes subsídios para a elucidação de alguns achados deste estudo.

À MARIA LÚCIA e à “CARMINHA” da Biblioteca/ Centro de Informação e Referência em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP que, prestativas e bem humoradas, sempre me auxiliaram nas pesquisas bibliográficas.

À conterrânea ZANIN (Maria de Lourdes) que, na última hora, não se negou em revisar o texto.

À Prof^ª. Dr^ª. KAREN GIFFIN, pela honra de contar com sua avaliação e contribuições tão importantes para a concretização desta dissertação de mestrado. À Prof^ª. Dr^ª. ANA FLÁVIA LUCAS D'OLIVEIRA, meus sinceros agradecimentos, pela dedicação em revisar minuciosamente o meu trabalho e pelos conhecimentos compartilhados.

Meu particular agradecimento ao Prof. Dr. IVAN FRANÇA JUNIOR que, com firmeza, segurança, humildade e generosidade no desempenho de sua função de orientador, tanto contribuiu para o meu crescimento enquanto aluna e pesquisadora. Meu muito obrigado por ter contado com você sempre que precisei!

A todas às mulheres, usuárias dos serviços de saúde de Santo André, que contribuíram para a realização deste estudo.

Ao RICARDO e à minha família, pelo amor e dedicação.

Puccia MIR. **Violência por parceiros íntimos de usuárias dos serviços de atenção primária à saúde de Santo André (SP)**. São Paulo; 2003. [Dissertação de Mestrado— Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

RESUMO

A violência contra a mulher vem sendo reconhecida internacionalmente como uma violação dos direitos humanos e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Estudos indicam que as mulheres agredidas por seus parceiros apresentam risco aumentado para uma série de problemas de saúde, com implicações na forma de uso dos serviços de saúde e na resposta destes às necessidades das mulheres. **Objetivos.** Caracterizar a freqüência, época de ocorrência e gravidade da violência física ou sexual perpetrada pelos parceiros íntimos de mulheres em idade reprodutiva, que se utilizam dos serviços de atenção primária à saúde em Santo André (SP); analisar as diferenças existentes entre os grupos de mulheres que relataram e que negaram violência física ou sexual, segundo características sociodemográficas, sexuais/reprodutivas e de parceria da população em estudo. **Métodos.** Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, através de amostragem consecutiva. Foram aplicadas entrevistas estruturadas com base no instrumento para investigação de violência por parceiro íntimo, padronizado pela Organização Mundial de Saúde, a uma amostra de 328 usuárias provenientes de três serviços de atenção primária à saúde. O tratamento estatístico foi feito através do Programa STATA 6. Diferenças entre os grupos foram testadas por Qui Quadrado e/ou Teste Exato de Fisher. **Resultados.** Foi identificada prevalência de 40.2% (IC95%=34,9-45,6%) de violência física ou sexual, perpetrada pelo parceiro íntimo. A violência física na vida foi relatada em 35% dos casos; em se tratando de violência sexual a proporção chegou a 18%. Dentre as entrevistadas, 8,8% (IC95%=6,0-12,5) informaram episódio de violência física ou sexual perpetrada pelo parceiro íntimo nos últimos 12 meses. Os atos de violência física perpetrados tendem a ser severos para 23% (IC95%=18,4--27,8) das mulheres e repetitivos em 58% (IC95%=48,7-67,4) dos casos relatados. Destaca-se que as mulheres em situação de violência têm idade mediana de 34,8 anos ($p < 0,0005$) e baixa escolaridade (Mediana de 5,5 anos; $p < 0,0005$); cerca de 60% (IC95%=50,2-67,6) são donas de casa ou estão desempregadas e 54% (IC95%=44,9-62,5) delas pertencem à classe D. Aproximadamente 50% ($p < 0,0001$) delas relatou história de abortamento. **Conclusões.** As estimativas de prevalência de violência por parceiros íntimos encontradas, sugerem alta magnitude do fenômeno entre as usuárias dos serviços de atenção primária. Espera-se que o estudo contribua para a implementação de políticas públicas de saúde de proteção e atenção às cidadãs em situação de violência.

Descritores: Mulheres maltratadas. Maus tratos conjugais. Cuidados primários de saúde. Saúde da Mulher.

Puccia, MIR. **Intimate partner's violence of primary care services users in Santo André (SP)**. São Paulo; 2003. [Mastership dissertation – Public Health School of the University of São Paulo]

SUMMARY

Violence against woman has been world widely recognized as human rights violation and one of the most important Public Health problems. Studies reveal that women who were abused by the intimate partner have an increasing risk of a succession of health problems, with implications of using health care services and of this system response to the real women needs. **Objectives.** Describe frequency, time of occurrence and seriousness of physical and sexual violence committed by intimate partners of women in the reproductive age, who usually search for primary health care services in Santo Andre (SP). Analyze the existing differences between two groups – those women that reported the problem and the ones that denied to be submitted to this violence, according to social-demographic, sexual/reproductive and partnership characteristics of the population being studied. **Methods.** It's a cross-sectional study by consecutive sample. Structured interviews have been applied based on a standardized instrument for intimate partner violence investigation, from the World Health-Organization, to a sample of 328 patients, from three Santo Andre primary health care services. The statistics were prepared through the STATA 6 Program. Eventual differences among groups have been tested by square- χ and Fisher's test. **Results.** This study has identified that an amount of 40,2% (CI95%=34,9-45,6%) of samples were submitted to physical or sexual abuse by the intimate partner. One lifetime physical abuse has been reported by 35% of the total cases. The rate of sexual abuse is near to 18%. Among the interviewed, 8,8% (IC95%=6,0-12,5) reported one physical and sexual abuse by the intimate partner in the last 12 months. The acts of committing abuse tend to be severe to 23% (CI95%=18,4--27,8) of the women and repeated in 58% (IC95%=48,7-67,4) of the reported cases. The battered women are at a medium age of 34,8 years old ($p<0,0005$) and low educational level (Median of 5,5 years; $p<0,01$). Almost 60%(IC95%=50,2-67,6) are housewives and unemployed and 54% (IC95%=44,9-62,5) of them belong to the D social class. Almost 50% ($p<0,0001$) of these women reported a story of abortion. **Conclusions.** The intimate partner's violence prevalence presented in the final estimates indicates a high degree of this phenomenon happening to the women users of primary care services. This study can contribute to the implementation of public health policies to support and protect female citizens against this situation of violence.

Key words: Battered women; Spouse Abuse; Primary health care; Women's Health

APRESENTAÇÃO

A presente investigação foi possível graças à parceria estabelecida entre o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, através da Prof^ª. Dr^ª. Lília Blima Schraiber, que coordenou a pesquisa, e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que autorizou a participação do município de Santo André naquele estudo e, particularmente, minha integração ao grupo de pesquisadores.

Esta experiência demonstra a riqueza dos frutos gerados por um estudo científico quando ele extrapola a fronteira da Universidade e é compartilhado com aqueles que atuam diretamente nos serviços: o aprimoramento dos profissionais, a abertura de espaços para estudos subsequentes e possíveis propostas de melhoria da atenção à saúde.

A iniciação como pesquisadora

Minha integração à equipe de coordenação da pesquisa de Schraiber e col. (2003), como representante da instituição parceira, deu-se em 1998, quando o projeto de pesquisa havia sido submetido à apreciação da instituição financiadora. Fui convidada a participar do grupo de estudos sobre violência de gênero, que se reunia sistematicamente para discutir as questões relacionadas ao projeto e ao aprofundamento teórico sobre o tema.

Durante o período que se sucedeu até a aprovação do financiamento da pesquisa, mantive o vínculo com o grupo de estudos e, paralelamente, participei dos Cursos de Aprimoramento para o Atendimento às Mulheres em Situação de Violência – Módulos Básico e Avançado, desenvolvidos pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP em parceria com a ONG Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, com apoio da Fundação Ford.

Representando a instituição parceira, participei de toda a etapa do planejamento da pesquisa de campo no núcleo de Santo André, desde a seleção dos serviços envolvidos no estudo, preparo e treinamento das equipes, visitas “*in*

loco”, até as reuniões com a equipe dirigente da Secretaria de Saúde do município.

Foi a partir desta experiência que me decidi pelo ingresso no curso de pós-graduação no ano de 2001, quando a pesquisa já estava em andamento.

Neste mesmo ano, paralelamente à fase de realização dos créditos do curso de pós-graduação, tive a oportunidade de participar da pesquisa de campo, não mais como representante da instituição, mas como pesquisadora, licenciando-me do meu cargo/função.

Esta experiência permitiu a realização de 10% das entrevistas e a atuação na supervisão do campo da Unidade de Saúde Vila Luzita, favorecendo o aprimoramento em logística, checagem e codificação de questionários e interlocução com as equipes do serviço.

Porém, nada disso se compara ao crescimento pessoal proporcionado por este trabalho, particularmente o momento das entrevistas, na medida do compartilhamento de questões tão íntimas da vida das mulheres estudadas.

ÍNDICE

1.INTRODUÇÃO	1
1.1. Violência contra a mulher: dor da qual não se fala	9
1.2. Violência de gênero como questão de Saúde Pública	11
1.3. Compreendendo a violência contra a mulher	14
2. OBJETIVOS	28
3. MATERIAIS E MÉTODOS	30
3.1. Delineamento do estudo	31
3.2. Locais de estudo	31
3.3. População sob estudo	35
3.4. Planejamento amostral	36
3.5. O instrumento da pesquisa	37
3.6. Logística do campo da pesquisa	37
3.7. Variáveis	43
3.8. Análise estatística	47
3.9. Aspectos éticos	49
4.RESULTADOS	50
4.1. Características sociodemográficas da amostra	51
4.2. Característica da parceria afetiva ou sexual	53
4.3. Perfil da saúde sexual e reprodutiva das mulheres	54
4.4. Mulheres em situação de violência física ou sexual	55
4.5. Violência física ou sexual pelo parceiro íntimo segundo características sociodemográficas	57
4.6. Violência física ou sexual segundo características do parceiro	60
4.7. Violência física ou sexual segundo características de sexualidade e reprodução das mulheres	62
4.8. Caracterização da violência física segundo a severidade dos atos perpetrados	64
5.DISSCUSSÃO	72
5.1. Limites e potencialidades do estudo	73
5.2. Violência contra mulheres: a perspectiva dos serviços de saúde	78
5.3. Severidade da violência: uma abordagem necessária em estudos de prevalência	86
5.4. Características das mulheres em situação de violência	88
6. CONCLUSÕES	99
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
7.1. Implicações para a produção de conhecimento	103
7.2. Mulheres em situação de violência física ou sexual: uma questão de Saúde Pública	104
8. REFERÊNCIAS	107
ANEXOS	AI
I. CONSENTIMENTO INFORMADO	AII
II. QUESTIONÁRIO	AIII
III. ATA DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA	AXVI
IV. BRINDES ÉTICOS	AXVII

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos entrevistadas no município de Santo André, segundo características sociodemográficas, 2001. 52
- Tabela 2:** Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos entrevistadas no município de Santo André, segundo os motivos relacionados à saída da casa onde foi criada, 2001. 54
- Tabela 3:** Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos entrevistadas no município de Santo André, segundo método utilizado para contracepção, 2001. 55
- Tabela 4:** Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos que relataram violência física e sexual perpetrada pelo parceiro íntimo, segundo características sociodemográficas. Santo André, 2001. 59
- Tabela 5:** Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos segundo relato de violência alguma vez na vida e principais características relacionadas à parceria afetiva e/ou sexual. Santo André, 2001. 62
- Tabela 6:** Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos segundo relato de violência alguma vez na vida e métodos utilizados para contracepção. Santo André, 2001. 64
- Tabela 7:** Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos segundo relato do grau de severidade de violência sofrida alguma vez na vida e principais características sociodemográficas. Santo André, 2001. 66
- Tabela 8:** Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos segundo relato do grau de severidade de violência sofrida alguma vez na vida e principais características de parceria. Santo André, 2001. 67
- Tabela 9:** Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos segundo relato de violência física segundo época de ocorrência e freqüência dos atos perpetrados pelo parceiro íntimo. Santo André, 2001. 69
- Tabela 10:** Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos segundo relato de violência sexual segundo época de ocorrência e freqüência dos atos perpetrados pelo parceiro íntimo. Santo André, 2001. 69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Dados de Prevalência da Violência Conjugal no Mundo	02
Quadro 2: Prevalência de violência física ou sexual perpetrada por parceiros íntimos, segundo tipo de estudo e país de referência	03
Quadro 3: Relação entre violência doméstica e intenções suicidas	05
Quadro 4: Relação de variáveis sociodemográficas, de parceria e sexuais/reprodutivas, segundo a significância observada nos resultados dos testes de hipóteses, em relação à ocorrência de violência na vida ou no último ano.	70
Quadro 5: Relação de variáveis sociodemográficas, de parceria e sexuais/reprodutivas, segundo a significância observada nos resultados dos testes de hipóteses, em relação à severidade da violência ocorrida na vida ou no último ano.	71

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Efeitos da Violência Contra a Mulher Sobre a sua Saúde	07
Figura 2: Mapa da cidade de Santo André, segundo localização dos distritos e serviços de saúde eleitos para o estudo.	32
Figura 3: Organograma do atendimento nas Unidades de Saúde Vila Guiomar e Vila Luzita	39
Figura 4: Organograma do atendimento nas Unidades de Saúde Parque João Ramalho	40
Figura 5: Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos que relataram episódio de violência física e/ou sexual perpetrada pelo parceiro alguma vez na vida, segundo as conjugações de violência. Santo André, 2001. (n=328)	56
Figura 6: Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos que relataram episódio de violência física e/ou sexual perpetrada pelo parceiro nos últimos 12 meses, segundo as conjugações de violência. Santo André, 2001. (n=328)	57
Figura 7: Distribuição das mulheres que sofreram violência física, segundo época da ocorrência e severidade dos atos perpetrados pelo parceiro.	65
Figura 8: Taxas de prevalência de violência física e sexual, perpetrada por parceiro ou ex-parceiro alguma vez na vida segundo sítios de pesquisa investigados, 2001.	81

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABC- Região da Grande São Paulo que compreende os municípios: Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CEPAL- Comissão Econômica para a América Latina e Caribe.

CHANGE - Center for Health and Gender Equity

CRT-DST/AIDS – Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS

DDM- Delegacia de Defesa da Mulher

DIU- Dispositivo intra-uterino

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EUA – Estados Unidos da América

FA- frequência acumulada

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV – Papilomavírus Humano ou Vírus do Papiloma Humano

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de confiança

INCLEN- Rede Internacional de Epidemiologistas Clínicos

Máx.- Máximo

Mín.- mínimo

MS – Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

NV – Nascidos Vivos

p – nível descritivo do teste de associação pelo Qui-quadrado

P25% – Percentil 25%

P75%- Percentil 75%

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da mulher

PE-DST/AIDS – Programa Estadual de DST/AIDS

PM-DST/AIDS – Programa Municipal de DST/AIDS

PMSA – Prefeitura Municipal de Santo André

SAM- Serviço de Acolhimento à Mulher

SES-SP – Secretaria de Estado da Saúde – São Paulo

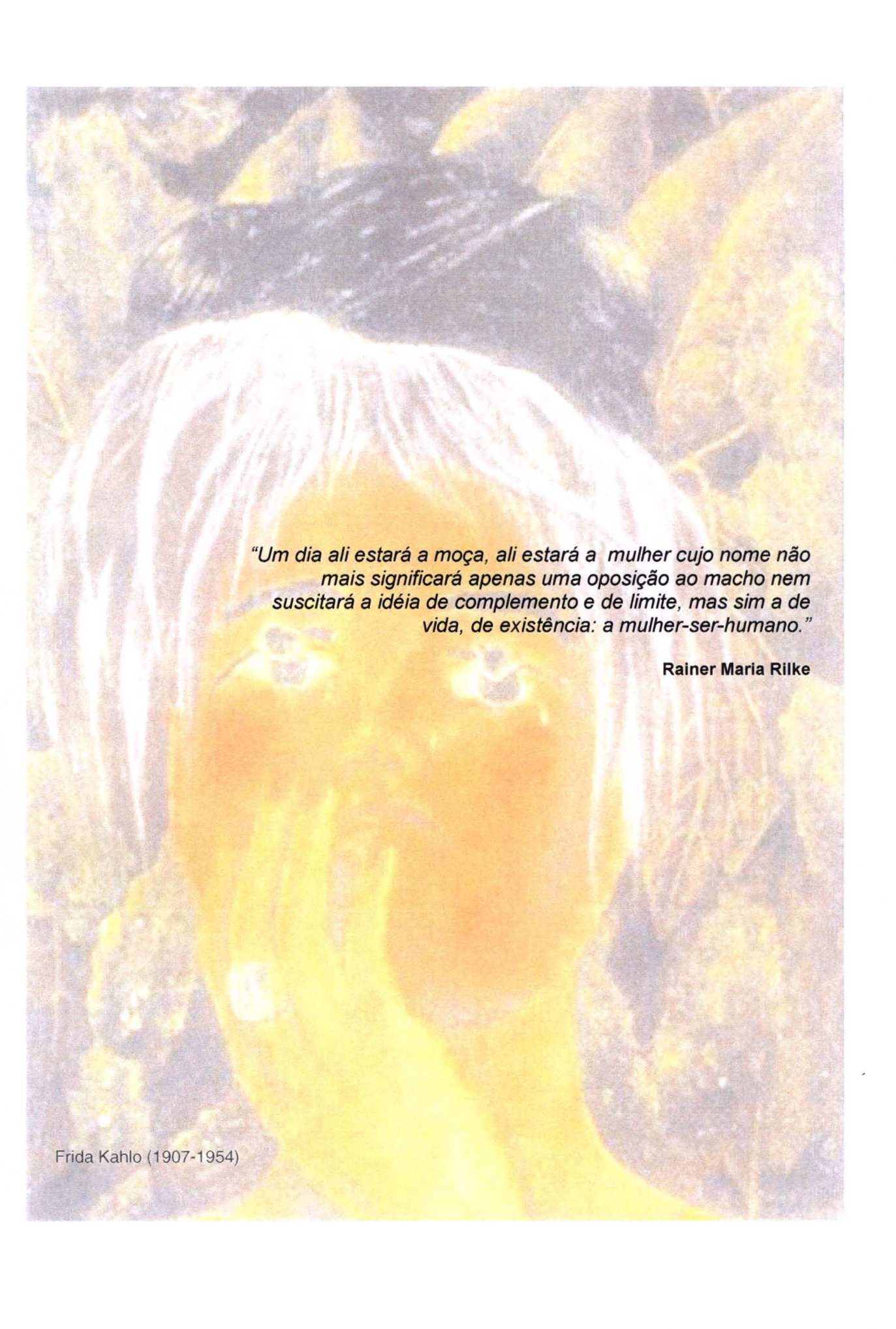
SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal/MS

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

US – Unidade de Saúde

WHO – World Health Organization



“Um dia ali estará a moça, ali estará a mulher cujo nome não mais significará apenas uma oposição ao macho nem suscitará a idéia de complemento e de limite, mas sim a de vida, de existência: a mulher-ser-humano.”

Rainer Maria Rilke

Frida Kahlo (1907-1954)

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A abordagem da violência doméstica e sexual vem, recentemente, ganhando espaço no âmbito das políticas de saúde, configurando novo tema a ser incluído no campo das diversas modalidades de atenção, com repercussões significativas na qualidade e na humanização da assistência.

Segundo dados do HEISE e col. (1999), no mundo todo, uma em cada três mulheres vem sendo agredida, coagida ao sexo ou outro tipo de abuso em sua vida. A maioria dos agressores é "um homem de sua família".

Estudos disponíveis revelam dados de prevalência diversos, tendo em vista o tipo de violência investigado, a metodologia utilizada (faixa etária da população de estudo, definição da amostra, etc.) e a realidade sociocultural e demográfica da localidade (GIFFIN 1994; SCHRAIBER e D'OLIVEIRA 1999; ELLSBERG 2000; HEISE e col. 1999).

GIFFIN (1994) e HEISE (1994) apresentam alguns dados da violência física e sexual perpetrada por parceiros das mulheres pesquisadas, valendo-se de 35 estudos realizados em 24 países. Os resultados seguem sistematizados nos quadros 1 e 2.

Quadro 1: Dados de Prevalência da Violência Conjugal no Mundo

PAÍS	PREVALÊNCIA	AMOSTRA	CONSIDERAÇÕES
Colômbia	20%	Nacional	Mulheres relatam violência física ou sexual do parceiro.
	46%	Nacional	Vítimas habituais da violência relatam que o parceiro as forçou a fazer sexo contra a vontade.
Índia	75%	Estudo local	218 homens e mulheres
EUA	28%	Nacional	Mulheres relatam violência física ou sexual do parceiro.
	10 a 14%	Nacional	Parceiro forçou a fazer sexo contra a vontade.
	40%	Nacional	Vítimas habituais da violência relatam que o parceiro as forçou a fazer sexo contra a vontade.
Canadá	25%	Nacional	Mulheres relatam violência física ou sexual do parceiro.
Bolívia Porto Rico	58%	Nacional	Vítimas habituais da violência relatam que o parceiro as forçou a fazer sexo contra a vontade.

Fonte: GIFFIN, 1994.

Quadro 2: Prevalência de violência física ou sexual perpetrada por parceiros íntimos, segundo tipo de estudo e país de referência.

País/ Ano	Tipo de estudo	Prevalência/ Tipo de Violência
Barbados, 1993	Amostra nacional: 264 mulheres e 243 homens de 20 a 45 anos	30% de mulheres adultas agredidas . Homens e mulheres relataram que suas mães foram agredidas em 50% dos casos
Antigua, 1993	Amostra nacional randomizada com 97 mulheres de 20 – 45 anos	30% de mulheres adultas agredidas . Homens e mulheres relataram que suas mães foram agredidas em 50% dos casos
Uganda, 1991	Inquérito domiciliar local: 80 mulheres	46% abuso físico por parceiro íntimo
Kenia, 1990	Inquérito local sobre prevalência de contracepção, segundo amostragem por cluster com 733 mulheres do distrito de Kissi	42% são agredidas regularmente
Tanzânia, 1990	Amostra local de conveniência com 300 mulheres de 3 distritos	60% de abuso físico pelo parceiro íntimo
Zâmbia, 1992	Amostra local de conveniência com 171 mulheres de 20-40 anos	40% de abuso físico pelo parceiro íntimo
Sri Lanca, 1990	Amostra de conveniência com 200 mulheres mestiças de Colombo, que deram à luz a crianças de baixo peso	60% foram agredidas
Coreia, 1988	Amostra local de conveniência com 708 mulheres (questionário)	42% foram agredidas pelo parceiro após o casamento; 14% no último ano.
Malásia, 1992	Amostra nacional randomizada com 713 mulheres e 508 homens acima de 15 anos	39% de abuso físico pelo parceiro íntimo; 15% dos adultos consideram agressão contra as esposas aceitável
Guatemala, 1990	Amostra local randomizada com 1000 mulheres	49% sofreram abuso físico, emocional ou sexual na fase adulta. O parceiro foi o agressor em 74% dos casos
México, 1993	Inquérito domiciliar local randomizado com 1163 mulheres da zona rural e 427 mulheres da zona urbana	57% das mulheres da zona urbana e 44% da zona rural sofreram violência. O parceiro foi o agressor em 60% dos casos
Equador, 1992	Amostra local de conveniência com 200 mulheres pobres	60% foram agredidas pelo parceiro, 37% delas uma vez por mês ou mais
Chile, 1993	Amostra local estratificada	60% sofreram abuso pelo

	randomizada com 1000 mulheres de 22 –55 anos em relacionamentos com 2 anos ou mais de duração	parceiro íntimo; 26% de abuso físico; em 70% dos casos o abuso ocorreu mais de uma vez ao ano.
Holanda, 1989	Amostra local randomizada com 1016 mulheres de 20-60 anos	21% experimentaram abuso físico em relações heterossexuais; 11% de violência severa

Fonte: Heise (1994).

O estudo multipaíses da OMS sobre a saúde das mulheres e a violência doméstica e os estudos mundiais sobre abuso em ambientes familiares (WorldSAFE), da Rede Internacional de Epidemiologistas Clínicos (INCLEN) , analisaram a prevalência e as conseqüências da violência exercida por parceiros íntimos na saúde das mulheres, com base em amostras de população levantadas em diferentes contextos (OPAS e OMS 2001).

O município de São Paulo e a região da Zona da Mata de Pernambuco representam o Brasil neste estudo multipaíses da OMS, conduzido entre 2000 e 2001 (SCHRAIBER e col. 2002b). Acredita-se que as informações obtidas neste estudo trazem contribuições significativas para a compreensão da magnitude da violência doméstica no nosso país. Os principais resultados do estudo de SCHRAIBER e col. (2002b) serão abordados na discussão da presente investigação.

Os dados dos relatórios preliminares destes estudos indicam forte relação entre este tipo de violência e a ocorrência de suicídio, conforme quadro abaixo.

Quadro 3: Relação entre violência doméstica e intenções suicidas¹

Violência Física / Parceiro Íntimo	Porcentagem de mulheres que já pensaram em suicidar-se (p<0,001)							
	Brasil (n=940)	Chile (n=631)	Egito (n=631)	Índia (n=6327)	Indonésia (n=765)	Filipinas (n=1001)	Peru (n=1088)	Tailândia (n=2073)
Nunca	21	11	7	15	1	8	17	18
Já Ocorreu	48	36	61	64	11	28	40	41

Fonte: WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence (preliminary results, 2001) Genebra, Organização Mundial da Saúde (documento inédito); International Network of Clinical Epidemiological (INCLLEN 2001). World Studies of Abuse in Family Environment (WorldSAFE). Manila, International Network of Clinical Epidemiologists. Esta pesquisa interrogou mulheres sobre "violência física grave"; Hakim M et al. (2001). Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in Central Java, Yogyakarta, Indonésia. Program for Appropriate Technology in Health.

Nos Estados Unidos, aproximadamente 4 milhões de mulheres são agredidas pelos parceiros a cada ano (NAUMANN e col. 1999). Segundo MOORE (1999), 1.8 milhões (3%) das mulheres norte-americanas com 18 anos ou mais sofrem agressões físicas severas a cada ano; destas, 1.3 milhões foram vítimas do próprio parceiro.

Pesquisa em serviços de atenção primária à saúde, desenvolvida por MCCAULEY e col. (1995) em 1993, revelou a seguinte ordem de grandeza deste tipo de ocorrência perpetrada por parceiro, ex-parceiro ou familiar: a cada 20 mulheres, uma sofreu violência doméstica no último ano; uma em cada cinco sofreu violência doméstica na vida adulta e uma em cada três foi agredida quando ainda era criança. Estes dados apontam para a magnitude de um problema que freqüentemente está presente na vida das mulheres atendidas nos serviços de saúde.

As estimativas de prevalência nos serviços de atenção primária à saúde, embora variáveis, estão em torno de 10 a 30% entre mulheres que relatam estar vivendo o problema atualmente (MOORE 1999). Segundo NAUMANN e col. (1999) as taxas de prevalência de violência física ou sexual perpetrada

¹Relatório sobre a Saúde no Mundo - Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. OMS/OPAS,2001

pelos parceiros íntimos variam de 20 a 39% alguma vez na vida, e de 12 a 29% no último ano.

Um estudo transversal, desenvolvido neste tipo de serviço, revelou alta prevalência de violência por parceiros íntimos, da ordem de 5,5% a 22,7% pelo parceiro atual ou recente, e 28 a 66% alguma vez na vida (KIMBERG 2001).

A literatura mostra alta prevalência de casos nos serviços de saúde. Segundo HEISE (1994), apoiada em dados da American Medical Association de 1992, cerca de 22 a 35% das usuárias dos serviços de saúde de emergência procuraram por atendimento em decorrência de violência física ou sexual praticado pelos parceiros

Ainda são escassas as pesquisas brasileiras desenvolvidas em serviços de saúde, que mostrem a magnitude do problema (SUAREZ e col. 1999); contudo, as investigações nacionais existentes reforçam o impacto causado na saúde das mulheres e de seus filhos.

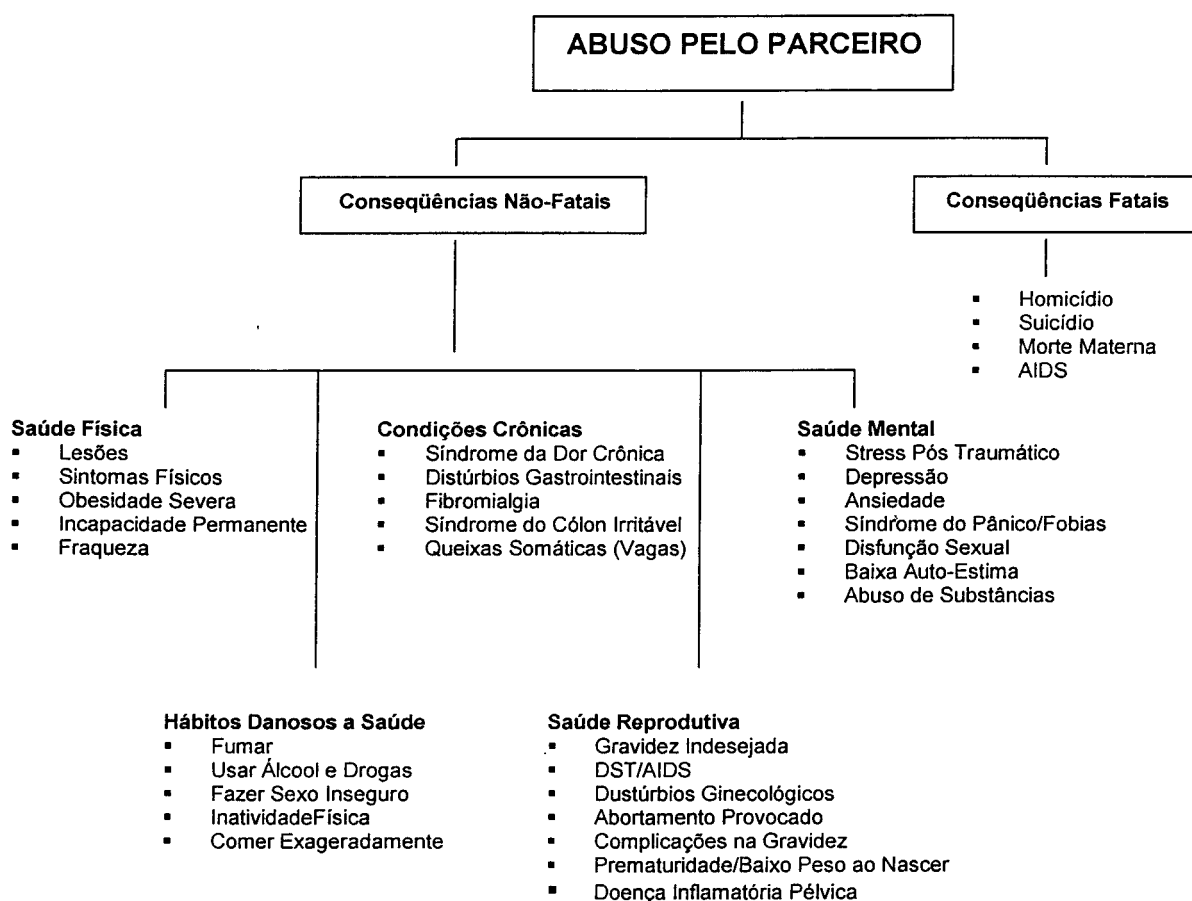
Estudo de SCHRAIBER e col. (2003), no qual a presente investigação se insere, identificou, entre 3093 usuárias de serviços de atenção primária de São Paulo em 2001, 55% de prevalência de casos de violência física e/ou sexual por qualquer agressor, pelo menos uma vez na vida. Destes, 45,3% (n=1399 usuárias) corresponderam a agressões praticadas pelo parceiro atual ou anterior.

DESLANDES e col. (2000), por sua vez, encontraram prevalência de 83,3% de casos de violência física ocorridas na residência de mulheres de 15 anos ou mais que procuraram por serviços de emergência da cidade do Rio de Janeiro em 1996. Em 69,4% dos casos o marido, namorado ou ex-marido foram os agressores.

A violência conjugal tem sido associada ao aumento de diversos problemas de saúde, desde baixo peso ao nascer, queixas ginecológicas, depressão segundo STARK & FLITCRAFT (1996), até gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis, queixas gastrointestinais, queixas vagas, além de

dependência química, síndrome do cólon irritável, lesões físicas até ocorrências fatais como homicídio, suicídio, morte materna, morte associada a AIDS, etc. (HEISE e col. 1994).

HEISE (1994) faz referência às conseqüências da vitimização de gênero sobre a saúde, classificando-as em não-fatais e fatais. HEISE e col. (1999) apresentaram o esquema sistematizado abaixo:



Fonte: Center for Health and Gender Equity (CHANGE) .Tradução Livre.

Figura 1: Efeitos da Violência Contra a Mulher Sobre a sua Saúde

A violência por parceiros pode resultar em gravidez indesejada e/ou se prolongar durante o período gestacional, o que aumenta os riscos de recém-nascidos com problemas e abortamentos (MOORE 1999).

Há vários estudos sobre violência durante a gravidez que sugerem incidências variáveis de 0,9 a 20% segundo KIMBERG (2001), e de 1 a 17% segundo NAUMANN e col. (1999).

Nos Estados Unidos, uma em cada seis mulheres grávidas já sofreu violência pelos parceiros durante a gravidez. Isto fez com que alguns autores postulassem que a gravidez poderia constituir um risco aumentado para a violência STARK & FLITCRAFT (1991).

A violência, de uma forma geral, também tem repercussões importantes na saúde mental. Entre as mulheres vitimadas pelos parceiros, esta situação não é diferente. O fato de o agressor ser o próprio parceiro afetivo e sexual, aumenta o trauma e os sentimentos de insegurança, desamparo, desprezo, perda, traição e falta de esperança (SUAREZ et. al, 1999).

Segundo KIMBERG (2001), foi encontrada associação entre violência conjugal e suicídio. A autora cita um estudo desenvolvido por Abbott e col. (1998) em um serviço de emergência americano, que identificou risco de suicídio de 8% entre mulheres que nunca vivenciaram a violência por parceiros íntimos, contra 26% entre aquelas que relataram agressões pelos parceiros.

Diante do impacto da violência por parceiros íntimos sobre a saúde das mulheres, os serviços de saúde podem se revelar como uma porta de entrada preferencial para os casos de violência doméstica e sexual, representando um potencial ambiente para a escuta, atenção e sigilo, sem pré-julgamento, denúncia ou punição. As ações desenvolvidas nos serviços de saúde podem fortalecer as noções de direitos, cidadania e prevenção, qualificando a abordagem da temática na área da saúde sexual e reprodutiva (D'OLIVEIRA 1996).

HEISE (1994) aponta o sistema de saúde como sendo um "locus" privilegiado para identificar e referir vítimas da violência, tendo em vista as condições propícias para a revelação do problema: privacidade, sigilo, escuta e abordagem de sinais e sintomas relacionados a agressões. Recomenda que o setor saúde realize pesquisas de incidência e prevalência de violência baseada

em gênero, e sugere o treinamento dos profissionais de saúde para assegurar que as vítimas não sejam revitimizadas por estes serviços.

O intuito é evitar que os serviços de saúde contribuam para o agravamento da violência, tratando a mulher como incapaz, desvalorizando suas queixas e representando mais um obstáculo à rota crítica que as mulheres percorrem ao buscar apoio nas instituições que normalmente dificultam seu acesso, as imobilizam e as orientam inadequadamente. (SCHRAIBER e D'OLIVEIRA 1999).

"(...)é necessário oferecer alternativas que possam contribuir para a diminuição do sofrimento de muitas mulheres que procuram os serviços de saúde."(ANGULO-TUESTA 1997, p.129).

Outro aspecto importante das implicações da violência nos serviços de saúde está relacionado aos altos custos envolvidos com a baixa resolutividade dos serviços que, via de regra, não correspondem às expectativas e necessidades das usuárias.

Compreender a dinâmica destas relações é fundamental para que sejam implementadas tecnologias de atendimento mais eficazes quanto à redução do impacto deste mal social sobre a saúde das mulheres, tanto do ponto de vista preventivo quanto assistencial. Trata-se de uma importante estratégia para a garantia dos direitos humanos.

1.1. Violência contra a mulher: dor da qual não se fala

Estudos internacionais revelam que, na prática, identificados ou não, os casos de violência doméstica não são registrados nos prontuários ou fichas de atendimento dos serviços de saúde. STARK & FLITCRAFT (1996) identificaram apenas 2,8% de registros dos casos identificados em um serviço de emergência americano.

Em São Paulo, estudo realizado por SCHRAIBER e col. (2003), mostrou que, menos de 1% dos casos de violência física ou sexual relatados na pesquisa foram registrados nos prontuários durante o atendimento habitual no serviço de saúde. Outra investigação, realizada em um centro de saúde escola do município, identificou que, entre 57% das mulheres matriculadas, que relataram algum episódio de violência física na vida, havia apenas 10% de registros em seus prontuários (SCHRAIBER e D'OLIVEIRA 1999a).

Para compreender as dificuldades dos profissionais de saúde na abordagem da violência contra a mulher, vários autores se utilizam da alusão à mitologia grega sobre a "**Caixa de Pandora**" (SUGG e INUI 1992).

Segundo BULFINCH (2001), há várias versões sobre este mito. Pandora foi feita no céu por Júpiter, aperfeiçoada pelos Deuses, enviada à Terra e oferecida a Epimeteu. Havia uma caixa (presente de casamento dos deuses ou, segundo outra versão, um objeto da casa de Epimeteu) que despertou a curiosidade de Pandora; ao abri-la, inadvertidamente, espalhou-se por toda a parte o conteúdo da caixa (bens doados pelos deuses, ou pragas misturadas a outros sentimentos, segundo outra versão), restando apenas a esperança, que permaneceu trancada. Para o autor, enquanto houver esperança, nenhum mal nos tornará inteiramente desgraçados.

Considera-se que esta alusão pode levar a duas formas de compreensão: 1) a descrença dos profissionais de saúde quanto à possibilidade de sucesso na intervenção sobre o fenômeno. 2) a investigação da exposição à violência pode dar vazão a toda a sorte de sentimentos (da usuária do serviço e do profissional), sobre os quais pode-se perder o controle durante a assistência, trazendo medo e insegurança ao não conseguir dar continência à mulher.

Outro aspecto relevante diz respeito ao conjunto de crenças, valores e experiências individuais de cada profissional de saúde, que devem ser considerados. Diversas vezes a violência de gênero pode representar uma realidade muito próxima dele(a) próprio(a).

MINAYO (1998) argumenta sobre as dificuldades encontradas pelos sanitaristas em abordar a violência, pois esta não se enquadra com facilidade nos modelos tradicionais de intervenção das disciplinas da saúde coletiva.

A análise qualitativa de ANGULO-TUESTA (1997), sobre a perspectiva dos profissionais da saúde pesquisados em serviços de atenção primária à saúde no Rio de Janeiro, em 1997, aponta para as principais dificuldades assinaladas:

- As mulheres silenciam o problema por medo e vergonha;
- Violência é um problema da esfera privada, abordá-lo na consulta não é tranquilo e sim incômodo;
- Há dúvidas sobre sua atuação, sempre relacionadas à capacidade real que eles têm para mudar a situação.

Por outro lado, MINAYO (1998) sugere que profissionais da saúde devem somar colaborações interinstitucionais, intersetoriais e da sociedade civil na abordagem dos diversos tipos de violência (educação, serviços sociais, justiça, segurança pública, Ministério Público, Poder Legislativo e movimentos sociais). Propõe também uma ação interdisciplinar entre as ciências sociais, a epidemiologia e a psicologia, que articule teoria, método e estratégias de ações, dada a especificidade do objeto "violência":

Observa-se que, na prática, os profissionais têm medo de envolvimento em processos jurídicos e até mesmo do agressor. Trata-se contudo, da abordagem de um "mal" que repercute em sérios danos à saúde física e mental das mulheres, para o qual o arsenal terapêutico e propedêutico convencionais, não têm a eficácia desejada.

1.2. Violência de gênero como questão de Saúde Pública

Embora não registrada, a violência contra a mulher, segundo MAZONI (1998, p.124): "cresce no mesmo ritmo, revelando no âmbito das relações

conjugais, toda a intensidade dos conflitos sociais". A autora considera que as repercussões deste mal social são identificadas em vários espaços onde o contato com as mulheres é mais expressivo, seja nas escolas, nas creches e até mesmo nos serviços de saúde. Uma vez que a violência contra a mulher (física, psicológica ou sexual) é uma questão pública, preparar estes serviços e seus respectivos profissionais para tal enfrentamento é fundamental e urgente no tocante às políticas públicas correlatas.

Analisando-se a história a partir deste ponto de vista, notamos que a Saúde Pública brasileira foi palco de grandes mudanças, motivadas pela ampla participação de profissionais da saúde, acadêmicos, sociedade civil e movimentos organizados com representação importante das mulheres.

Neste sentido, destacam-se duas grandes conquistas em termos de Políticas Públicas: o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM, formulado pelo Ministério da Saúde em 1984, e a Reforma Sanitária. O primeiro representou a mudança do paradigma de assistência à saúde da mulher. O segundo culminou com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

A Constituição de 1988 incorporou as propostas da Reforma Sanitária em um capítulo exclusivo para a Saúde, que passa a ser compreendida como **"Um direito de todos e um dever do Estado"**. Neste capítulo o SUS é detalhado através dos seguintes princípios: universalidade, equidade, descentralização e controle social.

Desde a regulamentação do SUS, através da Lei 8080/90, é garantido o direito ao acesso e à assistência a todos os cidadãos, que passam a exercer, eles próprios, o controle sobre o sistema, através do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Estadual de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde/ Conselhos Diretores ou Gestores, respectivamente nas esferas de gestão nacional, estadual e municipal (BRASIL 1998).

Segundo D'OLIVEIRA (1996), o PAISM, no momento de sua formulação, surge com uma proposta de hierarquização e regionalização das ações, estabelece prioridade para ações educativas e de promoção de saúde, com

planejamento segundo referenciais epidemiológicos e participação popular. Todo este movimento acabou por privilegiar a resolutividade dos serviços e sua extensão, na perspectiva da programação em saúde.

Ainda que tomados isoladamente para fins didáticos, ambos os movimentos ocorreram simultaneamente e motivados, cada qual, pela necessidade de reformulação da prática sanitária no país em função da crise da Previdência Social, no início da década de 80.

Há que se considerar que o PAISM, quase 20 anos após sua concepção, ainda representa a grande referência nacional para a implementação de ações na atenção à saúde das mulheres. Motivado pela incorporação das questões de gênero como alvo da assistência, especialmente no que tange à saúde reprodutiva, este programa tem atualmente, como um dos principais desafios, que contemplar ações específicas a fim de identificar, tratar e prevenir a violência de gênero e minimizar a iniquidade no acesso a populações socialmente mais vulneráveis (ANDRADE, 2003).

De tal sorte, tomando-se por base suas diretrizes, encontrar-se-ão ações promotoras do fortalecimento das mulheres enquanto sujeitos do processo de auto-cuidado. Na medida que a saúde, enquanto campo, reconhecer sua parcela de responsabilidade com relação ao fenômeno da violência contra a mulher, seja ela perpetrada no âmbito doméstico, público ou institucional, será possível vislumbrar um caminho para a redução do impacto deste mal social sobre a saúde das mulheres.

Assim, é importante salientar que a problemática da violência não é de responsabilidade única do setor saúde. Este surge como um parceiro complementar à rede intersetorial de apoio a mulheres em situação de violência. (HEISE 1994; SCHRAIBER e D 'OLIVEIRA 1999; MINAYO 1998; entre outros).

1.3. Compreendendo a violência contra a mulher

1.3.1. A violência contra a mulher no Brasil

Desde a década de 80 o Brasil vem participando de uma luta internacional em defesa das mulheres em situação de violência doméstica e sexual, intermediada pelo movimento feminista.

Até então, este tipo de violência impune, caracterizada pela esfera da vida privada e baseada nos argumentos de “legítima defesa da honra” e “caráter passional”, não era caracterizado como um crime. Os crimes, quando julgados, repercutiam em absolvição do agressor ou em penas abrandadas (TAVARES 2000)². Reivindicações foram feitas à justiça, exigindo a punição dos agressores e que os tradicionais argumentos utilizados pelos advogados de defesa nos casos de violência extrema não fossem mais tolerados (TAVARES 2000).

Nesta mesma época, várias iniciativas lideradas pelo movimento feminista contribuíram para o entendimento da violência doméstica e sexual não somente como questão da justiça e da polícia, mas enquanto uma questão de saúde pública.

A partir dos anos 90, além de remeter o problema à área da Justiça e da polícia, que demonstraram resistências importantes e diversos problemas na incorporação do tema, o movimento de mulheres inicia uma nova estratégia. A discussão da violência contra a mulher foi remetida estratégica e conscientemente para três campos principais: os direitos humanos, a saúde e o desenvolvimento social, os três já consolidados e reconhecidos internacionalmente. (Heise citada por SCHRAIBER e D'OLIVEIRA 1999, p.17).

² A violência doméstica incorre em uma reflexão sobre os crimes cometidos por pessoas muito próximas das vítimas, sendo necessárias regulações penais e civis específicas que a legislação brasileira não contemplou até o presente momento. Há grandes dificuldades para enquadrar as situações de violência (JONG,2000).

Aos poucos a violência contra a mulher se consolidou como uma questão pública, fundamentalmente a partir de iniciativas criadas para dar apoio às mulheres que se encontravam nesta situação, como: o SOS Mulher, o Conselho Estadual da Condição Feminina em São Paulo, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, o Serviço de Atendimento Integral à Mulher - Casa Eliane de Grammont, as Delegacias de Defesa da Mulher, entre outros (SCHRAIBER e D'OLIVEIRA 1999; PITANGUY 1999; PAVEZ 1998; VERARDO 1998; MAZONI 1998).

Por outro lado, destaca-se que a temática da violência contra as mulheres vem sendo pauta da agenda dos direitos humanos, mais efetivamente desde 1993 quando ocorreu a Conferência Internacional de Direitos Humanos - Conferência de Viena que reconheceu a violência doméstica como uma questão de direitos humanos (PITANGUY 1999).

Nos anos seguintes a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo e a Conferência Mundial sobre a Mulher - Conferência de Beijing, contribuíram com ações afirmativas de direitos das mulheres em exercer autoridade sobre seu corpo, tomando decisões sobre sua vida sexual e reprodutiva, bem como o papel do Estado em fornecer os meios para que esta autoridade seja exercida, aumentando sua ação no campo da saúde. Avançaram também em relação à saúde reprodutiva e na definição dos sujeitos de direitos (PITANGUY 1999).

O Brasil teve representação e é signatário de todas as Conferências mencionadas. Uma das mais importantes foi realizada aqui no Brasil, em 1994 - a Conferência de Belém do Pará ou Conferência Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher ³ (OMS 1994). Esta conferência trouxe importantes subsídios para a definição de violência contra mulher. Afirmando que esta se trata de violação dos direitos humanos e das liberdades

³ "O reconhecimento destes documentos, elaborados e aprovados por representantes do mundo inteiro e seus governos, mostrou-nos que este tema não é privilégio de poucos, mas sim um fenômeno universal, que transcende os regimes políticos e as formas de governo, como também é atemporal. Mostra-nos, também, o fracasso dos governos de promover e proteger os direitos da mulher" (SAFFIOTI, 1994 *apud* JONG, 2000)

fundamentais, constitui um referencial para a proteção dos direitos da mulher e para a eliminação de situações de violência que possam afetá-las.

As Convenções ratificadas pelo Brasil têm força de lei, como por exemplo a Conferência de Belém do Pará. As Plataformas de Ação aprovadas nas Conferências são consideradas como princípios gerais do direito e podem ser utilizadas na aplicação da lei pelo Judiciário (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS 1999). Representam, portanto, referenciais para a implementação de políticas pública de atenção e proteção das mulheres em situação de violência.

Considera-se portanto, a agressão a mulheres por seus parceiros afetivos sexuais um fenômeno da esfera privada mas de interesse público, situando-a como uma violação dos direitos universalmente reconhecidos.

1.3.2. A dinâmica da violência perpetrada por parceiros íntimos sob as perspectivas de gênero e das classes sociais

Analisar a violência, no seu sentido mais amplo, do ponto de vista da saúde coletiva, é um grande desafio. Partindo-se do consenso de que se trata de um fenômeno social, o recorte da problemática da violência contra a mulher é ainda mais complicado, pois neste caso o foco deixa de ser o espaço de domínio público e passa a ser da esfera privada. Entretanto, acredita-se que a violência por parceiros íntimos não deve ser apreendida entre os limites do contexto doméstico.

Segundo MINAYO (1994), D'OLIVEIRA (1996) e ANGULO-TUESTA (1997), violência é um tema que possui significados múltiplos e controversos, em quase todos os seus aspectos.

Segundo MINAYO e SOUZA (1998), "violência consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual",

como o racismo, por exemplo. Segundo as autoras, trata-se de uma realidade pluricausal e portanto elas se utilizam de um conjunto de teorias reunidas em dois grandes grupos para explicá-la.

O primeiro grupo defende que violência resulta de necessidades biológicas, psicológicas ou sociais, fundamentando-se em teorias que subordinam a questão social às determinações da natureza. Ou seja, a agressividade seria uma qualidade inata da natureza humana, relacionada ao instinto de preservação da espécie e geneticamente transmitida.

O outro grupo compreende violência como um fenômeno estritamente social, na medida das mudanças ocorridas na sociedade em virtude do processo de industrialização e urbanização. Consideram que as periferias das cidades são o *locus* privilegiado para a delinqüência e o crime. As correntes migratórias para estes espaços e a precariedade de recursos provocariam condições de vida adversas e conseqüentes condutas violentas, como estratégias de sobrevivência destas camadas populares. A falta de autoridade e conivência do Estado contribuiriam para a conclusão de um ciclo correspondente à violência estrutural.

Segundo a autora, este modelo explicativo reproduz o estigma da violência entre as classes menos favorecidas, desconsiderando o conjunto de fatores sociais, culturais e históricos relacionados à reprodução da violência.

Considera-se relevantes todos estes aspectos para fins de análise. Entretanto, estas explicações tendem a reduzir a violência a um fenômeno natural, e portanto, social e moralmente aceito.

(...) "mais terrível é a sugestão de que a violência seja uma coisa que mora em nós, ficando lá à espreita, esperando o aparecimento das condições exteriores para a sua manifestação" TAVARES (2000).

Embora D'OLIVEIRA (1996) admita a possibilidade da determinação biológica, considera que a violência não deixará de ser humana e, portanto, histórica. Segundo a autora o diferencial entre os seres humanos e os animais é

justamente a razão, que nos oferece as condições para o domínio do instinto e do pensamento desejado.

Entende-se que este equilíbrio entre instinto e pensamento desejado confere a possibilidade de se estabelecerem as relações humanas, que são sempre permeadas pelo contexto sociocultural e historicamente construídas.

Além da crítica ao risco de reducionismo biológico das teorias explicativas da violência, D'OLIVEIRA (1996), acrescenta dois outros riscos, a banalização e a sacralização da violência, que em última instância podem motivar uma conclusão equivocada de que, medidas de intervenção e proteção, bem como implementação de políticas públicas, seriam dispensáveis, uma vez que a violência pode ser compreendida como um fenômeno próprio da natureza humana.

MINAYO (1994) também admite a necessidade de se compreender a especificidade histórica. Vai além disso, considerando os problemas da política, da economia, da moral, do Direito, da Psicologia, das relações humanas e institucionais, e do plano individual.

Sob o enfoque da subjetividade, CHAÚÍ (1999) introduz a ética em oposição binária à violência, definindo-a como o uso de força contra alguém, tornando-o impotente e privado de liberdade. Para ela, violência representa a violação de direitos de um indivíduo ou de uma sociedade na medida em que interfere com aquilo que é tido como justo.

O senso comum reduz violência ao ato de abuso do poder. Neste sentido, CHAÚÍ (1984) em seu artigo "Participando do Debate Sobre Mulher e Violência", estabelece uma importante relação entre força e poder:

"Entendemos por força a ausência de poder. (...) Na relação de força há ausência de poder e presença do desejo de mando e opressão (...)" (CHAÚÍ 1984, p. 34).

"(...) o poder como capacidade coletiva para tomar decisões concernentes à existência pública de uma coletividade, de tal maneira que seja expressão de justiça, espaço de criação de direitos e garantia do justo por leis, sem coação." (CHAÚÍ 1984, p. 34).

Além disso, a autora compreende a violência como:

"(...) uma assimetria numa relação de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar como a ação que trata um ser humano não como um sujeito, mas como uma coisa". (CHAUÍ 1984, p. 35).

Para SAFFIOTI (1999), os estudos revelam que as mulheres constituem as vítimas preferenciais da rotina doméstica deste exercício de poder e transformam-se em "quase propriedades" dos homens. Entretanto, a autora defende o papel da mulher como sujeito, quais sejam os motivos concretos que a mantém nesta relação, sem no entanto a definir como cúmplice. Para isto, deveria desfrutar do mesmo "poder" de que goza o homem, o que de fato não ocorre. Compreende que se trata de uma situação viciosa de co-dependência entre ambos os atores envolvidos na relação violenta.

Estudo realizado por BERGER (2003), com mulheres que denunciaram violência doméstica no Rio de Janeiro, destaca as mudanças na postura das mulheres em situação de violência, a partir dos depoimentos obtidos e comparados com estudos realizados há cerca de vinte anos atrás:

" (...) as "novas mulheres" que entrevistamos, parecem não mais se adequarem a algumas representações tradicionais associadas ao papel de "esposa", como aquelas que colocariam como destino feminino terem que agüentar caladas, situações de objetificação e violência, para que o casamento e seu reconhecimento social fossem mantidos". (BERGER 2003, p.141).

A autora acrescenta que as mulheres entrevistadas manifestaram desejo de participar mais livremente do mundo público, além da crescente insatisfação e resistência à situação de conflito com os parceiros. Observou que este conflito se exacerba na medida em que a mulher tenta romper com os padrões femininos tradicionais: "(...) domesticidade e passividade (...)" (BERGER 2003, p.141).

Nota-se que o ciclo da violência entre parceiros íntimos é dinâmico, especialmente no que tange à mulher maltratada ou agredida pelo homem, justamente porque não existe contradição entre os diferentes papéis que ela possa exercer no decorrer desta relação: ora como sujeito, ora como vítima, ora como cúmplice da co-dependência.

Portanto, a compreensão da dinâmica da violência por parceiros íntimos sugere uma compreensão do fenômeno sob a perspectiva de gênero. Segundo SCOTT (1995), valendo-se das relações de poder, gênero representa o fio condutor para a compreensão da complexa rede de fatores relacionados à violência por parceiros:

"Gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder." (SCOTT 1995, p.11)

ela acrescenta:

"Seria melhor dizer que o gênero é um campo primeiro no seio do qual o poder é articulado. O gênero não é o único campo, mas ele parece ter constituído um meio persistente e recorrente de tornar eficaz a significação de poder no Ocidente, nas tradições judaica-cristã bem como islâmica." (SCOTT 1995, p.12)

Na nossa sociedade, as diferenças de gênero têm demarcado espaços fundamentais na ocorrência de violência: o homem é vítima na esfera pública enquanto a mulher é vítima de seu próprio parceiro na vida privada, apesar de sua presença cada vez maior no mundo público (SAFFIOTI 1999; LAURENTI e col. 1998).

SUAREZ, MACHADO e BANDEIRA (1999), ao analisar a violência do ponto de vista da saúde reprodutiva, chamam atenção para os impactos da violência doméstica e sexual sobre a forma de adoecimento e morte das mulheres, estando estes intimamente relacionados às representações de gênero na sociedade.

Segundo HEISE (1994), a violência contra as mulheres é resultado da subordinação de gênero, expressa através do controle masculino sobre os bens e decisões familiares e direito de posse dos homens sobre as mulheres.

ELLSBERG (2000), analisando estudos desenvolvidos em várias partes do mundo, aponta para a relação entre violência, instituições patriarcais e normas culturais. Reforça também a perpetração de violência a partir do poder de tomada de decisões econômicas. Segundo a autora, um estudo desenvolvido na Índia indicou que a violência doméstica está associada ao dote menos virtuoso. Acrescenta que em Bangladesh, mulheres que participaram de programas de crédito do *Grameen Bank*, foram menos agredidas pelos seus maridos que aquelas mulheres com dependência de renda.

Estudos vêm tentando compreender esta dinâmica, a partir do enfoque nas relações socioculturais intersubjetivas entre homens e mulheres, estabelecidas ao longo da história, bem como os papéis sociais desempenhados ou assumidos por ambos, de forma interativa.

Percebe-se assim, que os diversos estudos sobre violência percorrem o referencial da construção social e histórica das relações de gênero, que determinam relações de opressão e poder, buscando acentuar o caráter social das desigualdades entre os sexos.

"Ser do gênero feminino ou do gênero masculino leva a perceber o mundo diferentemente, a estar no mundo de modos diferentes - e, em tudo isso, há diferenças quanto à distribuição de poder, o que vai significar que o gênero está implicado na concepção e na construção do poder". (LOURO 1995, p. 106)

"Gênero é tanto um constructo sociocultural quanto um aparelho semiótico, um sistema de representação que atribui significado (...) a indivíduos dentro da sociedade. Ora, o devir das representações vai modelando homens e mulheres, produzindo assim diferenças de gênero." (SAFFIOTI 1994, p.274)

"... é um conceito das ciências sociais que se refere à construção social do sexo (...). Distingue a dimensão biológica da social (...). A cultura constrói o gênero, simbolizando as atividades masculinas ou femininas". (HEILBORN 1996, pp.102-103)

Inúmeros autores se utilizam deste referencial para compreender e explicar a complexa rede de fatores relacionados à construção histórica do ser homem e ser mulher na perspectiva das igualdades e das diferenças (SCOTT 1995; SAFFIOTI 1994, 1999; HEILBORN 1996; CHAÚÍ 1984; SUAREZ e col. 1999). O

conceito também enfatiza os mecanismos e as instituições sociais e culturais envolvidas nesta construção (MEYER 1998).

Segundo GIFFIN e CAVALCANTI (1999), nos últimos 10 anos, acentuou-se o debate em torno dos estudos de gênero sobre o masculino, no que se refere às suas relações sociais, individuais, afetivas, conjugais, reprodutivas, de trabalho etc., de forma a repensar o universo masculino dentro de um contexto social, econômico e histórico.

Esta reflexão inclui também a temática da identidade masculina tradicional, constituída especialmente pelo papel de provedor que o homem deve desempenhar no contexto familiar, e pelo modelo de virilidade expresso em forma de força, agressividade e determinação. Estes pilares que conferem ao homem autoridade e poder, garantem seu bom desempenho no trabalho, no sustento do lar e no âmbito sexual. Uma vez abalados ou até mesmo questionados, podem repercutir em conflitos de ordem individual e de relações humanas (GIFFIN e CAVALCANTI 1999).

Há que se considerar uma das mais importantes ameaças à hegemonia masculina na atualidade: a crescente participação da mulher no mundo público, particularmente no que se refere a sua inserção no mercado de trabalho:

“(...) O tradicional controle masculino baseado em seu papel de provedor está em xeque e a resistência à sua transição, tanto por parte do parceiro como da parceira, radicaliza conflitos e colabora para a ocorrência da violência, inclusive sexual, entre o casal.” (BERGER 2003, p.143).

Além disso, o cenário econômico vigente, caracterizado pelo desemprego e queda do poder aquisitivo de bens e de consumo, o acirramento da pobreza e da exclusão social, principalmente entre as camadas populares, também repercutem de maneira incisiva sobre o questionamento desta identidade masculina. O próprio homem, diante da impotência para garantir a subsistência de sua família, sente-se fracassado. Suas parceiras, que assumiram a força de trabalho remunerado juntamente com as tarefas domésticas e cuidados com os

filhos, também não conseguem superar a precariedade no sustento do lar, exigem de seus maridos o cumprimento do seu papel tradicional de provedor. Trata-se do fenômeno da transição de gênero (BERGER 2003; GIFFIN 2002).

Segundo GIFFIN (2002), a reação do homem a este processo de desestruturação da identidade masculina reflete-se violentamente contra suas parceiras.

Neste sentido, SAFFIOTI (1999) argumenta que as relações humanas se estruturam a partir do gênero das classes sociais e da etnia. Segundo a autora, uma sociedade ética, justa e estruturada, manteria a estabilidade das relações entre grupos ou indivíduos, independente do sexo, da classe e da etnia.

Portanto, a violência contra a mulher perpetrada pelos seus parceiros íntimos pode ser apreendida entre dois eixos distintos e representativos de desigualdades: das relações de gênero e das classes sociais à luz das relações de poder estabelecidas entre o casal.

Compreende-se que as desigualdades de gênero socialmente construídas e perpetuadas, representam o cerne da possibilidade de rompimento do ciclo da violência doméstica, a partir do fortalecimento das mulheres enquanto sujeitos sociais, seja no âmbito das relações familiares e das relações conjugais, seja no trabalho ou na sociedade como um todo.

1.3.3. Os significados da violência contra a mulher

Nos últimos vinte e cinco anos, a problemática da violência contra a mulher vem sofrendo inúmeras transformações, inclusive conceituais. Ainda não há um consenso sobre a terminologia. Muitos termos comumente usados têm significados distintos em diferentes regiões e derivam de uma diversidade de perspectivas teóricas e disciplinares (ELLSBERG 2000).

Isto significa que a definição está vinculada à óptica da área de conhecimento específica que coloca o problema, o que não implica na

inexistência de mediações entre os campos de conhecimento segundo HEISE e col. (1999); CEPAL⁴ (1992) e ISIS International (1990) citados por ANGULO-TUESTA (1997, p.16).

Segundo ANGULO-TUESTA (1997), a terminologia utilizada pode variar de violência contra a mulher, violência intra-familiar, violência conjugal, violência doméstica contra a mulher, mulher golpeada até mais recentemente, violência de gênero.

Neste sentido, SAFFIOTI (1997, p.32) argumenta que violência familiar:

"recobre o universo das pessoas relacionadas por laços consangüíneos ou afins" . A violência doméstica "é mais ampla, abrangendo pessoas que vivem sob o mesmo teto, mas não necessariamente vinculadas pelo parentesco" .

ELLSBERG (2000), entende violência familiar como situação de abuso de qualquer membro da família, seja mulher, homem, criança, adulto ou idoso, independentemente do sexo do agressor. A autora adverte para o fato de que esta terminologia também exclui outros tipos de violência aos quais as mulheres estão expostas fora de casa, como abuso ou assédio sexual em outros espaços de convivência. Além disso, o termo violência doméstica neutraliza o impacto da violência perpetrada pelos homens contra as mulheres, pois não circunscreve apenas este tipo de violência.

A definição mais completa e abrangente é violência de gênero. Foi formulada na Conferência de Viena, a partir da qual a Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) recomendou a adoção da Declaração de Eliminação da Violência Contra a Mulher, pelos Estados e pela Comunidade Internacional, para a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (JONG 2000; HEISE e col. 1999; ELLSBERG 2000). De acordo com a Declaração, violência baseada nas relações de gênero é definida como:

"Qualquer ato de violência baseada na diferença de gênero que resulte, ou possa resultar, em dano físico, sexual ou psicológico para as mulheres,

⁴ Comissão Econômica para a América Latina e Caribe.

inclusive ameaças de tais atos; coerção e privações arbitrárias de liberdade, quer ocorram na vida pública ou privada.

A Declaração explícita ainda que a violência contra a mulher só será entendida englobando os seguintes tipos não limitativos:

a) violência física, sexual e psicológica na família, inclusive surras e abuso sexual de meninas no lar; a violência relacionada ao dote, estupro perpetrado pelo marido, mutilação genital feminina e outras práticas tradicionais, danos à mulher; a violência não conjugal e violências relacionadas à exploração.

b) Violência física, sexual e psicológica no âmbito da comunidade, inclusive estupro, abuso sexual, assédio sexual e intimidação no trabalho e na escola, tráfico de mulheres e prostituição forçada.

c) Violência física, sexual ou psicológica perpetrada pelo Estado ou sob sua convivência, como o estupro em situações de guerra. (JONG 2000; HEISE e col. 1999; ELLSBERG 2000, p.2).

Um termo bastante apropriado para circunscrever o objeto de estudo deste projeto é violência conjugal, que até certo modo evita a neutralidade da terminologia violência doméstica ou familiar. ISIS International citada por ANGULO-TUESTA (1997, p. 18), define violência conjugal como :

"un fenómeno social que ocurre en el grupo familiar, sea este el resultado de una unión consensual o legal, y que consiste en el uso de medios instrumentales por parte del cónyuge o pareja para intimidar psicológicamente o anular física, intelectual y moralmente a la mujer, com el objeto de disciplinar según su arbitrio y necesidad la vida familiar".

Acrescenta-se contudo, que a violência conjugal não se restringe ao maltrato de esposas pelos seus parceiros. Homens e mulheres tanto podem ser vítimas quanto agressores ou agressoras.

Optou-se neste estudo, pela referência a mulheres em situação de violência perpetrada por parceiros íntimos do sexo masculino, pois trata-se de uma análise sobre as mulheres maltratadas. Isto quer dizer que o termo violência por parceiros íntimos também poderia incluir a temática dos homens agredidos pelas suas parceiras, assim como as mulheres agredidas pelas suas

parceiras, se fosse o caso, e até mesmo a vitimização de homens envolvidos em relações homossexuais.

O uso do termo "situação" confere a conotação temporal de que esta realidade pode ser alterada em um dado momento, para isso é necessário valer-se do princípio de que esta mulher é sujeito de sua própria relação. Portanto, ela não pode ser mencionada apenas como vítima. Parceiros íntimos denotam a intimidade da relação e os mais variados sentimentos envolvidos entre ambos. Considerou-se parceiro íntimo o atual marido, companheiro ou namorado, assim como os ex-parceiros em qualquer época da vida.

1.3.4. Fatores relacionados à violência por parceiros íntimos

Segundo a publicação do Population Reports (HEISE e col. 1999), as taxas de prevalência de violência contra a mulher variam entre diferentes regiões. Os estudos ainda não são suficientemente esclarecedores a este respeito, mas podem sugerir algumas informações sobre as características das relações em sociedades distintas.

Um dos mais importantes foi a experiência de violência na família quando criança, com associação positiva identificada em 11 dos 15 estudos realizados em diversos países, analisados por ELLSBERG (2000). Investigações realizadas por COID e col. (2001) em Londres, em 1999 e por JEWKES e col. (2002) na África do Sul em 1998, concluíram que o abuso na infância aumenta substancialmente o risco de revitimização na fase adulta, e sugerem que este seja um pré-requisito para ações preventivas de abusos futuros. Outros fatores como uso de álcool pelo parceiro juntamente com os conflitos em torno deste problema, ter outro parceiro no ano, falta de ajuda para estudar, a mãe ter sofrido agressões anteriormente, o fato de ter um(a) confidente ou amiga(o), manutenção financeira da casa pelo parceiro, idéias mais liberais sobre o papel da mulher na sociedade e morar fora da província do Norte, foram todos

estatisticamente significantes para a ocorrência de violência, segundo o mesmo estudo de JEWKES e col. (2002). Por outro lado, não houve diferença estatisticamente significativa entre violência contra a mulher e idade e nível de instrução do parceiro, desemprego, migração, situação marital, co-habitação, urbanização, entre outros.

Estudo etnográfico de Levinson's (1989) citado por ELLSBERG (2000, p.9), realizados em 90 sociedades espalhadas pelo mundo, identificou quatro fatores que, em combinação, eram fortemente associados com alta prevalência de violência contra a mulher. Dentre eles: diferenças econômicas entre homens e mulheres, uso de violência física pelos pais, autoridade dos homens na tomada de decisões familiares, restrições ao divórcio para as mulheres.

Count, Brown e Campbell (1999) citados por ELLSBERG (2000, p.10) abordam a violência doméstica através de uma estrutura transcultural. Acreditam que, nas sociedades onde o *status* da mulher está em transição, pode haver maiores níveis de violência.

Novamente observa-se que este tipo de violência mantém relação estreita com as questões de classes sociais, embora não seja exclusivo das mulheres mais pauperizadas.

Conforme argumentação anterior, as mulheres que vivem em situação de pobreza parecem estar mais expostas ao risco de violência, em função de várias condições de vida insatisfatórias em combinação, tais como salários incompatíveis com a subsistência, privações materiais, fome, frustração, impotência. Na medida em que homens e mulheres não são capazes de efetivar normas sociais, ocorrem tensões no relacionamento conjugal, representadas por cobranças e exigências mútuas que podem resultar em situações de violência.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

- Caracterizar a frequência, época de ocorrência e gravidade da violência física ou sexual perpetrada pelos parceiros íntimos de mulheres em idade reprodutiva, que se utilizam dos serviços de atenção primária à saúde em Santo André (SP);
- analisar as diferenças existentes entre os grupos de mulheres que relataram e que negaram violência física ou sexual, segundo características sociodemográficas, sexuais/reprodutivas e de parceria da população em estudo.

MATERIAIS E MÉTODOS

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, que se propõe a descrever a problemática da violência perpetrada por parceiros íntimos de mulheres em idade reprodutiva, que habitualmente se utilizam dos serviços de atenção primária à saúde em Santo André, um dos campos da pesquisa **“Ocorrência de Casos de Violência Doméstica e Sexual nos Serviços de Saúde em São Paulo e Desenvolvimento de Tecnologia de Atendimento para o Programa de Saúde da Mulher”** (SCHRAIBER e col. 2003).

A pesquisa maior de SCHRAIBER e col. (2003) teve o intuito de dar visibilidade à magnitude da violência contra a mulher, e de caracterizar as agressões segundo sua frequência, período da vida em que ocorreram e o tipo de agressor, além de propor políticas e programas de acolhimento consistentes com as necessidades assistenciais de saúde das mulheres. O estudo buscou dados de prevalência de violência doméstica ou sexual entre 3193 mulheres de 15 a 49 anos, usuárias de 19 serviços públicos de saúde da Grande São Paulo, reagrupados em 9 sítios de pesquisas, quais sejam: seis no município de São Paulo, um em Santo André, um em Diadema e um em Mogi das Cruzes (SCHRAIBER e col. 2003).

Portanto, a presente investigação insere-se no estudo citado acima e se propõe a descrever os resultados obtidos no sítio de Santo André.

3.2. Locais de estudo

Os serviços que participaram do estudo representam as portas de entrada do Sistema Único de Saúde de Santo André. Foram selecionados segundo critérios compatíveis com maior volume de demanda, ou seja, o atendimento mensal de aproximadamente 1500 mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos;

lotação de equipe multiprofissional (médicos, auxiliares de enfermagem e, pelo menos, um profissional de nível universitário, como enfermeiro, psicólogo e/ou assistente social) e participação de três Gerências Regionais de Saúde. São eles Unidade de Saúde Parque João Ramalho, Unidade de Saúde Vila Guiomar e Unidade de Saúde Vila Luzita, localizados em três regiões distintas, respectivamente no segundo sub-distrito, na região central e na região periférica da cidade, conforme se observa na figura 3.



Figura 2: Mapa da cidade de Santo André, segundo localização dos distritos e serviços de saúde eleitos para o estudo

Fonte: PMSA (2003)

O município de Santo André está localizado na Grande São Paulo, na região do ABC. Possui uma área de 174,38Km² de extensão, com aproximadamente 62% de área verde e de proteção a mananciais (PMSA 2003).

A população da cidade, segundo dados do censo demográfico de 2000,

era de 649.331 habitantes. A população feminina corresponde a 51% deste total, sendo estimada uma taxa de crescimento anual de 0,3% (1996-2000). A densidade demográfica média para o ano 2000 foi calculada em 3.723,66 hab./Km² (PMSA,2003).

Os núcleos habitacionais e favelas predominam na região de saúde III, especialmente nas divisas com os municípios de São Bernardo do Campo e Mauá, avançando pelas áreas de proteção ambiental (em direção a Paranapiacaba e ao município de Ribeirão Pires). No final de 2001, o município contava com 27 favelas urbanizadas e 36 em fase de urbanização, segundo a Gerência de Desenvolvimento Comunitário (DEHAB/SISH/PMSA), citados por PMSA (2003).

Destaca-se que cerca de 98% da população total do município é atendida pelas redes de abastecimento de água e de esgoto, segundo dados do SEMASA, citados por PMSA (2003). Além disso, o percentual de iluminação pública é de 98% (PMSA 2003).

O perfil de produção industrial do município, até o final da década de 80, foi substituído pelo comércio e serviços em 2000, com impacto importante na redução do produto interno bruto per capita (PMSA 2003).

Com relação à Saúde, o município assumiu a gestão plena do sistema em 1998, quando houve incremento significativo dos recursos recebidos pelo SUS, de 22% em 1997 para 35% naquele ano, mantendo-se nos próximos anos em torno de 40% (SMS 2001).

A fonte de recursos da saúde é proveniente do tesouro R\$ 18.457.000,00 milhões (71,2%), do Fundo Nacional de Saúde R\$ 7.216.000,00 (27,9%) e apenas R\$ 236.000,00 (0,9%) de outras fontes. Com relação ao cumprimento da emenda constitucional n° 29, 11,9% das despesas empenhadas estão vinculadas à Saúde (SMS 2003).

A capacidade física instalada da SMS é representada por 01 Centro Hospitalar, 26 Unidades de Saúde, 4 Pronto-Atendimentos, 3 Ambulatórios de Especialidades, 1 Centro de Reabilitação Municipal, 1 Centro de Referência em

Saúde do Trabalhador, 2 Centros de Atendimento Psicossocial, 1 Núcleo de Atenção Psicossocial, 1 Departamento de Vigilância à Saúde, a Casa da Gestante de Alto Risco, 1 unidade móvel de saúde e 2 Unidades de Saúde da Família.

Dentre os principais indicadores de saúde, observa-se a queda de 37,4% da taxa de mortalidade infantil entre 1994 e 2000, ocasião em que se observou um índice de 14,3 óbitos para cada 1000 nascidos vivos (SMS 2001). Em 2002 esta taxa elevou-se para 15,02 óbitos/1000 NV. Do total de óbitos em menor de um ano, 71% ocorreu no período de 0 a 28 dias, com uma concentração maior entre 0 e 7 dias após o parto (75,6%) (SEADE 2003). Estes números indicam que as principais causas de óbitos infantis são aquelas relacionadas à assistência ao pré-natal e ao parto.

Destaca-se que no ano 2002 foram registrados 9.174 nascidos vivos, segundo local de residência. Desde 2000 (11.034 NV), este número vem apresentando discreta redução (SEADE 2003).

A taxa de mortalidade materna em 2000, segundo dados do SEADE (2003), foi de 45,27 óbitos por 100.000 mil nascidos vivos (NV). Investigações realizadas pelo Comitê Regional de Morte Materna, indicaram um índice de 72,4 por 100.000 mil NV para o mesmo ano, relacionado a um acréscimo de 3 óbitos aos outros 5 constantes no banco de dados daquela fundação (SMS 2001).

Neste sentido, a SMS de Santo André, vem implementando políticas de atenção à mulher que assegurem o acesso aos serviços de saúde, bem como o incremento de ações relacionadas ao pré-natal e ao parto (PMSA 2003).

Destacam-se neste município as políticas públicas de atenção às mulheres em situação de violência. Desde 1998, foi implantado o Centro de Apoio a Mulher em Situação de Violência – Vem Maria, que até o final de 2001 realizou 1.322 atendimentos, assim como a Casa Abrigo Regionalizada, implantada em julho de 2000 (PMSA 2003).

Em novembro de 2002, a Secretaria de Saúde, inserida no contexto das políticas públicas municipais de apoio e proteção às mulheres em situação de violência, implantou a Rede de Saúde para Atenção à Violência e Abuso Sexual, resultante de um conjunto de ações para a inclusão desta temática na agenda do sistema de saúde local, desencadeado em primeira instância pela pesquisa da FAPESP.

Esta rede articula os serviços de atenção primária à saúde e os serviços de urgência e emergência, desde a captação de casos de violência doméstica e/ou sexual até o acolhimento, assistência e encaminhamento aos serviços de atendimento específico para seguimento: ambulatório de violência sexual, Vem Maria, Centro de Referência aos Maus Tratos na Infância, Centro Social Heliodor Hesse, e outros (PUCCIA e col. 2002).

3.3. População sob estudo

A população estudada é composta por mulheres entre 15 e 49 anos, residentes no município de Santo André, matriculadas nos serviços de saúde explicitados acima, e que procuraram espontaneamente por atendimento no dia ou foram agendadas, em ginecologia, obstetrícia, clínica médica ou por exame de Papanicolaou durante a semana típica de coleta de dados. Cabe destacar que não houve encaminhamento de outro serviço para tais atendimentos.

Compreende-se por semana típica, um período de Segunda a Sexta-feira, durante o qual foram desenvolvidas todas as atividades habitualmente oferecidas pelo serviço, dentro dos seus horários de funcionamento.

Os critérios de inclusão, quais sejam: faixa etária, demanda não referenciada e consultas em ginecologia ou obstetrícia ou clínica médica ou Papanicolaou, foram comuns para outros locais da pesquisa FAPESP que gerou o material desta Dissertação.

3.4. Planejamento amostral

3.4.1. Dimensionamento da amostra

Admitindo-se a estimativa de prevalência de 32%, com base em estudo realizado em um Centro de Saúde Escola da cidade de São Paulo (SCHRAIBER e col. 2002a), uma margem de erro de 0,05 na precisão da estimativa e considerando-se nível de confiança de 95%, obteve-se uma amostra mínima de 335 usuárias para cada um dos núcleos da pesquisa de SCHRAIBER e col. (1999b), dentre os quais encontra-se Santo André. Cabe salientar que tal procedimento se aplicou apenas aos núcleos que apresentaram uma população de estudo com características similares à população usuária do Centro de Saúde Escola (SCHRAIBER e col. 2002a).

O núcleo Santo André contribuiu com o estudo de três serviços de atenção primária à saúde já mencionados anteriormente, para os quais foi distribuída a amostra de 335 usuárias. Foi efetuado sorteio para a distribuição de forma eqüitativa, tendo em vista que dois deles contribuíram com uma amostra de 112 usuárias e um com 111 usuárias.

3.4.2. Procedimento Amostral

Foi adotado o procedimento de amostragem consecutiva (HULLEY e CUMMINGS 1988). A razão desta escolha se deve ao fato da amostragem não probabilística se mostrar mais prática do que a amostragem probabilística para estudos desenvolvidos em serviços de atenção à saúde. A amostra consecutiva permite a abordagem de todos os sujeitos que se enquadram nos critérios de seleção, na medida em que se apresentam para o atendimento durante o período de tempo previsto para o estudo e horário de funcionamento dos serviços, naquela semana típica.

3.5. O instrumento da pesquisa

As entrevistas foram realizadas por meio de um questionário com perguntas estruturadas, segundo variáveis selecionadas para investigação e suas respectivas categorias de respostas, conforme apresentado no item 5.7. O instrumento segue detalhado no Anexo II.

As questões relativas à violência física, psicológica e sexual, perpetrada por parceiro íntimo, foram baseadas no instrumento utilizado pelo Estudo Multipaíses da Organização Mundial da Saúde sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica (SCHRAIBER e col. 2002b). Foram consideradas duas modalidades de violência física, quais sejam:

- **Moderada:** tapa ou arremesso de objetos, empurrão, tranco ou chacoalhão;
- **Severa:** soco ou machucado com objeto, até chute ou surra, estrangulamento ou queimadura e ameaça ou uso de arma.

A abordagem sobre a violência sexual foi caracterizada por três modalidades distintas, com possibilidade de respostas múltiplas, quais sejam: uso de força física, medo do agressor e prática sexual degradante ou humilhante. Estes eventos foram analisados segundo a época e a frequência da ocorrência.

Cabe destacar a participação da pesquisadora, responsável por esta Dissertação, nas discussões que resultaram na revisão, na reformatação e na pré-testagem do instrumento.

3.6. Logística do campo da pesquisa

3.6.1. Seleção dos Serviços

O estudo foi dividido em duas fases. Na primeira fase, foi feita uma análise dos serviços potencialmente elegíveis para o estudo, com base em


levantamentos de produção e discussão com gerentes. Identificados os serviços para compor o campo, partiu-se para a etapa de planejamento. Foram realizadas visitas aos serviços, para observação sistemática do fluxo de atendimento nas diversas áreas. Os fluxogramas 1 e 2, elaborados nesta etapa da pesquisa, indicam em que momento assistencial as mulheres foram abordadas.

Nesta fase também foram feitos encontros de sensibilização das equipes locais, objetivando a colaboração com trabalho de investigação proposto.

3.6.2. Elegibilidade das usuárias dos serviços

Os critérios de elegibilidade considerados foram: faixa etária entre 15 e 49 anos; demanda espontânea ou consulta agendada para atendimento em clínica médica ou ginecologia ou pré-natal ou exame de Papanicolaou, sem encaminhamento e matrícula na unidade de saúde.

Durante a execução das entrevistas, estes critérios foram avaliados pelas entrevistadoras, no momento em que as usuárias aguardavam pelo atendimento em sala de espera, quando as mulheres elegíveis eram convidadas a participar do estudo.

 Momento da Abordagem

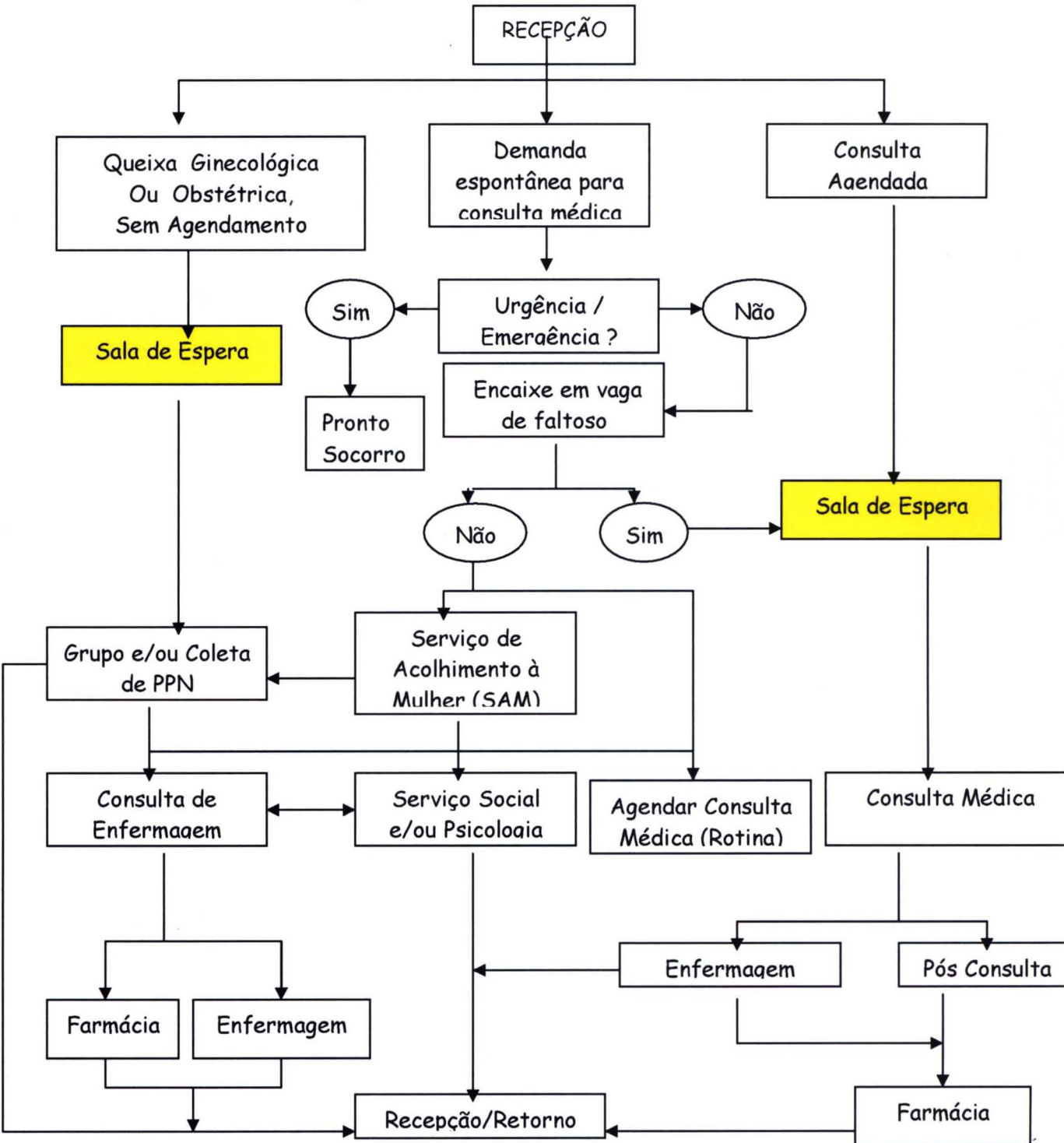


Figura 3: FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE VILA GUIOMAR e VILA LUZITA

Momento da Abordagem

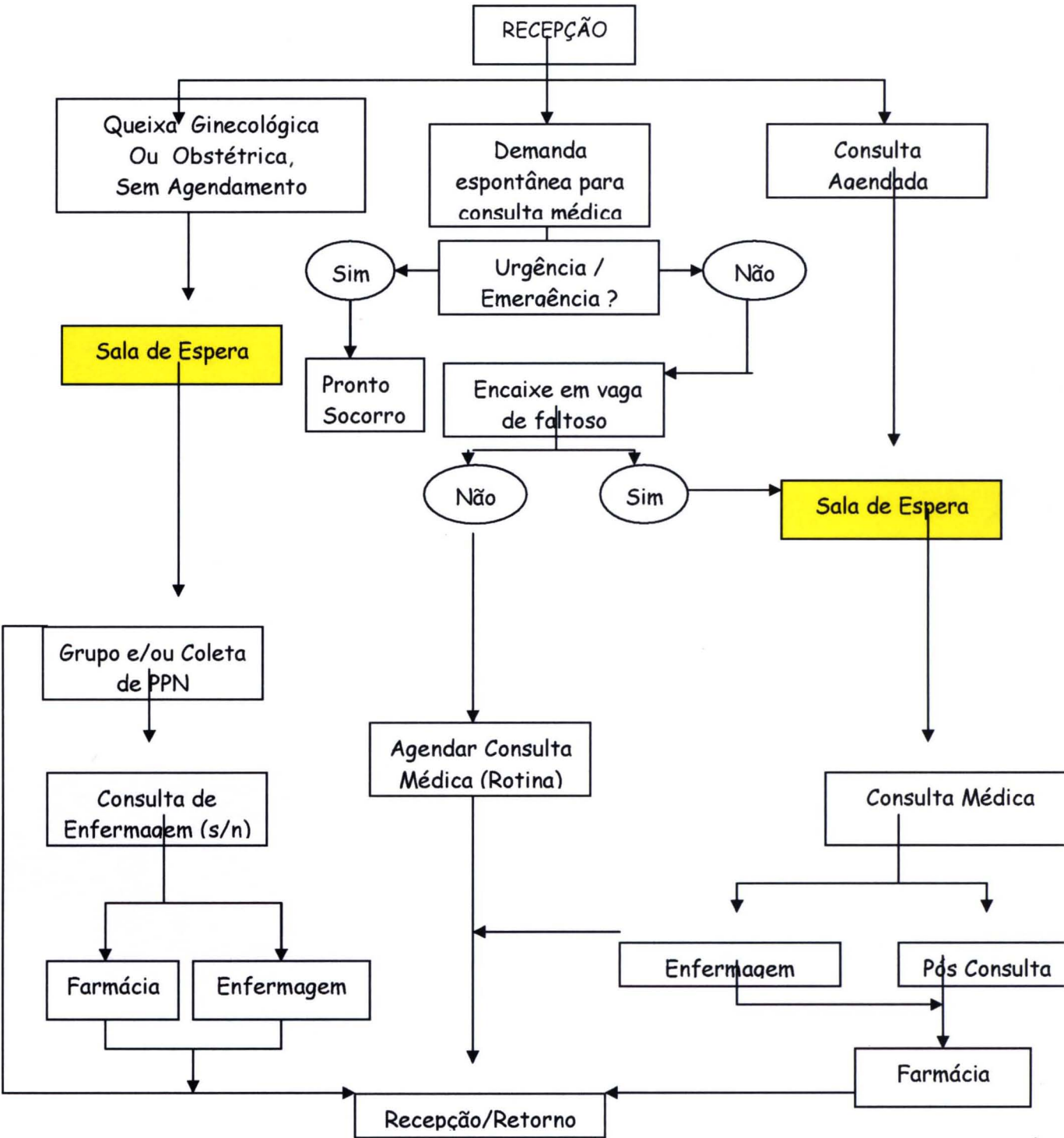


Figura 4: FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE PARQUE JOÃO RAMALHO

3.6.3. A execução do campo da pesquisa

Esta etapa concretizou-se através da aplicação de entrevistas às usuárias de três serviços de atenção primária à saúde, que se enquadraram nos critérios definidos para o estudo, entre 7 e 11 de agosto de 2001.

Na semana anterior, uma visita foi realizada a cada um dos serviços, para levantamento das agendas da semana prevista para o estudo, segundo critérios de elegibilidade. Este procedimento demonstrou a existência de demanda suficiente para a execução da coleta de dados, além de possibilitar o planejamento da logística do trabalho de campo.

Foram destacadas nove pesquisadoras para a execução do trabalho de campo: 06 entrevistadoras e 03 supervisoras, uma para cada serviço. Ressaltamos que as supervisoras também desempenharam o papel de entrevistadoras, de acordo com a dinâmica do atendimento no serviço.

Durante esta semana, as entrevistadoras apresentaram-se ao serviço para o qual estavam escaladas, imediatamente no início do atendimento, lá permanecendo durante todo o período de seu funcionamento, ou até o término do atendimento nas áreas relacionadas ao estudo.

Conforme acordo com a recepção da unidade de saúde, todas as mulheres agendadas para consulta em clínica médica, ginecologia, obstetrícia ou para exame de Papanicolaou, após os procedimentos administrativos de praxe, eram encaminhadas à sala de espera onde se encontravam as entrevistadoras.

A cada novo grupo de mulheres que chegava à sala de espera, uma das pesquisadoras as convidava a participar da pesquisa e prestava esclarecimentos ao grupo sobre procedência do estudo, temática a ser investigada, importância para as políticas públicas de proteção às mulheres, tempo estimado para as entrevistas, entre outros.

Foi disponibilizada uma sala ou uma área reservada nas proximidades da sala de espera e dos consultórios, para que as entrevistas fossem realizadas com privacidade.

Conforme entendimentos com os médicos, caso a usuária fosse chamada para a consulta no momento em que estava sendo entrevistada, a próxima da lista seria atendida; ela seria encaixada imediatamente após o término da entrevista e da consulta que estava sendo realizada. Por outro lado, caso a próxima da lista se enquadrasse nos critérios de elegibilidade, ela seria entrevistada imediatamente após o término da consulta.

As entrevistas foram efetuadas preferencialmente no momento anterior ao atendimento, exceto nos casos dos três primeiros agendamentos do período; estas mulheres foram solicitadas a aguardar por alguns minutos, para que a entrevista fosse feita logo a seguir.

Antes de iniciar a entrevista, a entrevistadora complementava o rol de informações acerca da confidencialidade das informações, aspectos éticos do estudo (relacionados mais adiante) e sobre a possibilidade de interrupção da entrevista a qualquer momento por decisão da própria usuária.

3.6.4. O controle da qualidade das informações

Na semana anterior à coleta de dados, os questionários foram numerados segundo uma seqüência selecionada para o núcleo de Santo André, respectivamente distribuída a cada um dos serviços. Com base no sorteio utilizado para a distribuição da amostra, cada serviço recebeu uma seqüência numérica compatível com sua respectiva amostra.

O controle da distribuição dos questionários às entrevistadoras, a checagem após a entrevista, bem como o controle dos consentimentos informados, ficaram sob responsabilidade das supervisoras de cada campo.

Não foi necessária a supervisão direta das entrevistas, face à experiência das entrevistadoras, que já haviam participado da coleta de dados na maioria dos núcleos da pesquisa. Destaca-se inclusive, que às entrevistadoras foi

dispensada rigorosa atenção, desde o criterioso processo de seleção até o processo de capacitação e suporte psicológico.

Cada uma das supervisoras executou a re Checagem dos questionários referentes ao campo da outra. Foi realizada nova revisão pela equipe central da pesquisa FAPESP. Não foi necessário nenhum retorno para entrevista.

Acrescenta-se que não houve recusas e nem desistências das participantes durante a coleta de dados.

A codificação final dos questionários, bem como a digitação do banco de dados, foram realizadas por equipe especializada.

O adequado desempenho do campo também foi garantido por meio de supervisões semanais das equipes pela coordenação da pesquisa de SCHRAIBER e col. (1999b).

3.7. Variáveis

3.7.1. Variáveis dependentes

Foram selecionadas como variáveis dependentes: **violência física e/ou sexual pelo parceiro íntimo atual ou anterior, alguma vez na vida**. Estas variáveis foram investigadas segundo gravidade dos atos perpetrados, de acordo com a escala de gradação de atos de violência perpetrados, utilizada no estudo multipaíses da OMS sobre saúde da mulher e violência (SCHRAIBER E COL. 2002b).

3.7.2. Variáveis Explanatórias

As variáveis explanatórias foram categorizadas em três grandes grupos, cada um representando um plano de análise e interpretação dos resultados,

dentre os quais: a) **características sociodemográficas**; b) **questões de saúde sexual/reprodutiva** e c) **de parceria**.

Seguem abaixo alguns esclarecimentos mais específicos, bem como aspectos relacionados às categorias utilizadas para a análise dos dados.

3.7.2.1 Características sociodemográficas

- *Idade*: Conforme abordagem sobre a data de nascimento auto-referida, foi calculada a idade na ocasião da entrevista, e para fins de análise criaram-se sete categorias, de 15 a 19 anos; 20 a 24 anos; 25 a 29 anos; 30 a 34 anos; 35 a 39 anos; 40 a 49 anos.
- *Cor da pele*: auto-referida, foi categorizada em branca, preta e mestiça (pardas, orientais, indígenas e outras).
- *Religião*: Também auto-referida, foram categorizadas em católica, evangélica (histórica e pentecostal), sem religião e outras (judaica, muçulmana espírita Kardecista, umbanda, candomblé). Foi admitida a possibilidade de resposta múltipla.
- *Escolaridade*: O instrumento permitiu abordagem direta sobre analfabetismo, através da pergunta: *Sabe ler e escrever?*. Caso negativo já se partia para outra pergunta. Em caso positivo seguiam-se dois grupos de perguntas: *Já frequentou a escola? Até que série estudou?* As respostas divididas em quatro categorias: sem estudo; de 1 a 3 anos de estudo; de 4 a 6 anos de estudo e 7 anos ou mais de estudo.
- *Ocupação*: Foram criadas as seguintes categorias: do lar; empregada doméstica; estudante; autônoma; desempregada e outras (onde também foi incluída a categoria trabalhadora esporádica).
- *Nível socioeconômico*: Adotou-se o critério de classificação da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisas de Mercado (ANEP 2001), que utiliza um sistema de pontuação resultante da combinação do nível de instrução do

chefe da família com a posse de bens de consumo duráveis (eletroeletrônicos em geral). Conforme a pontuação obtida, o nível socioeconômico é classificado em cinco classes A a E. Para esta análise foi considerada a escolaridade do companheiro quando a entrevistada relatou ser casada ou viver em regime de união consensual, caso contrário foi utilizada sua própria escolaridade para a classificação.

- *Tipo de moradia:* Para descrever esta variável foram utilizadas as opções casa/apartamento; quintal comum; cortiço; barraco; mora no emprego; moradora de rua e outros tipos de moradia para resposta única.
- *Condições de moradia:* Esta variável refere-se às condições de posse sobre o local onde a entrevistada reside, ou seja se o imóvel é próprio, alugado, cedido ou invadido.
- *Local de moradia:* categorizado em favela; bairro; conjunto habitacional; casa popular; casa de apoio; albergue e outros
- *Origem:* Definida conforme a unidade da federação de origem.

3.7.2.2. Questões de saúde sexual e reprodutiva

- *Idade de início da atividade sexual:* com o intuito de se verificar o início precoce da atividade sexual e com base nos resultados obtidos, foram criadas as categorias sem relações sexuais; início entre 12 e 14 anos; de 15 a 19 anos; de 20 a 24 anos; de 25 a 29 anos; de 30 a 34 anos; de 35 a 39 anos e não sabe referir.
- *Gravidez:* utilizada para descrever as mulheres que referiram estar grávidas durante o período de aplicação das entrevistas.
- *Gravidez anterior:* baseou-se no número de gestações e abortamentos anteriores auto-referidos.
- *Número de filhos vivos:* foi considerada pela importância na avaliação da saúde reprodutiva de forma combinada com as demais informações.

- *Abortamentos*: baseou-se na informação sobre o número de abortamentos referidos.
- *Uso de métodos contraceptivos*: foi feita a questão sobre o uso atual de método contraceptivo. A abordagem foi feita através da leitura do rol de métodos, permitindo-se resposta múltipla. As categorias de análise consideradas foram: nunca tiveram relação sexual; não usa contracepção; está grávida; DIU; contraceptivo oral; contraceptivo injetável; laqueadura; vasectomia; condom; métodos naturais; não se aplica para aquelas mulheres submetidas à histerectomia, são inférteis, ou outra circunstância e outros para aquelas que não encontraram opção dentre o rol apresentado.
- *Recusa de uso do condon*: definida pela recusa por parte do parceiro, caso a entrevistada tenha oferecido, em algum momento da vida, para fins de proteção contra DST/AIDS.
- *Testagem para o HIV*: foi investigado se a entrevistada submeteu-se à testagem alguma vez na vida, sem necessidade de revelar o resultado. Esta categoria de análise foi considerada relevante para a compreensão de sua saúde sexual e reprodutiva.

3.7.2.3. Questões relacionadas à parceria

- *Situação Marital*: Casada ou em união consensual; sem parceiro; com parceiro mas não vivem juntos; com parceiro mas sem vida sexual. Nesta última categoria foram incluídas as mulheres que ainda não iniciaram atividade sexual.
- *Idade do Companheiro*: distribuídas em quatro categorias, conforme intervalo utilizado para a idade da entrevistada até a idade máxima identificada, que foi 65 anos: 15 a 34 anos; 35 a 44 anos; 45 a 65 anos e idade ignorada.

- *Ocupação do companheiro:* foi classificada em doméstico, trabalhador de empresa ou autônomo, desempregado, trabalhador esporádico; outros; não sabe referir.
- *Escolaridade do companheiro:* foi adotado o mesmo critério de classificação utilizada para descrever a escolaridade da entrevistada, acrescentando-se as categorias sem parceiro e não sabe referir.
- *Motivo da saída da casa onde foi criada:* investigado segundo as categorias: ainda vive na casa; para viver com o parceiro, inclusive se porque engravidou; para morar sozinha ou no emprego; para morar em São Paulo; violência ou conflitos familiares (agressão entre os pais, agressão contra ela, foi expulsa, outros conflitos familiares) e outros motivos (resolveu morar sozinha e outros).

3.8. Análise estatística

O banco de dados foi construído a partir do programa FOXPRO 2.6 para Windows e o tratamento estatístico foi feito através do programa STATA 6 (STATA CORP, 1997).

Por meio de estatística descritiva, as mulheres foram caracterizadas quanto ao perfil sociodemográfico, de saúde sexual e reprodutiva e de parceria. Foram utilizados testes de associação pelo Qui-quadrado de Pearson para comparação entre os grupos de mulheres que relataram e que não relataram violência física ou sexual perpetrada pelo parceiro íntimo alguma vez na vida, bem como a gravidade destes episódios.

Os valores médios apresentados foram testados quanto à normalidade de sua distribuição, através dos parâmetros de assimetria e curtose (HAMILTON, 1998).

As variáveis que tiveram distribuição anormal foram apresentadas conforme seus valores medianos, apreendidos dentro dos limites: mínimo,

máximo, P25 e P75. Tendo em vista a distribuição da amostra, optou-se pelo teste de hipótese não-paramétrico de Kruskal-Wallis para comparação da diferença entre os valores medianos (HULLEY e CUMMINGS 1988; HAMILTON 1998).

Em todas as análises, utilizou-se o nível de significância de 5%.

3.9. Aspectos éticos

A pesquisa de SCHRAIBER e col. (2003) , que originou a presente investigação, obteve aprovação do Comitê de Ética da Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP (Anexo III), cuja cópia segue ao final deste projeto. Foi utilizado o consentimento informado previamente à coleta de dados (Anexo I).

Por ser, então, uma pesquisa em “tema sensível”, foram recomendáveis outros procedimentos de natureza ética, a saber:

- Suportes assistenciais aos casos identificados de mulheres em situação de violência e que requeiram assistência;
- Suportes de natureza psicológica e ética aos pesquisadores de campo, tanto em termos de seu treinamento específico como de supervisão técnica e apoio psico-emocional;
- Valer-se da pesquisa como um momento de educação e valorização dos direitos humanos, tanto por meio de um consentimento pós-informação, elaborado com os cuidados éticos e informativos, quanto por meio da entrega de materiais educativos e brindes éticos que possam disseminar noções e informações quanto aos direitos humanos universais, direitos das mulheres em particular e símbolos da paz, como forma de estímulo a engajamentos em campanhas e movimentos em prol da cidadania.

Esta é a razão pela qual foi incluído na pesquisa de SCHRAIBER e col. (2003), a distribuição de guias de serviços em formato e linguagem especialmente elaborados para esta delicada situação, e que preserva a segurança das mulheres em situação de violência identificada. Foi garantida

também, a distribuição de materiais simultaneamente educativos e motivadores simbólicos, para adesão aos direitos humanos (Anexo IV).

Lembra-se que todas as entrevistas foram realizadas em ambiente propício ao sigilo e privacidade das usuárias, que poderão interromper a entrevista a qualquer momento.

Na finalização da investigação, os resultados do estudo foram disponibilizados à Secretaria de Saúde de Santo André e demais instâncias competentes. As equipes de saúde que contribuíram para a realização do trabalho, também receberam uma síntese dos principais achados da pesquisa.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. Características sociodemográficas da amostra

A distribuição da amostra, segundo faixa etária, identificou idade mediana de 31,8 anos (Máx.=15,4; Mín.=49,9; P25%=23,5; P75%=39,4), conforme a Tabela 1.

Cerca de uma em cada duas mulheres entrevistadas autotranscreveu-se como branca, seguida pelas mestiças (35,6%) e pelas negras (9,5%). Nenhuma mulher referiu cor da pele amarela.

A escolaridade mediana foi de 6,5 anos (Máx.=0 / Mín.=13; P25%=4; P75%=9).

A religião predominante é a católica (58,5%), destacando-se a seguir, a religião evangélica (26,2%). Nenhuma mulher declarou-se adepta do candomblé ou da religião muçulmana (Tabela 1).

As mulheres sem renda própria constituem o maior grupo da amostra. Destas, 40,6% são donas de casa e 19,5% estão desempregadas. As empregadas domésticas (13,7%) e as trabalhadoras autônomas (19,2%), também constituem grupos com proporção considerável (Tabela 1).

A caracterização do nível socioeconômico da amostra revelou que a maioria das mulheres pertence às classes C e D, predominantemente a classe D, segundo critério da ANEP (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos entrevistadas no município de Santo André, segundo características sociodemográficas, 2001.

Variável	N	%	IC95%
Idade (anos)			
15 -- 19	39	11,9	8,6-15,9
20 -- 24	57	17,4	13,4-21,9
25 -- 29	53	16,1	12,3-20,6
30 -- 34	52	15,9	12,1-20,3
35 -- 39	50	15,2	11,5-19,6
40 -- 44	36	11,0	7,8-14,9
45 -- 49	41	12,5	9,1-16,6
Escolaridade(anos)			
7 -- +	164	50,0	44,5-55,5
4 -- 6	113	34,5	29,3-39,9
1 -- 3	28	8,5	5,7-12,1
Sem estudo	23	7,0	4,5-10,7
Cor da Pele			
Branças	180	54,9	49,3-60,4
Mestiças	117	35,7	30,5-41,1
Pretas	31	9,5	6,5-13,1
Religião			
Católica	192	58,5	53,0-63,9
Evangélica (*)	86	26,2	21,5-31,3
Sem Religião	32	9,8	6,8-13,5
Outras	18	5,5	3,3-8,5
Ocupação			
Do Lar	133	40,6	35,2-46,1
Desempregada	64	19,5	15,4-24,2
Autônoma	63	19,2	15,1-23,9
Emp. Domes.	45	13,7	10,2-17,9
Estudante	17	5,2	3,0-8,2
Outras	6	1,8	0,7-3,9
Nível socioeconômico			
Classe A/B	27	8,2	5,5 - 11,8
Classe C	134	40,9	35,5 - 46,4
Classe D	152	46,3	40,8 - 51,9
Classe E	15	4,6	5,5 - 11,8
Origem (UF)			
SP	149	45,4	39,9 -51,0
BA	46	14,0	10,5 -18,3
PE	39	11,9	8,6 -15,8
MG	24	7,3	4,7- 10,7
PI	19	5,8	3,5 - 8,9
PR	12	3,7	1,9 - 6,3
PB	10	3,1	1,5 - 5,5
CE	10	3,1	1,5 - 5,5
AL	6	1,8	0,6 - 3,9
Outros (**)	13	3,9	2,1 - 6,7
TOTAL (**)	328	100,0	

(*) Histórica e Pentecostal (**) SE, RJ, RN, SC, MS, MA, GO

(**) Totais por categorias = 328

A amostra também foi analisada segundo o estado de origem. A grande maioria (45,4%) é proveniente de São Paulo, da Bahia (14,0%) e de Pernambuco (11,9%). Do total da amostra, 22,6% corresponde a mulheres que nasceram no município de Santo André. Em relação às originárias de São Paulo destaca-se que, exatamente a metade nasceu e mora em Santo André.

No que se refere à moradia, observou-se que 78,4% das mulheres residem em casas ou em apartamentos e 14,6% em barracos. Dentre o total de mulheres entrevistadas, 57% declararam residir em imóvel próprio. Cerca de 60% delas informaram morar em bairros e 28,7% em favela.

4.2. Característica da parceria afetiva ou sexual

Das 328 mulheres elegíveis para o estudo, 268 (81,7%) relataram ter parceria afetiva/sexual. Cabe ressaltar que duas mulheres (0,6%) informaram apenas parceria afetiva. Ou seja, sem relação sexual com os parceiros atuais até aquele momento.

Dentre as mulheres que relataram parceria, 236 (72%) eram casadas ou estavam vivendo com o companheiro no momento da entrevista. Foi observado que o tempo mediano de união é de 5 anos (Mín.=0; Máx.=30; P25%=1; P75%=12 anos). Nenhuma mulher referiu parceria afetiva e/ou sexual com outra mulher.

Os parceiros das mulheres entrevistadas têm idade mediana de 30 anos (Mín.=0; Máx.=62; P25%=23; P75%=39 anos). Cerca de 39% deles têm mais de seis anos de estudo (mediana=5 anos; Mín.=0; Máx.=15; P25%=1; P75%=8 anos) e 65,9% trabalham como autônomos. Ressalta-se o fato de apenas 8,2% dos homens estarem desempregados em contraposição ao percentual de 19,5% de mulheres desempregadas.

Cabe ainda destacar que mais da metade das mulheres saíram da casa onde foram criadas para viver com o parceiro (Tabela 2). Destas, 10,7% porque estavam grávidas.

Tabela 2: Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos entrevistadas no município de Santo André, segundo os motivos relacionados à saída da casa onde foi criada, 2001.

Motivo	Frequência	%	F.A.
Viver com o parceiro	187	57.0	57.0
Não saiu de casa	51	15.6	72.6
Morar em São Paulo	42	12.8	85.4
Morar só ou no emprego	20	6.0	91.4
Violência/conflito intra-familiar (*)	14	4.3	95.7
Outros motivos	14	4.3	100.0
Total	328	100.0	

(*) agressão entre os pais, contra ela, expulsão de casa, outros conflitos.

4.3. Perfil da saúde sexual e reprodutiva das mulheres

A idade mediana da primeira relação sexual foi de 17 anos (Mín.=12; Máx.=36; P25%=15; P75%=20 anos).

Com relação ao passado obstétrico, 293 mulheres (89,3%) já engravidaram alguma vez. Até 50% delas engravidaram 2 vezes e tiveram 2 filhos vivos (Mín.=0; Máx.=13; P25%=1; P75%=3). Cerca de 30% (96 mulheres) relataram história de abortamento. Ao todo, 162 (49,4%) mulheres estavam grávidas no momento das entrevistas.

Os três métodos contraceptivos mais utilizados pelas 166 mulheres que evitavam a gravidez foram: a pílula (29,5%), o condom (23,5%) e a laqueadura (22,9%).

Tabela 3: Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos entrevistadas no município de Santo André, segundo método utilizado para contracepção, 2001.

Método	Frequência	%	IC 95%
Pílula	49	14,9	11,3 – 19,3
Condom	39	11,9	8,6 – 15,9
Laqueadura	38	11,6	8,3 – 15,6
Vasectomia	16	4,9	2,8 – 7,8
Injetável	11	3,4	1,7 – 5,9
Natural	8	2,4	1,1 - 4,7
Outros	3	0,9	0,2– 2,6
DIU	2	0,6	0,1– 2,1
Não se aplica (Gestantes)	162	49,4	43,9 – 54,9
Total	328	100,0	

O uso de condom foi referido como resposta múltipla em cinco casos, um associado ao DIU, outro à laqueadura e três à pílula.

O uso do condom também foi avaliado no quesito proteção contra doenças sexualmente transmissíveis. Foi observado que 169 mulheres (51,5%) já haviam solicitado ao seu parceiro atual ou anterior que utilizasse condom com este objetivo. Para 26,5% do total das entrevistadas, o parceiro recusou-se a utilizar condom para a prevenção de alguma doença.

A abordagem sobre o conhecimento acerca de testagem anterior para o HIV identificou que 161 mulheres (49,1%) já tinham feito o teste alguma vez na vida e apenas 9 (2,7%) desconheciam o fato de terem sido testadas. Entre as grávidas, 40% declaram a realização deste exame.

4.4. Mulheres em situação de violência física ou sexual

Violência física ou sexual foi relatada por 132 mulheres (40,2%; IC95%=34,9-45,6%) em algum momento de suas vidas. Dentre as mulheres elegíveis (n=328), 29 usuárias (8,8%; IC95%=6,0-12,5) informaram episódio de violência física ou sexual perpetrada pelo parceiro íntimo nos últimos 12 meses. Isto significa que em cada cinco casos de mulheres que relataram violência física ou sexual, um ocorreu no último ano.

As Figuras 5 e 6 apresentam a distribuição de mulheres que relataram violência na vida e no último ano, de acordo com as diferentes conjugações de violência observadas.

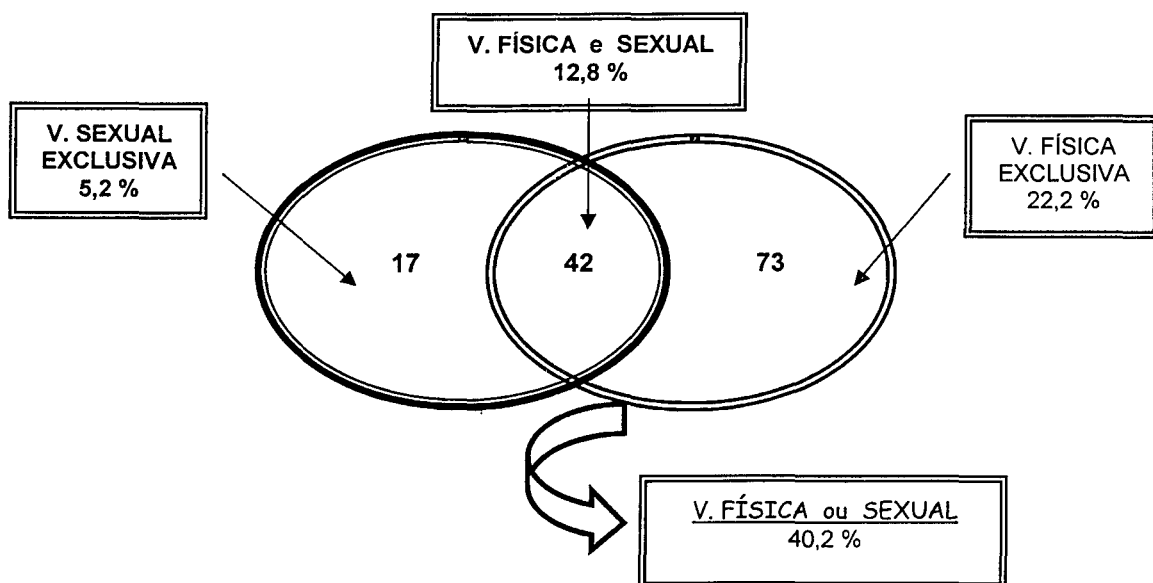


Figura 5: Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos que relataram episódio de violência física e/ou sexual perpetrada pelo parceiro alguma vez na vida, segundo as conjugações de violência. Santo André, 2001. (n=328)

Constatou-se que a violência física (115 casos; 35% da amostra) constitui parcela significativa dos atos perpetrados pelo parceiro. Ou seja, dentre o total de casos de violência física ou sexual relatados (n=132), 87% correspondem a casos de violência física.

Contudo, é relevante a magnitude da violência sexual (59 casos; 18% da amostra) correspondente a aproximadamente 45% do total de casos de violência relatados.

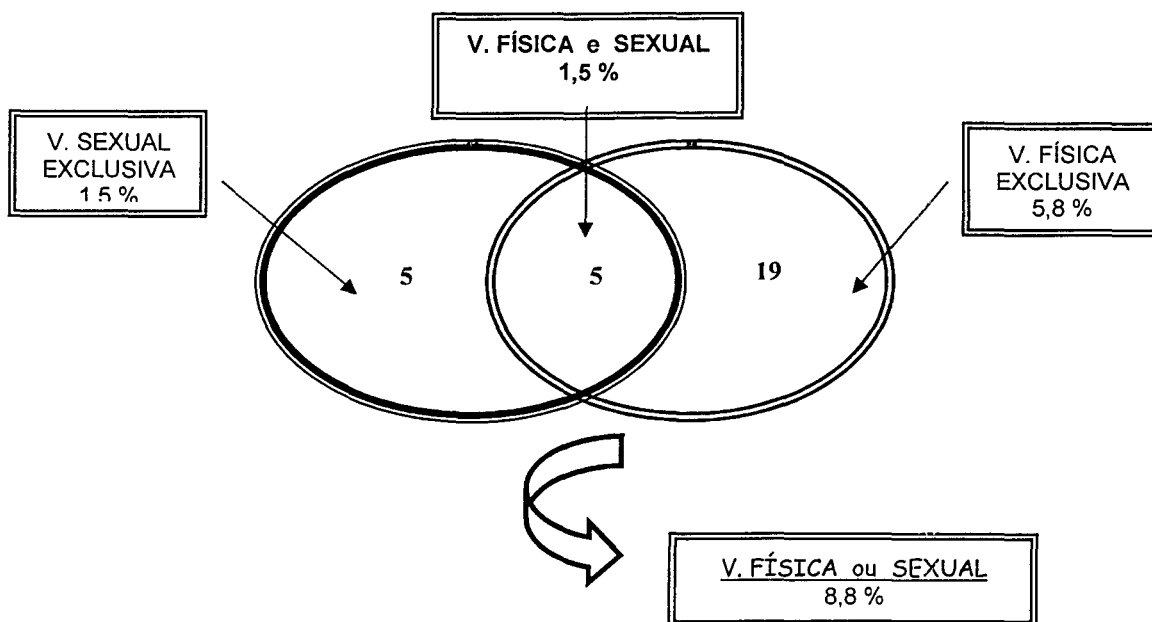


Figura 6: Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos que relataram episódio de violência física e/ou sexual perpetrada pelo parceiro nos últimos 12 meses, segundo as conjugações de violência. Santo André, 2001. (n=328)

A Figura 6 mostra que 10 mulheres (3%) referiram violência sexual nos últimos 12 meses, 4 (40%) das quais alegaram que o parceiro atual ou anterior forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante. Embora esta modalidade esteja sujeita a interpretações distintas, tendo em vista o componente sociocultural implícito nesta prática, deve ser ressaltada a magnitude deste tipo de ocorrência.

4.5 Violência física ou sexual pelo parceiro íntimo segundo características sociodemográficas

A Tabela 4 apresenta a sistematização dos principais resultados das diferenças das características sociodemográficas entre as mulheres que

relataram episódio de violência pelo parceiro íntimo alguma vez na vida e daquelas que negaram este tipo de ocorrência .

A mediana da idade das mulheres que relataram violência física ou sexual perpetrada pelo parceiro íntimo foi de 34,8 anos, superior às medianas de idade da amostra (31,8 anos) e das mulheres que não relataram violência (29,2 anos - Teste de Kruskal Wallis: $\chi^2= 13,96$ e $p < 0,0005$).

A mediana do nível de escolaridade entre as mulheres que relataram violência foi de 5,5 anos, menor que as medianas de escolaridade observadas na amostra (6,5 anos) e no outro grupo (7 anos -Teste de Kruskal Wallis: $\chi^2= 6,69$ e $p < 0,01$).

Foi observada diferença nas proporções de violência de acordo com a religião, com aumento das ocorrências entre as evangélicas e menor entre as católicas, mulheres sem prática religiosa e praticantes de outras religiões.

A maioria das mulheres deste grupo é branca (54,9%) e 35,7% é mestiça. Não houve diferença estatística com relação à cor da pele para a ocorrência de violência.

Das 132 mulheres que relataram violência, 50 (37,9%) são donas de casa e 21,2% (28 mulheres) estão desempregadas. Não houve diferença entre as mulheres que sofreram ou não violência alguma vez na vida com relação à ocupação.

A distribuição da amostra de mulheres que relataram violência com relação à variável nível socioeconômico revelou que cerca de 54% delas pertencem à classe D, enquanto que a proporção de mulheres sem história de violência pelo parceiro íntimo nesta mesma classe é menor (41,3%). Esta diferença foi significativa em um nível de significância menor que 5%.

Tabela 4: Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos que relataram violência física e sexual perpetrada pelo parceiro íntimo, segundo características sociodemográficas. Santo André, 2001.

Variável	Mulheres com Violência		Mulheres sem Violência	
	N	%	N	%
Idade (anos) ($\chi^2= 16,32$; $p<0,05$)				
15 -- 19	7	5,3	32	16,3
20 -- 24	18	13,6	39	19,9
25 -- 29	20	15,2	33	16,8
30 -- 34	23	17,4	29	14,8
35 -- 39	24	18,1	26	13,3
40 -- 44	20	15,2	16	8,2
45 -- 49	20	15,2	21	10,7
Escolaridade(anos) ($\chi^2= 8,12$; $p<0,05$)				
7 -- +	55	41,7	109	55,6
4 -- 6	49	37,1	64	32,7
1 -- 3	15	11,3	13	6,6
Sem estudo	13	9,9	10	5,1
Cor da Pele ($\chi^2= 1,03$; $p>0,5$)				
Branças	68	51,5	112	57,1
Mestiças	51	38,6	66	33,7
Pretas	13	9,9	18	9,2
Religião ($\chi^2= 10,38$; $p<0,05$)				
Católica	64	48,5	128	65,3
Evangélica (*)	46	34,9	40	20,4
Sem religião	14	10,6	18	9,2
Outras	8	6,0	10	5,1
Ocupação ($\chi^2= 3,07$; $p>0,5$)				
Do Lar	50	37,9	83	42,4
Desempregada	28	21,2	36	18,4
Autônoma	25	18,9	38	19,4
Emp. Domes.	22	16,7	23	11,7
Estudante	5	3,8	12	6,1
Outras	2	1,5	4	2,0
Nível socioeconômico ($\chi^2= 12,01$; $p<0,05$)				
Classe A/B	5	3,8	22	11,2
Classe C	47	35,6	87	44,4
Classe D	71	53,8	81	41,3
Classe E	9	6,8	6	3,1

Origem (UF)				
$(\chi^2= 11,19; p<0,05)$				
SP	50	37,9	99	50,5
BA	20	15,2	26	13,3
PE	16	12,1	23	11,7
MG	14	10,6	10	5,1
PI	5	3,8	14	7,2
Outras (**)	27	20,4	24	12,2
TOTAL (***)	132	40,2	196	59,8

Utilizado o Teste Qui-quadrado.

(*) Histórica e Pentecostal

(**)AL, PB, PR, CE, GO, MA, MS, RJ, RN, SC, SE.

(***) Totais por categoria = 328

As principais Unidades da Federação, caracterizadas pela origem destas mulheres são: São Paulo, Bahia, Pernambuco e Minas Gerais. A proporção de migrantes mostrou-se maior entre as mulheres em situação de violência (62,1%), do que entre as mulheres que negaram violência perpetrada pelo parceiro íntimo (49,5%). Foi observada diferença estatisticamente significativa em relação à ocorrência de violência entre as mulheres não nascidas em Santo André ($\chi^2= 6,94$ e $p< 0,01$)

No que tange às condições de moradia, notou-se que 74,2% das usuárias que relataram episódio de violência alguma vez na vida, residem em casa ou apartamento. Destas, 56,8% têm casa própria, que em 54,6% dos casos estão localizadas em bairros. A proporção de mulheres em situação de violência que declararam morar em favelas foi de 37,8%, tendo sido identificada diferença estatisticamente significativa para a ocorrência de violência neste grupo ($\chi^2= 9,74; p<0,05$).

4.6. Violência física ou sexual segundo características do parceiro

Constatou-se que a proporção de mulheres sem parceiros é maior entre aquelas que declararam violência alguma vez na vida ($\chi^2= 7,04; p<0,05$). As que estão casadas ou vivem com o parceiro (69,7%), têm mediana de 6 anos de

união (Min.: menos de 1 ano; Máx.=30 anos; P25%= 7,5 meses;P75%=13 anos).

Seu parceiro tem idade mediana de 32 anos (Mín.=18; Máx.=59; P25%= 21,5;P75%=40 anos) e 5 anos de estudo (Mín.=1; Máx.=14; P25%= 4;P75%=8 anos), compatíveis com as características observadas na amostra. No grupo de mulheres que negaram violência, notou-se predomínio de parceiros íntimos na faixa etária de 15 a 34 anos e maior proporção de homens entre 35 e 44 anos no outro grupo.

Não foi observada diferença estatisticamente significativa com relação à escolaridade dos parceiros entre os grupos de mulheres, com violência e sem violência.

Observa-se que as mulheres, em situação de violência atual ou pregressa, tendem a desconhecer a ocupação dos seus companheiros, havendo maior proporção de desempregados neste grupo, conforme se observa na Tabela 5.

Entre os motivos que levaram as usuárias a sair da casa onde foram criadas, destacaram-se para casar ou viver com o companheiro (19,7% porque estavam grávidas); para trabalhar em São Paulo; e para morar sozinha ou no emprego (Tabela 5). Observou-se maior proporção de mulheres que negaram violência pelo parceiro, que ainda residem na casa onde foram criadas. Por outro lado, nota-se maior referência aos motivos “violência intra-familiar” e “para morar só ou no emprego”, entre as mulheres que relataram violência. (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos segundo relato de violência alguma vez na vida e principais características relacionadas à parceria afetiva e/ou sexual. Santo André, 2001.

Variável	Mulheres com Violência		Mulheres sem Violência	
	N	%	N	%
Parceria ($\chi^2= 7,04$; $p<0,05$)				
Vivendo com parceiro	92	69,7	144	73,4
Não vive com parceiro	9	6,8	25	12,8
Sem parceiro atualmente	31	23,5	27	13,8
Total	132	100	196	100
Idade do Parceiro (anos) ($\chi^2= 11,86$; $p<0,01$)				
15 -- 34	48	36,3	103	52,5
35 -- 44	36	27,3	36	18,4
45 -- 65	17	12,9	30	15,3
Ignorada	31	23,5	27	13,8
Total	132	100	196	100
Ocupação do Parceiro Atual (χ^2 de tendência = 5,57; $p<0,05$) (**)				
Empresa/Autônomo	76	75,3	140	82,8
Desempregado	15	14,9	12	7,1
Outros	6	5,9	8	4,7
Esporádico	1	1,0	5	3,0
Doméstico	1	1,0	4	2,4
Não sabe	2	1,9	0	0
Total	101	100	169	100
Motivos para saída da casa onde foi criada ($\chi^2= 23,38$; $p<0,01$)				
Viver com parceiro	76	57,6	111	56,6
Não saiu de casa	9	6,9	42	21,4
Morar em São Paulo	17	12,8	25	12,8
Morar só ou no emprego	14	10,7	6	3,0
Violência/conflito IF*	8	6,0	5	2,6
Outros Motivos	8	6,0	7	3,6
Total	132	100	196	100

(*) Intra-familiar: agressão entre os pais, contra ela, outros conflitos.

(**) n=270. Excluídas 58 mulheres sem parceiro atualmente.

4.7. Violência física ou sexual segundo características de sexualidade e reprodução das mulheres

A idade mediana do início da atividade sexual das mulheres em situação de violência, foi de 17 anos (Mín=12; Máx=32; P25%=15; P75%=20), assim como pode ser observado na amostra. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos com violência e sem violência ($\chi^2= 2,15$; $p>0,5$).

A maioria das mulheres com relatos de violência (96,2%) já engravidou alguma vez. A mediana observada foi de 3 gestações (Mín=0 ; Máx=15; P25%=2; P75%=4). Estas mulheres tiveram 2 filhos vivos (Mín=0 ; Máx=13; P25%=1; P75%=3). A proporção de mulheres em situação de violência que já engravidou foi maior em relação aos resultados observados entre as mulheres do outro grupo (84,7%) ($\chi^2= 10,97$; $p<0,05$). Também foi identificada diferença no número de filhos vivos ($\chi^2= 45,76$; $p<0,0001$) que foi maior no grupo de mulheres com violência.

Destaca-se que 59 mulheres (44,7%) do grupo com violência relataram história de abortamento. Por outro lado, apenas 37 mulheres (18,9%) que não sofreram violência pelo parceiro mencionaram episódio de abortamento ($\chi^2= 25,72$; $p<0,0001$).

Notou-se que 57 mulheres (43,2%) que referiram violência estavam grávidas na época das entrevistas. No outro grupo foram encontradas 105 gestantes (53,6%). Esta diferença não foi significativa ($p>0,05$; $\chi^2= 3,41$).

Conforme se observa na Tabela 6, também não houve diferença em relação ao padrão de uso de métodos contraceptivos segundo a ocorrência de violência.

Tabela 6: Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos segundo relato de violência alguma vez na vida e métodos utilizados para contracepção. Santo André, 2001.

Métodos Contraceptivos Utilizados	Mulheres com Violência		Mulheres sem Violência		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Pílula	20	15,2	29	31,9	49	14,9
Condom	15	12,2	24	26,3	39	11,9
Laqueadura	20	15,2	18	19,8	38	11,6
Vasectomia	10	7,6	6	6,6	16	4,9
Injetável	6	4,6	5	5,5	11	3,4
Naturais	2	1,5	6	6,6	8	2,4
Outros	2	1,5	3	3,3	5	1,5
Não se aplica (gestantes)	57	43,2	105	53,6	162	49,4
TOTAL	132	40,2	196	59,8	328	100,0

χ^2 Fischer= 11,42; $p>0,1$.

A solicitação de uso de condom para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis foi relatada por 63 mulheres (47,7%). Entretanto, em 34,9% dos casos, os parceiros se negaram a utilizá-lo. Entre aquelas que não relataram violência, apenas 20,9% reportaram o mesmo ($\chi^2= 7,85$; $p<0,006$).

Constatou-se que 63 usuárias (47,7%) do grupo que relatou violência já tinham realizado o teste anti-HIV alguma vez na vida, não sendo demonstrada diferença em relação ao “conhecimento acerca de testagem anterior para o HIV”, entre as mulheres que sofreram e que não sofreram violência ($\chi^2=0.2017$; $p>0.5$).

4.8. Caracterização da violência física segundo a severidade e frequência dos atos perpetrados

É fundamental caracterizar a severidade da violência física. Conforme exposto na metodologia, a violência física foi classificada como **moderada** (tapa ou arremesso de objetos, empurrão tranco ou chacoalhão) e **severa** (soco ou machucado com objeto, até chute ou surra, estrangulamento ou

queimadura e ameaça ou uso de arma). Sempre que as ocorrências foram moderadas e severas, os atos foram classificados como severos.

Dentre as mulheres entrevistadas 23% relataram violência severa alguma vez na vida, 7% dos casos ocorreram no último ano. Já a prevalência de violência moderada foi de 12% na vida e de 3% no último ano.

A Figura 7 mostra a distribuição dos atos de violência perpetrados pelos parceiros, segundo severidade em relação à época de ocorrência. Acrescenta-se que não houve diferença estatisticamente significativa em relação à severidade da violência ocorrida alguma vez na vida ou no último ano ($\chi^2=0.6$; $p>0.01$).

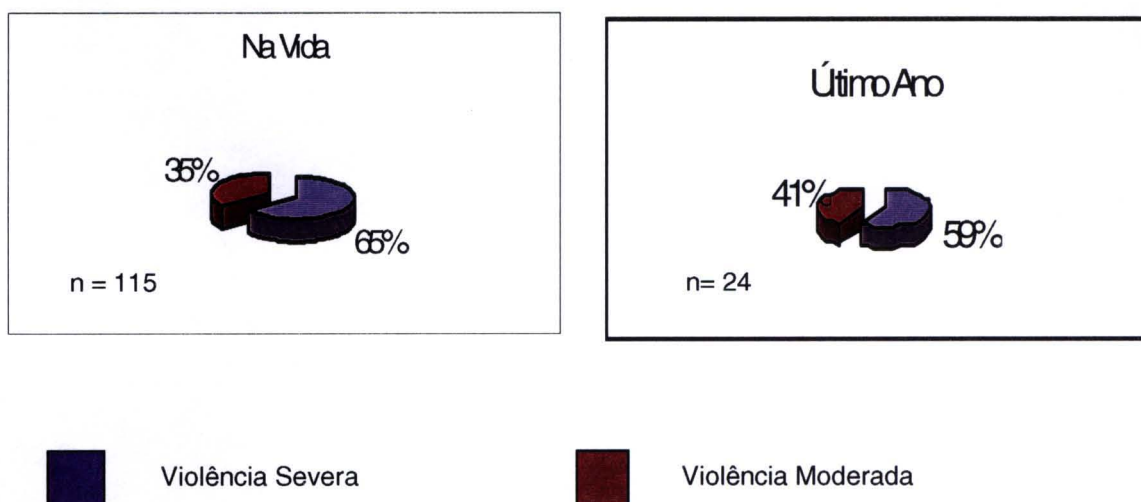


Figura 7: Distribuição das mulheres que sofreram violência física, segundo época da ocorrência e severidade dos atos perpetrados pelo parceiro.

Atos de violência severa perpetrados pelos parceiros agressores alguma vez na vida foram encontrados em maior proporção, entre as mulheres desempregadas e donas de casa ($\chi^2= 11,11$; $p<0,05$), conforme observa-se na Tabela 7. Por outro lado, esta diferença não foi estatisticamente significativa em se tratando de episódio de violência severa ocorrida no último ano ($\chi^2= 3,43$; $p>0,5$). Violência severa recente destacou-se entre as mulheres evangélicas ($\chi^2= 7,23$; $p<0,05$).

Tabela 7: Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos segundo relato do grau de severidade da violência física sofrida alguma vez na vida e principais características sociodemográficas. Santo André, 2001.

Variável	Violência Moderada		Violência Severa	
	N	%	N	%
Idade (anos) ($\chi^2= 5,09$; $p>0,5$)				
15 -- 19	3	50,0	3	50,0
20 -- 24	8	50,0	8	50,0
25 -- 29	5	26,3	14	73,7
30 -- 34	9	42,9	12	57,1
35 -- 39	4	22,2	14	77,8
40 -- 44	6	35,3	11	64,7
45 -- 49	5	27,8	13	72,2
Escolaridade(anos) ($\chi^2= 1,23$; $p>0,5$)				
7 -- +	5	41,7	7	58,3
4 -- 6	5	35,7	9	64,3
1 -- 3	12	28,6	30	71,4
Sem estudo	18	38,3	29	61,7
Cor da Pele ($\chi^2= 4,51$; $p>0,5$)				
Branças	18	30,5	41	69,5
Mestiças	16	34,0	31	66,0
Pretas	6	66,7	3	33,3
Religião ($\chi^2= 2,07$; $p>0,5$)				
Católica	21	38,2	34	61,8
Evangélica (*)	11	27,5	29	72,5
Sem religião	6	46,2	7	53,8
Outras	2	28,6	5	71,4
Ocupação ($\chi^2= 11,11$; $p<0,05$)				
Do Lar	14	31,1	31	68,9
Desempregada	7	38,9	11	61,1
Autônoma	5	100,0	0	0
Emp. Domes.	6	31,6	13	68,4
Estudante	0	0	2	100,0
Outras	8	30,8	18	69,2
Nível socioeconômico ($\chi^2= 2,39$; $p>0,1$)				
Classe A/B	2	40,0	3	60,0
Classe C	11	29,7	26	70,3
Classe D	26	39,4	40	60,6
Classe E	1	14,3	6	85,7

Origem (UF)				
$(\chi^2= 3,85; p>0,1)$				
SP	15	34,9	28	65,1
BA	8	44,4	10	55,6
PE	5	35,7	9	64,3
MG	3	23,1	10	76,9
PI	0	0	4	100,0
Outras (*)	9	39,1	14	60,9
Total (**)	40	34,8	75	65,2

Utilizado teste Qui-quadrado.

(**) Totais por categorias; Violência Moderada = 40 mulheres e Violência Severa = 75 mulheres.

Conforme se observa na Tabela 8, nenhuma das características de parceria mostraram diferenças estatisticamente significantes em relação à severidade da violência.

Tabela 8: Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos segundo relato do grau de severidade de violência sofrida alguma vez na vida e principais características de parceria. Santo André, 2001.

Variável	Violência Moderada		Violência Severa	
	N	%	N	%
Parceria				
$(\chi^2= 1,38; p>0,1)$				
Vivendo com parceiro	30	36,1	53	63,8
Não vive com parceiro	1	14,3	6	85,7
Sem parceiro atualmente	9	36,0	16	64,0
Idade do Parceiro (anos)				
$(\chi^2= 0,71; p>0,5)$				
15 -- 34	14	32,7	29	67,4
35 -- 44	12	40,0	12	60,0
45 -- 65	5	29,4	18	70,6
Ignorada	9	36,0	16	64,0
Ocupação do Parceiro Atual				
$(\chi^2= 3,48 p>0,5)$				
Doméstico	4	50,0	4	50,0
Empresa/Autônomo	2	28,6	5	71,4
Esporádico	9	25,7	26	74,3
Desempregado	12	37,5	20	62,5
Outros	4	50,0	4	50,0
Não sabe	9	36,0	16	64,0

Motivos para saída da casa onde foi criada ($\chi^2= 6,63$; $p<0,5$)				
Viver com parceiro	23	33,8	45	66,2
Não saiu de casa	3	50,0	3	50,0
Morar em São Paulo	5	35,7	9	64,3
Morar só ou no emprego	7	58,3	5	41,7
Violência/conflito IF*	1	12,5	7	87,5
Outros Motivos	1	14,3	6	85,7
TOTAL (**)	40	34,8	75	65,2

(*) Intra-familiar: agressão entre os pais, contra ela, outros conflitos.

(**) Totais por categorias; Violência Moderada = 40 mulheres e Violência Severa = 75 mulheres.

Com relação às características de saúde reprodutiva, foi identificado que cerca de 67% das mulheres que relataram violência severa já engravidaram uma vez ($\chi^2= 5,78$; $p<0,05$).

Todas as demais variáveis foram submetidas aos testes de hipóteses segundo a severidade dos atos perpetrados alguma vez na vida ou no último ano, não tendo sido observadas diferenças estatisticamente significantes.

Pode-se notar através das Tabelas 9 e 10, que os atos de violência física ou sexual praticados pelos parceiros íntimos tendem a ser freqüentes e repetitivos. Em se tratando de violência física, cerca de 60% dos casos ocorreram mais de uma vez. A violência sexual ocorreu muitas vezes no último ano e ou em outra fase da vida para metade das mulheres que relataram este tipo de agressão. Com relação à época de ocorrência, não houve diferenças estatisticamente significantes entre violência física ou sexual no último ano ou em outro período da vida das mulheres entrevistadas.

Também não foram observadas diferenças estatísticas em relação à freqüência da violência física ou sexual e as variáveis sociodemográficas, de parceria e sexuais/reprodutivas.

Tabela 9: Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos segundo relato de violência física segundo época de ocorrência e frequência dos atos perpetrados pelo parceiro íntimo. Santo André, 2001.

Frequência	VIOLÊNCIA FÍSICA NA VIDA ($\chi^2= 0,0014$; $p>0,5$) *				Total	
	Anterior ao último ano		Último ano		N	%
	N	%	N	%		
Uma vez	38	41,8	10	41,7	48	41,7
Poucas vezes	23	25,3	6	25,0	29	25,2
Muitas vezes	30	32,9	8	33,3	38	33,1
Total	91	100,0	24	100,0	115	100,0

* Teste exato de Fisher.

Tabela 10: Distribuição da amostra de mulheres de 15 a 49 anos segundo relato de violência sexual segundo época de ocorrência e frequência dos atos perpetrados pelo parceiro íntimo. Santo André, 2001.

Frequência	VIOLÊNCIA SEXUAL NA VIDA ($\chi^2= 0,3406$; $p>0,5$) *				Total	
	Anterior ao último ano		Último ano		N	%
	N	%	N	%		
Uma vez	11	22,5	3	30,0	14	23,7
Poucas vezes	13	26,5	2	20,0	15	25,4
Muitas vezes	25	51,0	5	50,0	30	50,9
Total	49	100,0	10	100,0	59	100,0

* Teste exato de Fisher.

Quadro 4: Relação de variáveis sociodemográficas, de parceria e sexuais/reprodutivas, segundo a significância observada nos resultados dos testes de hipóteses, em relação à ocorrência de violência na vida ou no último ano.

VARIÁVEIS	SIGNIFICANTE(*)		NÃO SIGNIFICANTE(**)	
	Na Vida	No último ano	Na Vida	No último ano
SOCIODEMOGRÁFICAS				
Idade	X	-	-	X
Ocupação	-	-	X	X
Escolaridade	X	-	-	X
Religião	X	-	-	X
Cor da pele	-	-	X	X
Nível socioeconômico	X	-	-	X
Origem	X	-	-	X
Nascer em Santo André	X	-	-	X
Tipo de moradia (casa/apartamento, quintal comum, barraco, no emprego, outros)	-	X	-	X
Local de moradia (bairro, favela, casa popular, outros)	X	-	-	X
PARCERIA				
Parceria	X	-	-	X
Idade do parceiro	-	-	X	X
Escolaridade do parceiro	-	-	X	X
Ocupação do parceiro	X	-	-	X
Motivos para saída de casa	X	-	-	X
SEXUAIS/REPRODUTIVAS				
Idade de início da atividade Sexual	-	-	X	X
Já engravidou	X	-	-	X
Número de filhos vivos	X	-	-	X
História de abortamento	X	-	-	X
Gravidez	-	-	X	X
Contracepção	-	-	X	X
Uso de condom para proteção contra doenças	-	-	X	X
Recusa do uso de condom pelo parceiro para proteção	X	-	-	X
Teste Anti-HIV	-	-	X	X

(*)Significante: $p < 0,05$

(**)Não Significante: $p \geq 0,05$

Quadro 5: Relação de variáveis sociodemográficas, de parceria e sexuais/reprodutivas, segundo a significância observada nos resultados dos testes de hipóteses, em relação à severidade da violência ocorrida na vida ou no último ano.

VARIÁVEIS	SIGNIFICANTE (*)		NÃO SIGNIFICANTE(**)	
	Na Vida	No último ano	Na Vida	No último ano
SOCIODEMOGRÁFICAS				
Idade	-	-	X	X
Ocupação	X	-	-	X
Escolaridade	-	-	X	X
Religião	-	X	X	-
Cor da pele	-	-	X	X
Nível socioeconômico	-	-	X	X
Origem	-	-	X	X
Nascer em Santo André	-	-	X	X
Tipo de moradia (casa/apartamento, quintal comum, barraco, no emprego, outros)	-	-	X	X
Local de moradia (bairro, favela, casa popular, outros)	-	-	X	X
PARCERIA				
Parceria	-	-	X	X
Idade do parceiro	-	-	X	X
Escolaridade do parceiro	-	-	X	X
Ocupação do parceiro	-	-	X	X
Motivos para saída de casa	-	-	X	X
SEXUAIS/REPRODUTIVAS				
Idade de início da atividade sexual	-	-	X	X
Já engravidou	X	-	-	X
Número de filhos vivos	-	-	X	X
História de abortamento	-	-	X	X
Gravidez	-	-	X	X
Contracepção	-	-	X	X
Uso de condom para proteção contra doenças	-	-	X	X
Recusa do uso de condom pelo parceiro para proteção	-	-	X	X
Teste Anti-HIV	-	-	X	X

(*)Significante: $p < 0,05$

(**)Não Significante: $p \geq 0,05$

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

5.1. Limites e potencialidades do estudo

Segundo SZKLO e NIETO (2000), a validade de um estudo está relacionada à identificação e compreensão de erros sistemáticos no desenho ou na condução do referido estudo. Para os autores, esta validação repousa em quatro categorias distintas: viés de seleção, viés de informação, viés de confusão e viés de publicação. Com base nestes referenciais, exceção feita aos dois últimos, que não guardam relação com os objetivos e procedimentos estatísticos adotados, apresentar-se-á uma análise do ponto de vista metodológico e ético da presente investigação.

Inicialmente, no que tange à população de estudo, cabe destacar que a faixa etária de 15 a 49 anos corresponde a um dos principais critérios de elegibilidade adotados. É esperado que estas mulheres em idade reprodutiva tenham parceria afetiva e sexual e portanto, que estejam mais vulneráveis à violência doméstica perpetrada pelo parceiro íntimo.

Além disso, a abordagem sobre a ocorrência de violência teve como base a experiência recente, ou seja, nos últimos 12 meses, e em algum outro momento da vida. Assim, pode-se estimar a magnitude do problema na vida destas mulheres, tendo em vista que este tipo de violência tem distintas repercussões ao longo de sua trajetória de vida, que aumentam com o número de episódios e a severidade dos atos praticados (ELLSBERG e col. 2001; CASTRO e RIQUELME 2003; SALTZMAN e col. 2000). Investigações focadas apenas na ocorrência de violência atual, por exemplo, podem implicar em subestimação do impacto deste mal social. Na medida em que a frequência e a severidade são menores, as mulheres tendem a desconsiderar tais ocorrências.

Em se tratando de um estudo realizado com usuárias de serviços de atenção primária à saúde, destaca-se que o desenho do estudo contemplou pré-requisitos compatíveis com este recorte, como a inclusão de usuárias habituais dos serviços

que procuraram espontaneamente por atenção básica à saúde, e a exclusão daquelas provenientes de demanda referenciada ou não matriculadas.

Há que se considerar a utilização de amostragem não probabilística consecutiva, um procedimento indicado para estudos desenvolvidos em serviços, face a dificuldades para o uso de amostragens probabilísticas, do ponto de vista financeiro, logístico, entre outras (HULLEY e CUMMINGS 1988). Segundo os autores, a amostragem consecutiva representa o melhor procedimento dentre os demais tipos de amostragem não probabilística. Vários autores brasileiros têm se utilizado da amostra consecutiva em estudos realizados no âmbito dos serviços (PAZ FILHO e col. 2001; GASPAR 2002; SANTOS e col. 2002). Amostras consecutivas apenas não são indicadas para estudos desenvolvidos durante um período insuficiente para representar fatores relacionados a sazonalidade ou tendência secular, fatores estes não existentes nesta investigação.

Contudo, amostras como esta têm a limitação de referirem-se não à clientela de um serviço com um todo, mas tão somente àquela que frequenta o serviço.

De acordo com este tipo de amostragem, a equipe da pesquisa convidou as mulheres que aguardavam pelo atendimento em sala de espera para participar do estudo. A receptividade das mulheres foi significativa. Credita-se a disponibilidade delas em colaborar, à forma de abordagem das entrevistadoras na sala de espera. Estas reforçaram a importância do trabalho para a melhoria da qualidade do atendimento pelos serviços de saúde. A temática da violência também pode ter representado um elemento motivador para a não desistência das mulheres durante a entrevista. Na medida em que a abordagem deste tema pelos profissionais de saúde não é usual, o momento das entrevistas representou um canal de escuta para aquelas mulheres, de reflexões sobre si mesmas, sobre experiências vividas e possíveis respostas a questões tidas como insolúveis.

Neste sentido, é importante analisar a taxa de resposta obtida. Esta informação permite um julgamento sobre a confiabilidade dos resultados apresentados. A maioria dos estudos publicados está acompanhada desta informação. As taxas de respostas em outros estudos têm variado entre 71,9% a 95,8% (MC CAULEY e col. 1995; BATES e col. 1995; KIRIACOU e col. 1999;

SCHRAIBER e col. 2002; DÍAZ-OLAVARRIETA e col. 2002; JEWKES e col. 2002; WIJMA e col. 2003) e no presente estudo obteve-se 100% de taxa de resposta, já que nenhuma mulher se recusou a participar, nem houve desistências durante a aplicação das entrevistas.

É importante considerar que a rotina de cada serviço também contribuiu para esta taxa de resposta, uma vez que as mulheres são orientadas a chegar para a consulta com maior antecedência que os médicos, e os agendamentos são feitos em blocos de horários. Isto possibilita um período de permanência em sala de espera, que em grande parte contribuiu para a realização das entrevistas de forma adequada.

Apesar deste percentual significativo de participação no estudo, deve-se registrar que as mulheres que faltaram aos atendimentos agendados na semana de coleta de dados, ficaram excluídas da investigação.

Não é recomendável a generalização dos resultados e conclusões para a população do município, ou mesmo dos bairros onde se localizam as unidades de saúde estudadas, pois se trata de um estudo delineado para clientela freqüentes aos serviços e portanto, os resultados descrevem tão somente a realidade destas. Porém isto representa um importante subsídio para a implementação de políticas públicas voltadas para a atenção às mulheres.

A abordagem de um tema sensível e complexo, como a violência por parceiros íntimos, requer um rigor metodológico que garanta a confiabilidade das informações obtidas, tendo em vista que estas se baseiam tão somente no auto-relato de experiências muito íntimas, relacionadas a dor, sofrimento e trauma.

Portanto, devem ser garantidas condições adequadas para que a mulher consiga relatar a experiência de violência vivida. Isto pode ser difícil em se tratando de ocorrência recente, face ao inerente grau de sofrimento, tanto quanto pode ser ainda mais penoso lembrar experiências passadas para as quais, em sua grande maioria, foi dedicado um grande esforço de esquecimento, na tentativa de superação do trauma (ELLSBERG e col. 1999).

Seguramente este estudo contemplou esta complexidade por duas razões. Primeiramente, considera-se o instrumento elaborado para as entrevistas (ANEXO

II). As questões dedicadas à abordagem de violência foram extraídas do estudo multipaíses da OMS sobre saúde da mulher e violência (SCHRAIBER e col. 2002b). Este questionário se utiliza de perguntas focadas em comportamentos violentos do parceiro íntimo, em uma escala de progressão de frequência e severidade, partindo da experiência na vida para a experiência atual, segundo a tipificação da violência (psicológica, física e sexual). Assim, evitou-se usar a expressão violência, pois há múltiplos sentidos em torno deste termo. Denominar estes comportamentos como violência é um ato de interpretação do próprio pesquisador (ELLSBERG e col. 2001; CASTRO e RIQUER 2003; SALTZMAN e col. 2000).

Em segundo lugar, o ambiente para a realização das entrevistas deve ser acolhedor, oferecendo privacidade e segurança para a mulher (ELLSBERG e col. 2001). Nos três serviços de saúde eleitos para o estudo, este critério foi contemplado. As entrevistas foram realizadas em salas ou consultórios individualmente, com um tempo médio de 35 minutos e conduzidas por mulheres, propiciando a exposição do problema.

As entrevistadoras foram devidamente treinadas para a execução das entrevistas, e estavam vinculadas a uma supervisão local direta. Estas, por sua vez, estavam subordinadas à equipe de coordenação da pesquisa de SCHRAIBER e col. (2003), através de reuniões semanais. Este preparo e suporte técnico se mostraram essenciais para minimização do viés de informação.

É importante ressaltar que investigações sobre experiências de violência na vida das mulheres trazem à tona uma infinidade de sentimentos e traumas vividos, que muitas vezes poderiam estar confinados e supostamente superados. A simples abordagem da entrevista pode desencadear sofrimento mental. Portanto, devem ser contempladas referências para acompanhamento psicossocial, caso seja necessário. Este estudo contou com o apoio do centro de referência para a mulher em situação de violência – Vem Maria, um serviço da Prefeitura de Santo André, que oferece atendimento psicossocial e jurídico às mulheres vitimadas.

Houve a mesma preocupação com relação às entrevistadoras que poderiam demandar necessidade de suporte psicológico. Este apoio foi disponibilizado por

psicólogas vinculadas à equipe de coordenação geral da pesquisa (SCHRAIBER e col. 2003).

A caracterização da cor da pele foi autoreferida, tendo sido observado maior percentual de mulheres brancas. Segundo LOPES (2003), a identificação racial pode se dar de duas maneiras distintas: opcional e contextual, a depender da forma de solicitação da informação e da sua repercussão social e econômica em termos de benefícios e prejuízos subsequentes a esta classificação. A autora explora a ideologia do embranquecimento, fruto da interferência de fatores socioeconômicos e de supostas conjecturas de terceiros no processo de autoclassificação em direção ao branco, em função dos impactos desta ideologia.

Destaca-se portanto, uma possível tendência para o embranquecimento da amostra, na medida da possibilidade das mulheres pretas se autoclassificarem como pardas e estas como brancas. A ausência de diferença estatística entre ocorrência de violência e cor da pele pode ter repercutido ou não em um erro sistemático de informação.

Por outro lado, a violência contra as mulheres pode ser encontrada em todos os grupos raciais e étnicos. Estudos indicam que as mulheres que sofrem abuso físico estão mais propensas a serem mais jovens, solteiras ou divorciadas, com baixa escolaridade e não brancas (MOORE, 1999). Assim, os resultados do presente estudo poderiam erroneamente discordar dos demais estudos, em se tratando de um viés de informação.

O mesmo também pode ocorrer com relação à estratificação de classe socioeconômica, condicionada à autodeclaração sobre a posse de eletrodomésticos. Constrangidas ao negar a existência destes recursos em casa, as mulheres podem superestimar esta informação, implicando em formulação errônea da estratificação social. Neste sentido, no que tange à caracterização socioeconômica, não se descarta a possibilidade deste viés de informação, o que aumentaria ainda mais a proporção de mulheres nos estratos sociais mais baixos.

Além disso, observou-se que 7% da amostra (n=335) não sabe a escolaridade do parceiro. Isto pode ter influenciado a ausência de diferença estatisticamente significativa entre a ocorrência de violência e baixa escolaridade dos parceiros de

mulheres em situação de violência, supondo que a maior parte deles teria menor escolaridade.

Ao contrário, a abordagem sobre história de abortamento sem caracterizar a espontaneidade da ocorrência, assim como a testagem para o HIV sem mencionar o resultado, permite menor constrangimento para respostas afirmativas, sugerindo serem informações válidas.

5.2. Violência contra mulheres: a perspectiva dos serviços de saúde

Nota-se que a violência conjugal está presente na vida das usuárias dos serviços de saúde investigados. A prevalência de violência física ou sexual encontrada revela a grande magnitude deste problema, que acomete duas em cada cinco usuárias.

A experiência de violência física por parceiro íntimo em algum momento da vida esteve presente em 35% dos casos. Em se tratando de violência sexual, a proporção encontrada neste estudo foi de 18%. Estes dados revelam a vulnerabilidade destas mulheres a repercussões desfavoráveis em sua saúde física, psicológica, sexual e reprodutiva.

DESLANDES e col. (2000) analisaram a distribuição de casos de violência doméstica contra mulheres com idade igual ou superior a 15 anos, em relação ao atendimento emergencial por causas externas em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro em 1996. A violência física esteve presente em 100% dos casos de violência conjugal. A elevada proporção dos casos perpetrados por parceiro íntimo (69,4%) denota a importância destes, como potenciais agressores de mulheres adultas.

Destaca-se que o critério de elegibilidade das mulheres que compõem a população de estudo foi a procura pelo serviço de emergência em função de causas externas. Em que pese as circunstâncias relacionadas a estas causas, em se tratando de situação de violência física, esta tende a ser mais visível do ponto de vista da atenção à saúde. A própria agressão pode representar o principal

motivo de procura pelo serviço de emergência. Assim, as taxas de prevalência encontradas podem ser maiores que aquelas encontradas nos serviços de atenção primária à saúde.

Em serviços como aqui estudados, é mais comum a chegada de casos de violência doméstica crônica, que pode ser mascarada por queixas vagas e inespecíficas, ou expressa através de sinais e sintomas secundários relativos às conseqüências das agressões sobre a saúde psicológica, física, sexual e reprodutivas das mulheres.

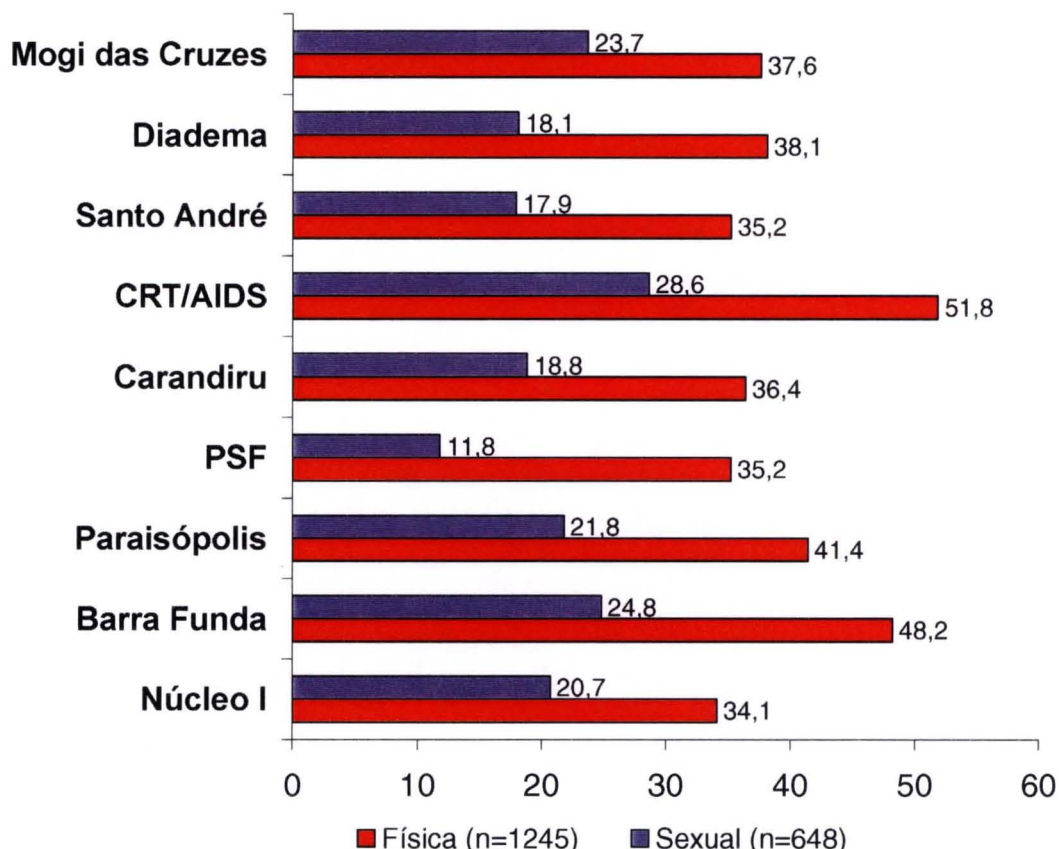
Por outro lado, estudos realizados no âmbito da atenção primária (SCHRAIBER e col. 2002a, 2002b, 2003) também mostraram diferentes taxas de prevalência. O primeiro estudo brasileiro com usuárias de uma unidade básica de saúde em São Paulo, em 1998, identificou prevalência de violência física ou sexual de 44%, sendo 34% de violência física bastante semelhante, apesar da diferença quase três vezes menor com relação à violência sexual (7%), em comparação aos serviços de Santo André (SCHRAIBER e col. 2002a). Esta diferença pode ser atribuída aos distintos instrumentos utilizados em cada um dos estudos. Neste estudo, além da abordagem sobre o uso de força física para a prática sexual, também utilizada no primeiro estudo, foi acrescentado medo do parceiro sexual e prática sexual humilhante e degradante.

No estudo multipaíses da OMS sobre saúde da mulher e violência doméstica, com amostras representativas de moradoras de São Paulo (SP) e da Zona da Mata (PE), realizado entre 2000 e 2001, foram identificadas taxas de prevalência de violência física ou sexual na vida de 29% e 37%, respectivamente em São Paulo e em Pernambuco. Em se tratando de violência física os percentuais encontrados foram de 27% (SP) e 34%(PE). Por outro lado, a violência sexual foi de 10% em São Paulo e 14% na Zona da Mata (SCHRAIBER e col. 2002b).

Tomando-se por base as taxas de prevalência encontradas na cidade de São Paulo, nota-se que as taxas são mais baixas, talvez por se tratar de um inquérito domiciliar. Acredita-se que a abordagem das mulheres no próprio ambiente doméstico tende a deixá-las mais constrangidas em revelar questões da vida privada, até mesmo porque elas podem não estar motivadas o suficiente para

falarem sobre si. Diferentemente da abordagem nos serviços de saúde, onde, supostamente, elas se sintam mais confortáveis, pois se preparam para a consulta, agendada espontaneamente, mesmo que motivada por alguma queixa específica; a revelação pode ser facilitada. Pode haver diferenças reais, pois as usuárias são diferentes das mulheres da população geral, no que se refere a parceria, nível socioeconômico, entre outras características. Acrescenta-se que os demais procedimentos metodológicos e éticos seguiram o mesmo padrão, quanto a: faixa etária, definições de violência adotadas, formas de abordagem das mulheres; ao preparo e suporte para as entrevistadoras, ao rigor dispensado no momento das entrevistas (privacidade, sigilo, acolhimento, tempo relativamente longo e retaguarda para atendimento psicossocial), bem como quanto ao tipo de instrumento utilizado.

O estudo de SCHRAIBER e col. (2003), no qual este está inserido, encontrou entre os 19 serviços do SUS do município de São Paulo e da Grande São Paulo investigados em 2001, taxas de prevalência de violência física e/ou sexual por qualquer tipo de agressor, variáveis entre 80 e 44,2%, conforme mostra a figura 8. As maiores taxas correspondem ao Centro de Saúde Escola Barra Funda e ao Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS (CRT/AIDS).



Fonte: SCHRAIBER e col. (2003).

Figura 8: Taxas de prevalência de violência física e sexual, perpetrada por parceiro ou ex-parceiro **alguma vez na vida** segundo sítios de pesquisa investigados, 2001.

Cabe destacar que o Centro de Saúde Escola Barra Funda, assim como o Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS (CRT/AIDS), correspondem a portas de entrada do sistema de saúde de atenção primária. No primeiro foram estudadas duas portas: uma denominada como discriminação positiva, caracterizada por mulheres moradoras de rua e profissionais do sexo e a outra, sem discriminação positiva, correspondente a mulheres que procuraram espontaneamente por atendimento básico em saúde naquele serviço. O mesmo também ocorreu com a população de estudo do CRT/AIDS: mulheres atendidas

no COAS (Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico) e mulheres soropositivas para o HIV em acompanhamento naquele serviço.

Desta forma, estes serviços apresentaram taxas de prevalência superiores aos demais por trabalhar com grupos excluídos na cidade de São Paulo, no caso do CSE Barra Funda, e por incluir mulheres com fatores de risco associados à violência física e sexual, no caso do CRT/AIDS.

As menores taxas foram observadas no Núcleo de Saúde I do município de São Paulo (34,1% de violência física) e no PSF (11,8% de violência sexual). Santo André obteve uma das menores taxas de violência física, ocupando o penúltimo posto no ranking, juntamente com o PSF (35%). Também apresentou uma das menores taxas de prevalência de violência sexual (18%), superando apenas o PSF.

Em estudo transversal, multicêntrico, realizado em hospitais de países nórdicos, entre outubro de 1999 e janeiro de 2001, com mulheres atendidas em cinco departamentos de ginecologia, foi encontrado 44,2% de casos de algum tipo de violência na vida na Suécia e 72,3% na Finlândia. A variação das taxas de violência física foi de 37,5% na Suécia a 66,2% na Finlândia. A violência sexual variou de 16,6% na Suécia a 33% na Islândia (WIJMA e col. 2003). Nota-se nestes países alta prevalência de violência física e sexual e grande variação entre elas. Embora tenha sido abordada a violência por qualquer tipo de agressor e em hospitais, os resultados que mais se aproximam do presente estudo são os da Suécia. Os próprios autores do estudo em questão admitem que a falta de padronização dos procedimentos, entre os distintos serviços selecionados para o estudo, pode ter interferido nas taxas de resposta, especialmente no que se refere à obtenção do consentimento informado e na motivação das mulheres em participar do estudo. De qualquer forma, é relevante considerar possíveis determinantes socioculturais relacionados à violência contra as mulheres daqueles países.

SANSONE e col. (1995) estimaram a prevalência de trauma e a sua relação com seqüelas psicológicas da violência perpetrados por algum membro da família, com amostra de 152 mulheres atendidas em serviços de atenção primária

americano, no início da década de 90. Identificaram 36,4% de abuso físico e 25,8% de abuso sexual. Embora os resultados tenham sido semelhantes a este estudo, destaca-se que, no presente estudo, a amostra é maior e houve recorte para violência por parceiro íntimo.

Em outro estudo, conduzido no serviço de emergência de um hospital australiano de Newcastle em 1992, com 401 mulheres de 17 a 80 anos, identificou-se 26 % de violência doméstica alguma vez na vida e 1,7% no último ano (BATES e col. 1995). Compreende-se que as diferenças de estimativas entre os estudos estão relacionadas ao recorte de faixa etária que inclui mulheres idosas, submetidas a agressões por membros da família ou cuidadores e à abordagem sobre violência focada em agressões perpetradas por alguém próximo à mulher entrevistada. Acrescenta-se, entretanto, que cerca de 18% dos casos foram cometidos pelo parceiro, ex-parceiro ou namorado.

Destaca-se um estudo descritivo de HAMBERGER e col. (1993), em que identificaram 38,8% de violência doméstica em uma amostra de 394 mulheres atendidas em um serviço de saúde comunitária americano, parâmetros similares aos apresentados neste estudo (NAUMANN e col. 1999).

ALVARADO-ZALDIVAR e col. (1998) realizaram uma investigação através de entrevistas domiciliares com 384 mulheres unidas ou casadas alguma vez na vida, residentes na Cidade de Durango (México) em 1996, com recorte específico para violência por parceiro íntimo. Identificaram taxa de prevalência de violência física de 40% próxima à encontrada no presente estudo, com significativa diferença na proporção de violência sexual (42%), possivelmente relacionada à abordagem do uso de força física pelo instrumento adotado, bem como aos distintos padrões de cultura sexual e de gênero entre ambos os países.

Por outro lado, foi conduzido um estudo neste mesmo país, na Cidade do México, entre agosto e dezembro de 1997, em um serviço de atenção terciária à saúde com 1780 mulheres adultas, focado na violência física, sexual e psicológica por parceiro íntimo. Os resultados correspondem a 56% de violência física e 32% de violência sexual (DÍAZ-OLAVARRIETA e col., 2002). Acredita-se que os maiores valores identificados podem ser justificados pelas diferenças

socioculturais existentes entre os países, como também pelos distintos procedimentos metodológicos adotados pelos autores em questão, tais como: recorte para mulheres adultas em geral, abordadas na alta hospitalar de um complexo de atenção especializada à saúde e questionário baseado no AAS¹ autoadministrado. Apesar da abordagem estar focada apenas no uso de força física para a prática sexual, ainda assim as taxas são mais elevadas do que no atual estudo, que também abordou outras formas de violência sexual. Isto mostra que as diferenças culturais representam um importante fator para a ocorrência de violência de gênero.

No que tange à análise segundo a época de ocorrência, observam-se outras facetas da violência relatada. Aproximadamente 9% das agressões físicas e sexuais dos casos de violência ocorreram no último ano anterior ao estudo. Portanto, independentemente do serviço de saúde e do tipo de violência, um em cada cinco casos ocorreu no último ano.

Resultados semelhantes, com relação à violência física ou sexual, foram apontados por Bullock e col. (1989), citado por NAUMANN e col. (1990, p.345) e DÍAZ-OLAVARRIETA e col. (2002), respectivamente 8,2 e 9%. De forma consistente com os achados do presente estudo, SCHRAIBER e col. (2002a) identificaram uma em cada dez usuárias com violência conjugal no último ano, ou seja 11,7% de violência física e 5,7% de violência sexual, dentre o total de mulheres que declaram violência.

Outro achado importante para este tipo de estudo refere-se à freqüência dos atos de violência física perpetrados pelos parceiros íntimos. Os resultados da análise em Santo André mostram que aproximadamente 50% dos casos foram freqüentes e repetitivos, ou seja ocorreram mais de uma vez no último ano e em outros períodos da vida das mulheres.

Os estudos de SCHRAIBER e col. (2002a, 2003), identificaram maior proporção de atos freqüentes ou ocasionais (70,9 e 65,8%, respectivamente). MC CAULEY e col. (1995), identificaram 66,3% de mais de duas agressões no último

¹ Abuse Assessment Screen (Mc Farlane e col., citado por DÍAZ-OLAVARRIETA e col., 2002).

ano. Já a freqüência encontrada por DÍAZ-OLAVARRIETA e col. (2002) foi de 88% de casos ocorridos entre 1 a 5 vezes no ano, 9% de 6 a 10 vezes e 3% ocorridos mais de 15 vezes no ano.

A maioria destes estudos, exceção feita ao de SCHRAIBER e col. (2003), apresentaram formas distintas de abordagem da freqüência dos atos de violência. DÍAZ-OLAVARRIETA e col. (2002), por exemplo, utilizou-se de um levantamento com 89 questões respondidas pelas próprias mulheres, que deveriam categorizar a freqüência dos atos de violência física recente em escalas de 1 a 5, de 6 a 10 e mais de 15 vezes. Isto sugere que, assinalar a primeira opção pode ter sido a maneira mais fácil de responder esta questão. MC CAULEY e col. (1995), realizaram o estudo em quatro serviços de atenção primária à saúde; também se utilizaram de amostra de conveniência e classificaram a freqüência de violência de forma semelhante; entretanto, a utilização do instrumento AAS (Abuse Assessment Screen) possivelmente tenha sido responsável pela diferença na proporção em termos de freqüência. SCHRAIBER e col. (2002a) utilizou-se de outra forma de classificação: freqüente ou ocasional, dificultando comparações com a presente investigação.

Dados levantados pela secretaria de Estado de Direitos Humanos revelam que as mulheres só buscam ajuda depois de terem sido agredidas 10 vezes, em média (CORREIO BRAZILIENSE 2003). Isto sugere que as mulheres que relataram poucos ou muitos episódios de violência podem representar uma potencial demanda por atenção nos serviços de saúde. É desejável que os profissionais alocados nestes serviços estejam preparados para perceber, acolher e providenciar a assistência a estes casos.

Esta resposta dos serviços é de fundamental importância para a saúde das mulheres. Na medida em que suas queixas são melhor compreendidas, efeitos danosos da violência podem ser prevenidos ou minimizados e a rede de apoio e de proteção às mulheres em situação de violência pode ser acionada com maior brevidade. Estes mecanismos atuam no desenvolvimento da autonomia e no exercício de cidadania, essenciais para que as mulheres sejam sujeitos do seu processo de superação da violência.

5.3. Severidade da violência: uma abordagem necessária em estudos de prevalência

CASTRO E RIQUELME (2003), em reflexão sobre os estudos de prevalência de violência contra mulher, assinalaram importantes problemas metodológicos de tais estudos. As autoras advertem sobre a necessidade de destacar a violência encontrada à luz da severidade dos atos cometidos. Advertem que a oscilação existente entre as taxas de prevalência atuais pode estar relacionada a procedimentos metodológicos que incluem, de forma indistinta, mulheres que relataram violência moderada ou episódica e casos extremos de violência severa. Segundo as autoras, isto repercute no impacto dos indicadores sobre a violência contra as mulheres, que tende a ser minimizado.

Desta forma, o presente estudo procurou destacar a severidade da violência física relatada por 23% das mulheres entrevistadas. Considerando-se o total de casos de violência física (n=115), 65% dos casos ocorridos alguma vez na vida foram severos. Com relação às ocorrências no último ano, os casos severos correspondem a 58% do total de relatos sobre violência física (n=24).

Os resultados encontrados podem ser confrontados com aqueles apontados por SCHRAIBER e col. (2003), que identificaram 62% de violência severa entre 1244 usuárias que sofreram violência física na vida. Apesar das menores taxas de prevalência de violência física e sexual identificadas em Santo André, com relação aos demais sítios, nota-se que este município contribuiu com parcela significativa de casos de violência severa no estudo geral.

Foram identificados estudos internacionais que abordaram a severidade da violência dentre os casos que declararam violência por parceiros íntimos: 49% (MC CAULEY e col. 1995) e 42% (DÍAZ-OLAVARRIETA e col. 2002). Notam-se portanto, menores proporções de violência severa, que podem estar relacionadas à metodologia adotada, como também a padrões socioculturais distintos, determinantes de menor severidade de violência entre usuárias dos serviços de saúde investigados na Cidade do México e em Baltimore (EUA).

Os testes de hipóteses mostraram-se significantes para algumas características sociodemográficas, de saúde reprodutiva e de parceria. Estes achados permitem a construção de um perfil da mulher usuária de unidades básicas de saúde, dentre aquelas que relataram algum episódio de violência severa em Santo André. São preferencialmente mulheres mais velhas, donas de casa ou desempregadas, que ainda vivem com o seu parceiro e já engravidaram alguma vez na vida. Isto faz sentido na medida em que as mulheres mais velhas estão mais expostas que as mais jovens, na medida do maior tempo em situação de parceria afetiva e sexual/reprodutiva. Cabe destacar também que, o predomínio de mulheres desempregadas é uma característica própria da amostra. Em se tratando de violência recente, destacaram-se as mulheres adeptas da religião evangélica, de forma diferenciada dos resultados de caracterização da religião da amostra em geral.

Os estudos sobre violência contra mulheres com recorte para a religião são escassos. Entretanto, estudos nacionais sobre direitos reprodutivos, religião e ética, mostram a ambigüidade das mulheres em relação às suas decisões cotidianas relativas à sexualidade e reprodução. De um lado a motivação pelo resgate da autonomia e exercício de direitos, próprios da modernidade. Do outro, as controvérsias da moral eclesial com relação às práticas de contracepção, aborto e subordinação de gênero (NUNES 1997; MURARO 1997).

JARSCHEL (1994), partindo de trabalhos com grupos populares de mulheres, chama a atenção para um aspecto presente no cotidiano das mesmas, o sentimento de culpa, especialmente em relação aos conflitos e desequilíbrios no âmbito familiar. Segundo a autora, esta culpa associa-se ao pecado e ao temor impostos pela moral religiosa.

Esta postura da Igreja, de uma maneira geral, é demarcada pela ideologia patriarcal e por princípios éticos e culturais bastante solidificados (NUNES 1997; MURARO 1997). Estes, por sua vez, constituem os eixos estruturais do modelo ecológico sobre os determinantes da violência de gênero (HEISE et al, 1999).

Trata-se, portanto, de um novo campo a ser explorado, especialmente no que tange aos subsídios para intervenção preventiva e informativa junto às comunidades e lideranças religiosas.

Longe do intuito de estigmatizar este perfil das usuárias dos serviços de saúde, estes resultados também podem ser úteis no sentido da identificação e da abordagem pela equipe de saúde, frente às mulheres que apresentam sinais ou sintomas compatíveis com a vivência da violência doméstica por parceiro íntimo.

Além disso, há que se considerar as repercussões da violência severa sobre a saúde física, mental, sexual e reprodutiva destas mulheres. Vários estudos apontam para o maior impacto deste tipo de violência sobre a saúde das mulheres (HEISE 1994; HEISE e col. 1999; SALTZMAN e col. 2000; ELLSBERG e col. 2001; CASTRO e RIQUEL 2003; WIJMA e col. 2003).

5.4. Características das mulheres em situação de violência

Conforme abordado no capítulo da introdução deste estudo, a violência perpetrada pelos parceiros íntimos das usuárias dos serviços de saúde insere-se no campo da violência de gênero. Portanto, nas reflexões sobre este tema, são reintroduzidas questões que dizem respeito aos papéis desempenhados por homens e mulheres em nossa sociedade. Uma história de construção de hierarquia de poder dos homens sobre as mulheres, reproduzidas pela educação diferenciada. Valores, normas e condutas ditados pelos arranjos familiares de cunho estritamente privado, também representam fatores condicionantes do poder masculino em relação às mulheres. Isto repercute em desigualdades de gênero, ou seja, menores privilégios para as mulheres do ponto de vista socioeconômico, de educação e cultura, de empregos e nas próprias relações afetivas e sexuais.

Por outro lado, o contexto socioeconômico atual, caracterizado pela concentração de riqueza, desemprego e aumento da exclusão social, tem repercutido em mudanças que também afetam os homens, do ponto de vista de sua identidade masculina de provedor (GIFFIN 2002; BERGER 2003). Da mesma

forma as mulheres, especialmente das camadas populares, têm reagido a estes fenômenos, buscando novas alternativas para seu sustento e de sua família, rompendo com os padrões femininos tradicionais ao papel de “esposa” (BERGER 2003).

Partiu-se, então, dos referenciais das desigualdades de gênero, juntamente com o fenômeno da transição de gênero masculino (GIFFIN 2002), da influência socioeconômica atual sobre as camadas sociais menos favorecidas e dos conflitos de poder entre homens e mulheres, que acentuam as dificuldades em estabelecer negociações mútuas no campo das relações de subsistência, no campo afetivo e sexual e que representam elementos impeditivos para a quebra do ciclo da violência doméstica.

O presente estudo procurou abordar estas questões através de um elenco de variáveis agrupadas em três planos de análise distintos: o plano sociodemográfico, o plano da reprodução e sexualidade e o plano da parceria. Considerou-se igualmente importante acrescentar, aos achados de prevalência, a tipificação da severidade, frequência e época da vida em que ocorreu ou ocorreram o(s) episódio(s) de violência por parceiros íntimos. A análise descritiva destes planos, à luz da subordinação de gênero, foi realizada com o intuito de traçar um perfil das mulheres em situação de violência que se utilizam dos serviços de atenção primária à saúde, bem como algumas características relacionadas ao seu parceiro íntimo.

5.4.1. Características Sociodemográficas

Os resultados encontrados confirmam a hipótese relativa às condições desfavoráveis das mulheres em situação de violência, com relação aos aportes essenciais para o resgate da autonomia e quebra do ciclo da violência.

Mostraram-se significantes aos testes de hipóteses realizados, as variáveis: idade, escolaridade, religião, nível socioeconômico, não ter nascido no município de Santo André e local de moradia.

O grupo de mulheres, que relatou violência por parceiros íntimos neste estudo, pode se caracterizar por mulheres mais velhas em relação à amostra geral e ao grupo que negou violência. A maioria é branca e freqüentou escola por tempo inferior às demais. Dependentes economicamente, 59,1% declaram-se donas de casa ou desempregadas, mais da metade pertence à classe D, segundo classificação da ANEP (2003), com predomínio de moradoras em favelas, em relação ao grupo sem violência.

Os resultados sugerem diferenças de prevalência de violência contra as mulheres, bem como influência de determinantes socioculturais na ocorrência deste evento, tendo em vista a maior proporção de migrantes no grupo com violência, como também a diferença estatisticamente significativa em relação à ocorrência de violência entre as mulheres não nascidas em Santo André. Contudo, estas diferenças podem desaparecer em análises ajustadas por nível socioeconômico e escolaridade.

Estudos internacionais, que abordaram características sociodemográficas das mulheres em situação de violência, apontam para a maior exposição de mulheres de faixa etária maior do que a das mulheres que negaram violência, com baixo nível de instrução, que não trabalham e que vivem sozinhas (KIRIACOU e col. 1999; ALVARADO-ZALDIVAR e col. 1998; DÍAZ-OLAVARIETA e col. 2002). Notam-se resultados similares, com os estudos mexicanos conduzidos na Cidade do México, em 1997, e Durango em 1996.

Foram identificadas semelhanças com as características sociodemográficas de dois estudos brasileiros com relação às mulheres em situação de violência. No primeiro, realizado em serviços de emergência, quase metade das mulheres tinham entre 20 e 29 anos; 39,3% eram desempregadas ou donas de casa, e 42,6% possuíam renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (DESLANDES e col. 2000). O segundo estudo, em atenção primária, identificou mediana de idade de 25,4 anos; 49% de desempregadas ou donas de casa; 44% moradoras de favela; 33,8% das mulheres tendo freqüentado a escola por até 8 anos e quase 60% morando com o companheiro (SCHRAIBER e col. 2002a).

Embora a violência doméstica ocorra em todos os grupos socioeconômicos, observa-se que as moradoras de Santo André, que relataram episódio de violência física ou sexual pelo menos uma vez na vida, vivem em maiores condições de pobreza e exclusão social. Nota-se que grande parte delas tende a permanecer restritas ao ambiente doméstico, com dificuldades de explorar o espaço de vida pública, já que estão desempregadas ou são donas-de-casa. Isto pode representar uma grande barreira para a tentativa de busca de apoio, seja através dos serviços de proteção, seja através do contato com amigos e familiares, mantendo-se ativo o ciclo da violência em sua vida.

Segundo HEISE e col. (1999), estudos constataram que as mulheres que vivem na pobreza têm maior probabilidade de serem vítimas de violência do que as mulheres em condições mais privilegiadas.

ANDRADE (2003) explorou a temática da violência contra a mulher e exclusão social, dentro do estudo de SCHRAIBER e col. (2003), com base em um dos 9 sítios investigados, correspondente ao Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina da Santa Casa, na cidade de São Paulo. Os resultados encontrados apontam para menores escores médios, estatisticamente significantes, de estrato socioeconômico na população sob exclusão social, em relação às usuárias da rotina. Destaca-se que o primeiro grupo também apresentou maiores taxas de prevalência de violência física e/ou sexual, especialmente as moradoras de rua, seguidas das profissionais do sexo, moradoras de favelas e, por último, as usuárias da rotina.

Embora em Santo André nenhuma mulher tenha se declarado como moradora de rua, os resultados com relação aos menores escores de estratificação social e ocorrência de violência são consistentes com o estudo de ANDRADE (2003).

Há, contudo, alguns questionamentos sobre a posição da pobreza na gênese da violência doméstica, ou seja, se seria considerada como causa ou consequência deste fenômeno. A pobreza pode influenciar os arranjos da dinâmica familiar em aglomerados de pessoas vivendo em pequenos cômodos, em ambientes instáveis e inseguros, seja no espaço privado do lar ou da própria comunidade local. Também pode atuar como elemento causador de frustração e

sentimento de impotência, preferencialmente por parte do homem quando incapaz de prover o sustento da família, impactando na dimensão importante da masculinidade tradicional.

Esta clareza sobre o contexto em que podem ocorrer agressões às mulheres no âmbito doméstico é de fundamental importância para aqueles que atuam junto a programas de saúde comunitária e de urgência/emergência, no sentido da atenção aos diversos tipos de demandas apresentadas pelas mulheres assistidas.

5.4.2 Características sexuais e reprodutivas

Este plano de análise revela algumas características relacionadas à reprodução e à sexualidade das mulheres que relataram violência por parceiros íntimos alguma vez na vida, bastante peculiares. Foi observada diferença estatisticamente significativa, com relação às variáveis: já ter engravidado alguma vez, número de gestações, número de filhos, história de abortamento anterior, gravidez na época da entrevista e recusa de uso de condom pelo parceiro para prevenção de DST, quando solicitado.

Notou-se que a maioria das mulheres, pertencentes ao grupo que já vivenciou a violência por parceiro íntimo, já engravidou em torno de três vezes e possuem medianamente dois filhos vivos. Cerca de 45% destas mulheres relataram episódio de abortamento, contra aproximadamente 19% do outro grupo. Também foi encontrada maior proporção de recusa de uso do condom, quando este foi solicitado ao parceiro com o intuito de prevenir DST.

Embora não tenha havido diferenças estatisticamente significantes no padrão de uso de contraceptivos, observou-se, dentre as mulheres em situação de violência, que os métodos preferidos são a pílula e a laqueadura. Dentre as mulheres da amostra, a laqueadura ocupa o terceiro lugar entre os métodos mais utilizados.

Todos estes resultados sugerem existência de dificuldades por parte das mulheres em situação de violência no plano da reprodução e sexualidade.

Vulneráveis aos diversos tipos de agressões, a história sexual e reprodutiva destas mulheres é representada pela ocorrência de abortamentos e gestações que se findaram com a laqueadura. Esta por sua vez, pode representar uma “mutilação” para estas mulheres, como também a mais desejada opção, uma vez que os filhos acabam por representar uma barreira adicional na luta contra o ciclo da violência.

As mulheres em situação de violência tendem a apresentar prole maior que as demais mulheres. Alguns estudos evidenciaram diferenças estatisticamente significantes entre violência por parceiro íntimo e maior paridade, ou pelo menos três filhos (DÍAZ-OLAVARRIETA e col. 2002; SCHRAIBER e col. 2002a; ELLSBERG e col. 2001). Isto faz sentido na medida em que estas mulheres convivem com a dificuldade em exercer o controle sobre a regulação da fertilidade, bem como em usufruir de boa saúde sexual e reprodutiva.

Estudos mostram que a ocorrência de violência por parceiros íntimos tem implicações significativas na sexualidade e reprodução das mulheres agredidas. Estas tendem a apresentar um conjunto de sintomas que vão desde dor pélvica crônica até à esterilidade. São mais comuns, entre estas mulheres, a gravidez indesejada, as doenças sexualmente transmissíveis, infecção pelo HIV, abortamento, complicações na gravidez, baixo peso ao nascer, depressão e outros agravos na saúde mental, especialmente porque é muito difícil para estas mulheres negociar com seus parceiros o uso de condom ou outro método contraceptivo (HEISE e col. 1994; HEISE e col. 1999; MOORE 1999).

Muitas mulheres negligenciam cuidados na contracepção e na prevenção de DST/AIDS, em virtude do temor em relação ao parceiro, seja porque ele desconsidere a importância destes cuidados, seja porque ele possa duvidar sobre a fidelidade de sua mulher.

Todas estas questões estão intimamente relacionadas à falta de autonomia destas mulheres em se permitir estabelecer critérios básicos para seu autocuidado e recuperação da auto-estima, essenciais para a quebra do ciclo da violência.

SOUZAS (2000) dedicou-se à análise de violência física e saúde reprodutiva, a partir da identificação de mulheres com história de violência, dentre as entrevistas selecionadas para a análise de relações conjugais entre mulheres de baixa renda.

Segundo a autora, esta abordagem é bastante significativa para a Saúde Pública na medida da compreensão do impacto da violência de gênero sobre a saúde reprodutiva das mulheres. Sugere que seja compreendido o processo social que gera a violência, compartilhada pelo núcleo familiar e permeada por redes sociais (vizinhança, instituições de apoio, comunidade e outras). Estas redes, muitas vezes omissas e coniventes com o problema, podem ser resgatadas como ponto de apoio e suporte para as mulheres em situação de violência.

No plano de análise da sexualidade e reprodução destaca-se ainda a ocorrência de violência durante a gravidez. A variação da prevalência de violência doméstica em gestantes é grande. A revisão de literatura feita por NAUMANN e col. (1999) identificou taxas variáveis de 1 a 17%. GAZMARARIAN e col. (1996) selecionaram 33 estudos sobre violência durante a gravidez realizados entre 1963 e 1995 e disponíveis nas bases de dados POPLINE, MEDLINE, Psychological Abstracts e Sociological Abstracts. Encontraram resultados que oscilaram entre 0,9 a 20,1%. Segundo SCHRAIBER e col. (2002b), 8% das mulheres (em São Paulo) e 11% (na Zona da Mata de Pernambuco) declararam violência física durante a gravidez. Por outro lado, estudo nacional desenvolvido por MORAES e REICHENHEIM (2003) em maternidades públicas do Rio de Janeiro em 2000, identificou 16,4% de violência física grave. Esta análise apontou que a vítima é geralmente jovem, solteira, de baixa escolaridade, seus relacionamentos envolvem uso de álcool e drogas e o número de consultas de pré-natal é reduzido. Estudo realizado por LEUNG e col. (1999) com gestantes atendidas no serviço de pré-natal de um hospital chinês em 1998, identificou proporção de 17,9% em relação a alguma história de abuso na vida e 4,3% de prevalência de violência na gravidez atual.

Embora o presente estudo não tenha se dedicado a investigar a prevalência de gravidez entre as mulheres que relataram violência, a proporção de gestantes no grupo de mulheres agredidas, na época das entrevistas foi de 43,2% contra

53,6% no outro grupo. Pode-se notar que metade das mulheres da amostra em geral estavam grávidas quando o estudo de campo foi realizado. Pesquisas conduzidas por SCHRAIBER e col. (2002a, 2003) com metodologia similar, identificaram menores proporções de gestantes entre as entrevistadas que sofreram agressão, 17 e 24%, respectivamente. Estas taxas podem estar relacionadas ao grau de adesão ao pré-natal. Segundo HEISE e col. (1999) as mulheres grávidas que já passaram por situações de violência tendem mais freqüentemente a negligenciar o atendimento pré-natal. Em Santo André, no ano de 2003, cerca de 80% das mulheres cadastradas no SISPRENATAL, realizaram no mínimo 5 consultas de pré-natal (SISPRENATAL/ SMS Santo André). Isto pode refletir na aderência satisfatória ao programa de atendimento neste município, independentemente da situação de violência vivida.

Com relação à história pregressa de abortamento, cabe destacar que a proporção de mulheres que reportaram esta ocorrência no grupo que declarou violência na vida, foi bastante significativa – quase metade das mulheres deste grupo tiveram algum abortamento. Entre as mulheres que negaram violência, esta proporção foi de 18% . As taxas identificadas em São Paulo (SP) e na Zona da Mata (PE) foram de 28% no grupo com violência e 8% no grupo sem violência e de 9% e 3%, respectivamente entre os grupos com violência e sem violência (SCHRAIBER 2002b). Estas evidências também podem estar relacionadas ao baixo percentual de gestantes entre as entrevistadas que mencionaram agressão na vida. Estas mulheres podem recorrer ao abortamento provocado de maneira mais usual. Compreende-se que o aborto tanto pode ser decorrência de violência quando espontâneo, ou tentativa de controle da fertilidade no caso de ser provocado.

Por fim, observa-se que, no plano da contracepção, que a recusa do uso de condom pelo parceiro denota a omissão deste com relação às práticas sexuais seguras, seja para a prevenção de uma DST ou de uma gravidez. Sugere-se que esta responsabilidade esteja totalmente nas mãos destas mulheres, que se por um lado acabam por exercer este controle, por outro o fazem à luz da insegurança e

do medo do parceiro. Esta dificuldade de negociação pode dificultar o exercício da sexualidade de forma prazerosa e saudável para algumas mulheres.

5.4.3. Características da parceria com homens agressores

A caracterização da parceria afetiva e sexual foi construída através das variáveis: situação marital, tempo de união, idade, escolaridade e ocupação do parceiro e motivos que levaram a mulher a sair da casa onde foi criada.

Os resultados sugerem uma menor proporção de mulheres casadas ou unidas (69,7%) em relação à amostra geral (72%), tendo sido observada maior proporção de mulheres sem parceiros no grupo que relatou violência alguma vez na vida. A mediana do tempo de união mostrou-se ligeiramente maior no grupo de mulheres em situação de violência. O estudo de DESLANDES e col. (2000) identificou perfil de parceria diferente, uma vez que 45,7% declararam-se solteiras. Cabe destacar que os autores se utilizaram de uma amostra menor em sua investigação (n=72 mulheres).

Com relação ao perfil dos parceiros notou-se que eles possuem idade mediana ligeiramente maior que a mediana de idade dos parceiros observada na amostra geral, assim como de suas parceiras. No grupo de mulheres que relataram violência foi observada maior proporção de homens entre 35 e 44 anos, enquanto que no grupo de mulheres que negaram violência predominaram homens entre 15 e 34 anos. De forma consistente com estes resultados, MARTIN e col. (1999) identificaram associação positiva entre idade acima de 34 anos e violência doméstica, com base em investigação realizada no Norte da Índia entre 1995 e 1996.

Também foi observada maior proporção de desempregados no primeiro grupo de mulheres, que tendem a desconhecer a ocupação de seus parceiros. É possível que um plano amostral mais amplo permitisse observar diferença estaticamente significativa com relação a esta variável entre os dois grupos.

Por esta razão, a possível impotência e fracasso pessoal destes homens pode implicar na baixa auto-estima. A ausência de perspectivas de trabalho e renda para garantir o sustento do lar no auge da idade produtiva, exacerba estes sentimentos. Esta situação traz à tona inúmeros questionamentos relativos à identidade masculina hegemônica, por parte do próprio homem, por parte da família, da sociedade e de sua parceira. Segundo BERGER (2003) trata-se do desmonte da identidade masculina de provedor. Exacerbam-se então, os conflitos familiares, especialmente os conjugais, estabelecendo-se as condições propícias para a retro-alimentação do ciclo da violência .

Esta situação em torno do empobrecimento e da precarização das condições de vida da população, especialmente aquela sob maior influência do fenômeno da exclusão social, implica na adoção de diferentes estratégias por parte das famílias para garantir o seu sustento, como por exemplo o acesso da mulher ao trabalho remunerado. Segundo GIFFIN (2002) este fato acentua o processo de desestruturação do provedor masculino, podendo exacerbar seus comportamentos violentos.

SCHRAIBER et. al (2002c), no estudo sobre homens, relações familiares e violência de gênero na de cidade de São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco , identificaram os fatores relacionados à masculinidade que mais contribuem para a ocorrência de violência contra a mulher: desemprego, abuso de álcool, ciúme e desconfiança, traição e cobrança e falta de compreensão por parte da mulher.

Uma investigação feita no norte da Índia, com homens, encontrou um percentual de 80% deles tendo-se declarado como unidos há mais de 5 anos. Este mesmo estudo mostrou que pobreza e baixo nível de instrução dos homens são fatores de risco para a violência doméstica. Para 66% deles, houve associação positiva para menos de 5 anos de estudo, em quatro dos cinco distritos pesquisados. Também foi constatado que de 73 a 85% dos homens tem mais de um filho e vivem com aproximadamente 5 pessoas na casa, a maioria em situação de extrema pobreza (MARTIN e col. 1999).

Outro achado interessante diz respeito aos motivos que levaram a mulher a sair da casa onde foi criada. Embora a proporção de mulheres que alegaram “para

casar ou viver com o companheiro” tenha sido a mesma na amostra geral e no grupo de mulheres em situação de violência, destaca-se neste grupo que 20% o fizeram porque estavam grávidas, enquanto que apenas 10,7% das mulheres da amostra geral justificaram a gravidez para casar ou viver com o companheiro. Este fator sugere estudos mais detalhados para verificação da associação entre violência por parceiros e gravidez como elemento motivador para o casamento ou união consensual.

Houve maior referência sobre violência intra-familiar antes da união entre o grupo de mulheres em situação de violência por parceiros íntimos, assim como maior número de mulheres alegou ter saído de casa para morar só ou no emprego.

Consistente com a literatura, estes resultados acenam para a realidade observada no contexto internacional. Alguns estudos indicaram associação entre violência por parceiros íntimos e união ou casamento ocorrido em idades muito jovens (ALVARADO-ZALDÍVAR e col. 1998). Outros identificaram associação positiva entre violência conjugal e história de violência na infância, sugerindo um importante fator de risco no ciclo dinâmico da violência doméstica (MOORE 1999; HEISE 1994; HEISE e col. 1999; JEWKES e col. 2002; DÍAZ-OLAVARRIETA e col. 2002).

Propõe-se que estes quesitos sejam melhor explorados por outras pesquisas no âmbito nacional, posto que são observadas diferenças estatisticamente significantes e este estudo não se propôs a realizar uma análise multivariada para identificação destes fatores de risco.

CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

- Foi identificado 40% de prevalência de violência física ou sexual, ou seja, duas em cada cinco usuárias destes serviços viveu a experiência da violência perpetrada pelo seu parceiro íntimo.
- A violência física por parceiro íntimo na vida foi relatada em 35% dos casos, em se tratando de violência sexual a proporção chegou a 18%.
- Foram identificados 9% de casos de violência recente. Portanto, independentemente do serviço de saúde e do tipo de violência, um em cada cinco casos ocorreu no último ano.
- Violência física severa foi relatada por 23% das mulheres entrevistadas. Estas são, preferencialmente, donas de casa ou desempregadas, que ainda vivem com o seu parceiro e já engravidaram alguma vez na vida. Em se tratando de violência recente, os casos severos correspondem a 58% do total de relatos sobre violência física (n=24). Destacam-se neste grupo mulheres adeptas da religião evangélica.
- Com relação à sua frequência, os atos de violência física ou sexual foram repetitivos para metade das mulheres que alegaram este tipo de ocorrência no último ano ou em outra fase de suas vidas.
- Este estudo identificou características sociodemográficas das mulheres em situação de violência semelhantes às descrições de estudos nacionais e internacionais, ou seja, mulheres mais velhas em relação à amostra geral e ao grupo que negou violência; a maioria é branca, com baixa escolaridade, donas de casa ou desempregadas, pertencentes à classe D, com predomínio de moradoras em favelas, em relação ao outro grupo.
- Houve maior proporção de parceiros entre 35 e 44 anos, no grupo que relatou violência, enquanto que no grupo de mulheres que negaram violência predominaram homens entre 15 e 34 anos.
- Dentre as mulheres que relataram violência, 20% saíram da casa onde foram criadas para viver com o companheiro porque estavam grávidas, ao passo que no outro grupo esta proporção foi de apenas 10,7% .

- Quase metade das mulheres em situação de violência alguma vez na vida relatou história de abortamento; proporção significativamente maior em relação aos 18% encontrados no outro grupo, como também em outros achados na literatura.
- Os resultados sugerem que as mulheres, em situação de violência identificadas, detêm grande responsabilidade com relação ao controle da fertilidade. Considerando-se as dificuldades de negociação com o parceiro existentes neste tipo de relação, estas mulheres podem apresentar dificuldades para exercer sua sexualidade de forma prazerosa e saudável.
- O tamanho da amostra e os procedimentos metodológicos adotados não permitiram investigar fatores e risco associados à violência por parceiros íntimos, bem como efetuar comparações entre os três serviços selecionados para o estudo em Santo André.
- Por não se tratar de um estudo de base populacional, não se recomenda a generalização dos resultados e conclusões para as mulheres da cidade.
- Sugere-se que a magnitude do problema e a caracterização dos casos de violência identificados estimulem a elaboração de novos estudos e o aprofundamento de investigações sobre o tema, importantes subsídios para a implementação de políticas públicas de proteção e apoio às cidadãs em situação de violência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1. Implicações para a produção de conhecimento

Conforme abordagens anteriores, este estudo vem contribuir para a melhor compreensão da violência contra a mulher, enquanto um fenômeno de ordem social e um problema de saúde pública.

Os resultados e conclusões apresentam consistência do ponto de vista teórico e metodológico, segundo critérios estabelecidos por ELLSBERG e col. (2001), utilizados como referenciais prioritários para a análise das questões relativas à validade do estudo. Há que se considerar também, o rigor ético exigido quando da abordagem de um tema sensível e de difícil revelação, como a violência por parceiros íntimos.

Reitera-se que as estimativas de prevalência representam importante subsídio para discussões e estudos subsequentes. Entretanto, referem-se ao *locus* dos serviços de atenção primária à saúde e portanto não podem ser generalizadas para a população da cidade de Santo André. Assim, sugere-se a formulação de novos estudos, preferencialmente de base populacional, que explorem temas como a violência doméstica em gestantes, bem como fatores de risco associados ao fenômeno como religião, união precoce motivada pela gravidez, abuso de álcool ou drogas, frequência de uso dos serviços de saúde, ajuda institucional, dentre vários outros relacionados ao ciclo dinâmico da violência por parceiros.

Por fim, este conjunto de informações permite mensurar a magnitude do problema, podendo ser útil para todos os profissionais que compõem a equipes de saúde, assim como os gestores, políticos e sociedade civil, interessados na implementação de políticas públicas de proteção e apoio às cidadãs em situação de violência.

7.2. Mulheres em situação de violência física ou sexual: uma questão de Saúde Pública

Reitera-se que este estudo pôde fornecer informações sobre a ocorrência de violência por parceiros íntimos entre as usuárias de serviços de saúde do SUS, que subsidiarão políticas públicas.

Com base nos resultados apresentados, pode-se compreender melhor o perfil das mulheres em situação de violência, do ponto de vista das suas características sociodemográficas, reprodutivas e de parceria. Assim como sensibilizar os profissionais de saúde, incrementar as práticas assistenciais no sentido de identificar casos, acolhê-los e referenciá-los para os serviços de apoio. Estas ações são de fundamental importância para a prevenção de agravos à saúde e de repercussões mais severas dos atos de violência perpetrados (ALPERT 1995; SCHRAIBER e D'OLIVEIRA 1999).

Além de altas taxas de prevalência de violência física e sexual, estudos internacionais de base populacional e de serviços abordam a magnitude do impacto da violência para a saúde das mulheres. Foi identificada associação de violência por parceiros íntimos com sofrimento psíquico (abuso de álcool e drogas, risco de suicídio, depressão, ansiedade); distúrbios gastrointestinais e alimentares; queixas vagas; cefaléia e problemas de ordem sexual e reprodutiva (dores pélvicas, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS, doença inflamatória pélvica, gravidez indesejada e abortamento) entre outros (MC CAULEY e col. 1995; ELLSBERG 2000; HEISE 1994; HEISE e col. 1999; MOORE 1999; CAMPBELL 2002; NAUMANN e col. 1999).

SCHRAIBER e col. (2002b) identificaram, em São Paulo e na Zona da Mata de Pernambuco, que as mulheres que sofreram violência relataram de 2 a 3 vezes mais a intenção e a tentativa de suicídio que aquelas que não sofreram. Além disso, aquelas mulheres relataram com maior frequência o uso diário de álcool e problemas relacionados à bebida nos últimos 12 meses. Segundo os autores, dentre as mulheres que relataram violência física em São Paulo e na Zona da

Mata, 36% necessitaram de assistência médica em razão da gravidade dos ferimentos.

No estudo realizado por DESLANDES e col. (2000), do total de 72 mulheres atendidas em virtude de violência doméstica (50 cometidos por parceiro ou ex-parceiro), o espancamento foi a forma mais utilizada para a agressão em 70,4% dos casos, seguido pelo uso de instrumento em 21,1% dos casos. Dentre estes, 7 casos se configuraram como tentativa de homicídio e um como tentativa de suicídio.

Dessas situações que envolvem severidade inquestionável, tem-se um retrato das implicações da violência doméstica para o setor saúde, no que tange às demandas por assistência direta aos agravos físicos decorrentes dos atos praticados. Não menos importantes são os casos de violência cronificados sem lesões aparentes, que procuram por atendimento reiteradas vezes, com queixas vagas e inespecíficas. Estas mulheres sentem muito medo e vergonha em revelar sua situação de vida, fato que dificulta a compreensão do motivo da procura por parte da equipe de saúde, assim como a oferta de serviços adequada às necessidades da usuária.

Segundo HEISE (1994), um estudo americano da *Health Maintenance Organization (HMO)* identificou que o custo anual para o sistema de saúde com relação às mulheres agredidas, física ou sexualmente, é 2,5 vezes maior em relação às mulheres não agredidas.

Nesse sentido, a presente investigação insere-se em um movimento para a inclusão da temática da violência contra a mulher na agenda da Saúde, que teve início a partir de 1990.

Desde esta época, vêm sendo desenvolvidos estudos sobre o tema na área da Saúde, assim como novas práticas assistenciais, programas e rotinas de serviços que contemplem a visibilidade e a atenção ao fenômeno da violência. Muito embora represente um problema da esfera da vida privada, implica em danos à saúde mental, física e sexual das mulheres que o vivenciam. Repercutem inclusive, na forma de uso dos serviços de saúde, assim como na resolutividade das demandas por atenção à saúde (SCHRAIBER e D'OLIVEIRA 1999).

Os estudos acenam para a necessidade da visibilidade da violência por parte das equipes de saúde (SCHRAIBER e D'OLIVEIRA 1999; ANGULO-TUESTA 1997; ALPERT 1995) . Parte-se do princípio da revelação de um problema de ordem pessoal, para a qual estas equipes devem estar preparadas, preferencialmente do ponto de vista da abordagem e do reforço da escuta. Embora complexo, este processo é passível de incorporação aos processos de trabalho, guardadas as devidas especificidades da atenção multiprofissional.

Além da produção de conhecimento, este estudo pretende contribuir com estas iniciativas, que visam a melhoria da qualidade da atenção à saúde das mulheres, desde o acesso aos serviços até respostas às necessidades sentidas, que impliquem em maior efetividade e satisfação por parte das mulheres e dos profissionais envolvidos na assistência.

Acredita-se na contribuição deste estudo, basicamente no que se refere à possibilidade de dar visibilidade a um mal que acomete usuárias do sistema de saúde que, na imensa maioria das vezes, não é percebido ou valorizado pelos profissionais de saúde como um determinante do processo saúde-doença.

Isto, sem dúvida, tem implicações diretas na detecção de casos que, via de regra, não são diagnosticados atualmente na rotina dos serviços. Fato este que compromete a capacidade de resposta e aumenta o custo em saúde, gerando o desgaste do sistema (SCHRAIBER e col. 2000a).

Assim, podem ser identificados quatro eixos representativos da importância do projeto:

- Visibilidade à problemática da ocorrência de violência perpetrada por parceiros de usuárias dos serviços de saúde;
- Perfil sociodemográfico das mulheres expostas à violência por parceiros;
- Características da saúde reprodutiva destas mulheres;
- Aporte científico para a sensibilização e capacitação dos profissionais, quanto ao manejo adequado de casos, especialmente no que tange à maior visibilidade do fenômeno pelos serviços de atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

Alpert EJ. Violence in intimate relationships and the practicing internist: new "disease" or new agenda? Diagnosis and treatment. **Ann Intern Med** [periodic on line] 1995; 123(10):774-81. Available in <URL:// www.fsp.usp.br/~rsp >[2003 Set 01].

Alvarado-Zaldívar G, Salvador-Moysén J, Estrada-Martinez S, Terrones-Gonzales A . Prevalência de violência doméstica en la ciudad de Durango. **Salud Pública de Mex** 1998; 40(6) 481-86.

Andrade MC. **Violência contra a mulher e exclusão social: estudo entre subgrupos de populações usuárias do Centro de Saúde Escola Barra Funda - Dr. Alexandre Vranjac**. São Paulo; 2003 [Dissertação apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências].

Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP). **Critério de classificação econômica**. Brasil; 2001. Disponível em <URL:<http://www.anep.org.br> > [2003 jun 16].

Angulo Tuesta AJ. **Violência no âmbito Doméstico: a Perspectiva dos Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro; 1997. [Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências na Área de Saúde Pública].

Bates L, Selina R, Brown W, Hancock L. Domestic Violence experienced by women attending accident and emergency department. **Australian Journal of public health** 1995; 19(3):293-99.

Berger SMD. **Violência sexual contra mulheres: entre a (in) visibilidade e a banalização**. Rio de Janeiro; 2003. [Dissertação de mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Saúde Pública].

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: IMESP;1988.

Bulfinch T. **O Livro de Ouro da Mitologia: Histórias dos Deuses e Heróis**. 14ª ed. Rio de Janeiro: Ediouro Publicações; 2001.

Chauí M. Antecipando o Debate Sobre Mulher e Violência. **Perspectivas Antropológicas da Mulher**. Rio de Janeiro: Zahar; 1984. p. 25-62.

Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. **The Lancet** 2002; 359:1331-36.

- Castro R, Riquer F. La investigación sobre violencia contra las mujeres en America Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. **Cad. Saúde Públ** 2003; 19(1):135-146.
- Coid J, Petruckevitch A, Feder G, Chung WS, Richardson J, Moorey S. **The Lancet** 2001; 358:450-54.
- Flor GI. Em defesa da mulher. **Correio Braziliense**, Distrito Federal, 2003 jul 3; cad16:16.
- Deslandes SF, Gomes R, Furtado MF, da Silva P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Públ.** [periódico on-line] 2000;16(1). Disponível em< URL://www.fsp.usp.br/~rsp >[2003 Ago 29].
- Díaz-Olavarrieta C, Ellertson C, Paz F, Ponde de Leon S, Alarcon-Segovia D. Prevalence of battering among 1780 outpatients at an internal medicine institution in Mexico. **Social Science & Medicine** 2002; 55:1589-1602.
- D'Oliveira AFLP. **Gênero e Violência nas Práticas de Saúde: Contribuição ao Estudo da Atenção Integral à Saúde da Mulher**. São Paulo; 1996. [Dissertação Apresentada à FMUSP para Obtenção do Título de Mestre em Medicina. Área de Concentração: Medicina Preventiva]
- Ellsberg MC. **Candies in hell: Research and action on domestic violence against women in Nicaragua** . Sweden: Umea; 2000.
- Ellsberg M, Heise L, Peña R, Agurto S, Winkvist A . Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. **Studies in Family Planning** 2001; 32(1):1-16.
- Gaspar L. Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV. **Rev. Saúde Públ.** 2002; 36(suplemento4):24-31.
- Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. **JAMA** 1996; 275(24):1915-20.
- Giffin K. Violência de Gênero, Sexualidade e Saúde. **Cad. Saúde Públ.** 1994; 10(suplemento1):146-155.
- Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Públ.** 2002; 18(supl):103-112.
- Giffin K., Cavalcanti C. Homens e reprodução. **Rev. Estudos Feministas.** 1999; 7(1,2):53-71.

Hamberger LK, Saunders DG, Hovey M. Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. **Fam. Med.**1993; 24(8):283-87.

Hamilton LC **Statistics with Stata® 5** California: Brooks/Cole Publishing Company; 1998. 325p.

Heilborn ML Gênero, Sexualidade e Saúde. In: SILVA,D. P.M. (org.) **Saúde, Sexualidade e Reprodução: Compartilhando Responsabilidades**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1996.

Heise L. Gender-Based Abuse: The Global Epidemic. **Cad. Saúde Públ.** 1994; 10 (suplemento 1): 135-145.

Heise L. Violence against women-Global organizing for change. In: Edleson, JL; Eisikovits ZC (eds). **Future interventions with battered women and their families**. Thousand Oaks/London/New Delhi: SAGE; 1996.

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

Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. **Designing clinical research an epidemiologic approach**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. 336 p.

Jarschel H. Corpo de mulher, corpo culpabilizado. **Mandrágora – Núcleo de Estudos Teológicos da Mulher na América Latina / NETMAL- UMESP** 1994; 1(1):31-39.

Jewkes R, Levin J, Penn-Kekana L. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. **Social Science & Medicine** 2002; 55:1603-17.

Johnson JK, Haider F, Ellis K, Hay DM, Lindow SW. The prevalence of domestic violence in pregnant women. **An International Journal of Obstetrics and Gynaecology** [periodic online].2002;110(3):272-75. Available in < URL:<http://www.sciencedirect.com/science> > [2003 set 03].

Jong LC. **Perfil Epidemiológico da Violência Doméstica Contra a Mulher em Cidade do Interior Paulista**. São Paulo; 2000. [Dissertação de Mestrado Apresentada ao Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP para Obtenção do Grau de Mestre].

Kimberg L. Addressing Intimate Partner Violence in Primary Care Practice. **Medscape Women's Health**. Medscape Women's Health [periodic online]. 2001; 6(1). Available in < URL: [http:// www.medscape.com/medscape](http://www.medscape.com/medscape) [2001set04].

Kiriaccou DM, Anglin D, Taliaferro E, Stone S, Tubb T, Linden JA e col. Risk factors for injury to women form domestic violence. **The New England Journal of Medicine** 1999; 341:1892-8.

Leung WC, Leung TW, Lam YYJ, Ho PC. The prevalence of domestic violence against pregnant women in a Chinese community. **Inten Journal of Gynecology & Obstetrics** 1999; 66:23-30.

Lopes F. **Mulheres negras e não negras vivendo com o HIV/AIDS no Estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades**. São Paulo; 2003. [Tese apresentada ao Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública].

Louro GL. Gênero, história e educação. **Educação & Realidade** 1995;20(2):101-132.

Martin SL, Tsui AO, Maitra K, Marinshaw R. Domestic violence in Northern India. **American Journal of Epidemiology** 1999;150:417-26.

Mazoni LS. Construindo o Lugar da Mulher na Situação de Violência. In **Coletânea de Textos para o Curso de Capacitação para o Atendimento a Mulheres em Situação de Violência**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva FMUSP e Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde CFSS; 1998.

McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, Ryden J, Bass EB, Derogatis LR. The "Battering Syndrome": Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices. **Ann Intern Med** [periódico on-line] 1995;123: 737-746. Disponível em <[URL://www.fsp.usp.br/~rsp](http://www.fsp.usp.br/~rsp) >[2003 set 01].

Meyer DEE. Gênero e saúde: indagações a partir do pós-estruturalismo e dos estudos culturais. **Rev. Cie Saúde** 1998;17(1):13-32

Minayo MCS. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. **Cad. Saúde Públ.** 1994; 10 (suplemento 1): 07-18.

Minayo MCS e Souza ER. Violência e Saúde como um Campo Interdisciplinar e de Ação Coletiva. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**. Nov.1997-fev.1998; IV (3): 513-531.

Moore M Reproductive Health and Intimate Partner Violence. **Family Planning Perspectives**. 1999; v.31, n.6: 302-306.

Moraes CL, Reichenheim ME. Magnitude e caracterização da violência contra a mulher durante a gravidez na população atendida pelo serviço público de saúde do Rio de Janeiro. **Rev Bras Epidemiol** 2002;Supl. Esp:33.

Muraro RM. Aborto e fé religiosa. **Mandrágora – Núcleo de Estudos Teológicos da Mulher na América Latina / NETMAL- UESP** 1997; 4(4):45-56.

Naumann P, Langford D, Torres S, Campbell J, Glass N. Women Battering in Primary Care Practice. **Family Practice**. 1999; 16:343-352.

Nunes MJFR. O direito de ser mulher na periferia da cidade: práticas reprodutivas de mulheres de CEBs de São Paulo. **Mandrágora – Núcleo de Estudos Teológicos da Mulher na América Latina / NETMAL- UESP** 1997; 4(4): 29-43.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher "Convenção de Belém do Pará". **Biblioteca Virtual de Direitos Humanos** [periódico on-line] 1994. Disponível em <[URL://www.direitoshumanos.usp.br/~rsp](http://www.direitoshumanos.usp.br/~rsp)>[1999 out 14].

Organização Panamericana de Saúde e Organização Mundial da Saúde. **Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001: Saúde Mental**. Genebra; 2001. p.71-72.

Pavez GA. Expressões da Violência: Violência Doméstica. In **Coletânea de Textos para o Curso de Capacitação para o Atendimento a Mulheres em Situação de Violência**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva FMUSP e Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde CFSS; 1998.

Paz Filho GJ da, Sato LJ; Tuleski MJ, Takata SY, Ranzi CC, Saruhashi SY e col. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto socorro. **Rev. Assoc. Méd. Bras**. 2001; 47(1):65-9.

Pitanguy J. O Movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In: GIFFIN K e COSTA SH (org.) **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 1999. p. 19-38.

[PMSA] Prefeitura Municipal de Santo André. **Dados do Município**. Santo André 2003. Disponível em [URL://www.santoandre.sp.gov.br/~rsp](http://www.santoandre.sp.gov.br/~rsp)>[2003 out 07].

Puccia MIR, Chong AA, Chehab MA. **Manual da rede de saúde para atenção a violência e abuso sexual**. Santo André;2002. [Manual de atendimento da rede].

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. **Dossiê: Violência Contra a Mulher**. Brasil; 1999.

- Saffioti HIB. Conceituando Gênero. In: Saffioti HIB e Muñoz-Vargas **Mulher Brasileira é Assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: NIPAS . Brasília (DF): UNICEF; 1994.
- Saffioti HIB. Violência de Gênero: Entre o Público e o Privado. **Presença de Mulher**. 1997; n. 31:23-30.
- Saffioti HIB. O Estatuto Teórico da Violência de Gênero. In: Santos, JVT (org.) **Violências no Tempo da Globalização**. São Paulo: Editora HUCITEC; 1999.
- Saltzman LE, Green YT, Marks JS, Thacker SB. Violence against women as a public health issue: comments from the CDC. **Am Journal Prev Med** 2000;19(4).
- Sansone RA, Sansone LA, Wiederman M. The prevalence of trauma and its relationship to borderline personality symptoms and self-destructive behaviors in a primary care setting. **Arch Fam Med** 1995; 4:439-442.
- Santos NJS, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugameli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Rev. Saúde Públ** 2002; 36(supl 4):24-31.
- Schraiber LB e D'Oliveira AFLP. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde, **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**. 1999a; v. 3, n. 5: 11-26.
- Schraiber LB e D'Oliveira AFLP. Ocorrência de Casos de Violência Doméstica e Sexual nos Serviços de Saúde em São Paulo e Desenvolvimento de Tecnologia de Atendimento para o Programa de Saúde da Mulher. **Relatório Parcial**. São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva – FMUSP; 1999b. [Relatório Técnico - FMUSP].
- Schraiber LB, D'Oliveira, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública** 2002a; 36: 470-77.
- Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz SG, Portella AP, Ludermir AB e col. Violência contra a mulher e saúde no Brasil: estudo multipaíses da OMS sobre saúde da mulher e violência doméstica. **Relatório**. São Paulo; 2002b.
- Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz SG, Portella AP, Ludermir AB e col. Homens, relações familiares e violência de gênero na cidade de São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco. **Rev Bras Epidemiol** 2002c;Supl. Esp:33.
- Schraiber LB, D'Oliveira, AFPL, Couto MT, Pinho AA, Hanada H, Felicíssimo A e col. Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o programa de saúde da mulher. **Relatório final**

de pesquisa a FAPESP. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003. Projeto Fapesp: Linha Políticas Públicas, nº 98/14070-9.

Scott J. Gênero: Uma Categoria Útil para a Análise Histórica. **SOS Corpo.** 1995; 2ª ed..

[SMS]Secretaria de Saúde de Santo André. **Plano Municipal de Saúde.** Santo André (SP); 2001.

[SMS]Secretaria de Saúde de Santo André. **Relatório de Prestação de Contas do 2º Trimestre 2003.** Santo André (SP); 2003.

Souzas R. **Sob o signo de marte – relações conjugais, gênero e saúde reprodutiva no discurso de mulheres de baixa renda.** São Paulo; 2000. [Dissertação apresentada ao Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública].

Stark E & Flitcraft AH. Spouse Abuse In: Rosenberg ML & Fenley MA **Violence in América.** New York: Oxford University Press; 1991; p123-157.

Stark E & Flitcraft AH. **Women at risk: Domestic violence and women's health.** California: Sage publications; 1996.

STATA CORP. **Stata Statistical Software: Release 6.0.** College Station, TX: Stata Corporation. 1997.

[SEADE] Fundação SEADE. Produtos SEADE. São Paulo; 2003 [online]. Disponível em < [URL:http://www.seade.gov.br/cgi-bin.htm](http://www.seade.gov.br/cgi-bin.htm) > [2003 out 10].

Suarez M, Machado LZ, Bandeira LM. Violência, Sexualidade e Saúde Reprodutiva. In GALVÃO, L.; DÍAZ, J.(org.) **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil.** São Paulo: HUCITEC - Population Council; 1999.

Sugg N K & Inui T. Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence: Opening Pandora Box. **JAMA.** 1992; v. 267, n.23: 3157-3160.

Szklo M, Nieto FJ. **Epidemiology: beyond the basics.** Maryland: Aspen Publishers; 2000.

Tavares DMC. **Violência doméstica: uma questão de saúde pública** São Paulo; 2000. [Dissertação de Mestrado Apresentada ao Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP para Obtenção do Grau de Mestre].

Verardo T. Violência. In: **Coletânea de Textos para o Curso de Capacitação para o Atendimento a Mulheres em Situação de Violência.** São Paulo:

Departamento de Medicina Preventiva FMUSP e Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde CFSS; 1998.

Wijma B, Schei B, Swahnberg K, Hilden M, Offerdal K, Pikarinen U, e col. Emotional, physical and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study. **The Lancet** 2003; 361:2107-13.

ANEXOS

ANEXO I

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo assinado, concordo em conceder entrevista para esta pesquisa que trata da **Saúde da Mulher, Relações Familiares e Serviços de Saúde**. 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 2001

Assinatura Entrevistada

Recebimento:

Assinatura Pesquisadora

Obs. Se você tiver dúvidas sobre essa pesquisa sinta-se à vontade para perguntar agora ou à coordenação geral (Dra. **Lília Blima Schraiber**, telefone: 30 66 74 44 ramal 42)

ANEXO II

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Depto. de Medicina Preventiva

Projeto FAPESP/ Linha Políticas Públicas

SAÚDE DA MULHER, RELAÇÕES FAMILIARES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Pesquisadora Responsável / Coordenação

LILIA BLIMA SCHRAIBER

QUESTIONÁRIO

03 de maio 2001

1. SERVIÇO _____ nº questionário _____ 1. _____

2. DATA DA APLICAÇÃO: ____/____/____ 2. _____
 ____/____/____
3. HORA DE INÍCIO: _____ 3. ____:____
4. NÚMERO DE MATRÍCULA NO SERVIÇO: _____ 4. _____
 INICIAIS DA ENTREVISTADA: _____
5. DATA DO NASCIMENTO: ____/____/____ 5. _____
 ____/____/____
- Escolaridade:
- 6a. SABE LER E ESCREVER? 1. sim 2. não 6a. ____
- 6b. VOCÊ JÁ FREQUENTOU A ESCOLA? 1. sim 2. não [ir para Q. 7] 6b. ____
- 6c. ATÉ QUE SÉRIE/ ANO VOCÊ ESTUDOU? 6c. ____
- Primeiro Grau _____ ano
- Segundo Grau/Técnico _____ ano
- Universitário _____ ano
7. QUAL A SUA COR? 7. ____
1. branca
2. negra
3. amarela
4. mulata
5. outras mestiças
6. outras _____
8. QUAL É A SUA PRÁTICA RELIGIOSA? (resposta múltipla) 8a. ____
1. Católica 8b. ____
2. Judaica
3. Muçulmana
4. Evangélica Histórica
5. Evangélica Pentecostal
6. Espírita kardecista
7. Umbanda
8. Candomblé
9. sem prática religiosa
10. Outras _____
9. ONDE VOCÊ NASCEU? 9a. ____
- 9a. Estado: _____ 9b. ____
- 9b. Cidade: _____ 1. Rural 2. Urbana
10. VOCÊ JÁ MOROU EM OUTRA CIDADE (incluindo a que você nasceu)? 10. ____
1. sim 2. não [ir p. Q. 12]
11. HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ ESTÁ NA GRANDE S.P. (desde a última vez)? _____ anos 11. ____

12. VOCÊ DIRIA QUE MORA EM:

12. ____

1. CASA/APARTAMENTO
2. QUINTAL COMUM/CORTIÇO
3. BARRACO
4. MORA NO EMPREGO
5. MORADORA DE RUA [ir para Q. 16]
6. OUTROS: _____

13. VOCÊ CONSIDERA O LOCAL ONDE MORA COMO:

13. ____

1. BAIRRO
2. FAVELA
3. CONJUNTO HABITACIONAL/ CASA POPULAR
4. CASA DE APOIO/ ALBERGUE
5. OUTRO _____

14. O LOCAL ONDE VOCÊ MORA É:

14. ____

1. PRÓPRIO
2. ALUGADO
3. CEDIDO
4. OCUPAÇÃO
5. INSTITUIÇÃO [ir para Q.16]
6. MORA NO EMPREGO
7. OUTROS _____

15. VOCÊ OU ALGUMA PESSOA DA SUA CASA POSSUI:

15' ____

1. TERRENO
2. CASA
3. APARTAMENTO
4. TERRA
5. SEM PROPRIEDADE

15b. ____

ATENÇÃO – Para as moradores de rua, quem mora no emprego ou em instituição a próxima questão se refere a quantos dos itens ela possui. Para as outras a questão se refere a quantos destes itens a casa da entrevistada possui.

16. VOCÊ POSSUI QUANTOS DESTES ÍTENS?

16' ____

- a) [] TELEVISÃO COLORIDA
- b) [] VÍDEO CASSETE
- c) [] RÁDIO
- d) [] BANHEIRO
- e) [] AUTOMÓVEL DE PASSEIO
- f) [] EMPREGADA MENSALISTA
- g) [] ASPIRADOR DE PÓ
- h) [] MÁQUINA DE LAVAR ROUPA
- i) [] GELADEIRA
- j) [] FREEZER (isolado ou geladeira duplex)

16b. ____

16c. ____

16d. ____

16e. ____

16f. ____

16g. ____

16h. ____

16i. ____

16j. ____

17. QUANTOS CÔMODOS EM SUA CASA SÃO USADOS PARA DORMIR? [____]

17. ____

18. QUAL A SUA OCUPAÇÃO? (resposta múltipla): _____

18' ____

1. do lar / dona de casa
2. empregada doméstica
3. estudante
4. trabalhadora de empresa e/ou autônoma
5. trabalhadora esporádica
6. desempregada
7. outros _____

18b. ____

19. VOCÊ ESTÁ CASADA OU TEM UM RELACIONAMENTO AMOROSO, ATUALMENTE? 19. ____

1. casada/vivendo com um companheiro/ amiga
2. casada/ vivendo com uma companheira/ amiga
3. tem um parceiro/namorado (mantendo relação sexual), mas não vive junto
4. tem parceira/ namorada (mantendo relação sexual), mas não vive junto
5. tem um parceiro/ namorado, sem relação sexual.
6. tem uma parceira/ namorada, sem relação sexual.
7. não está casada, nem vivendo com alguém, nem namorando [ir para Q 24]

19. ____

20. HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ COM O(A) ATUAL COMPANHEIRO(A)?

20. ____

____ anos ____ meses

21. QUAL A IDADE DO(A) COMPANHEIRO(A): ____ anos

21. ____

Escolaridade do companheiro(a):

22a. ____

22b. ____

22a. ELE (A) SABE LER E ESCREVER?

1. sim 2. não

22c. ____

22b. ELE (A) JÁ FREQUENTOU A ESCOLA?

1. sim 2. não [ir para Q. 23]

22c. ATÉ QUE SÉRIE/ ANO ELE (A) ESTUDOU?

Primeiro Grau ____ ano

Segundo Grau/Técnico ____ ano

Universitário ____ ano

Não sabe : 99 ____

23. QUAL A OCUPAÇÃO DO(A) COMPANHEIRO(A)? _____

23' ____

(resposta múltipla)

23b. ____

1. Do lar
2. Doméstico(a) [cozinheiro(a), copeiro(a), faxineiro(a), jardineiro(a), etc]
3. Estudante
4. Trabalhador(a) de empresa e/ou autônomo(a)
5. Trabalhador(a) esporádico(a)
6. Desempregado(a)
7. Outros _____
- 9 Não Sabe

24. VOCÊ SAIU DA CASA EM QUE FOI CRIADA? QUAL O MOTIVO DA SAÍDA? FALE O PRINCIPAL MOTIVO. 24. ____

1. ainda vive na casa onde foi criada
2. casou/ foi viver com o companheiro
3. casou/ foi viver com o companheiro porque estava grávida
4. resolveu morar sozinha
5. foi morar no emprego
6. agressão física e/ou sexual entre os pais
7. agressão física e/ou sexual contra ela, por familiares
8. conflitos familiares de outra ordem
9. foi expulsa da casa
10. outros _____

25. COM QUE IDADE FOI SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL?: _____ anos 25. ____
[Se virgem=00, ir para Q.35]

26. VOCÊ JÁ ENGRAVIDOU?

1. sim 26. ____
2. não [ir para Q.32]
9. não sei [ir para Q.32]

27. QUANTAS VEZES? _____ 27. ____

28. QUANTOS FILHOS NASCERAM VIVOS? _____ 28. ____

29. JÁ TEVE ALGUM ABORTAMENTO? QUANTOS? _____ 29. ____

30. JÁ TEVE ALGUM FILHO NASCIDO MORTO? QUANTOS? _____ 30. ____

31. ALGUM DE SEUS FILHOS NASCEU ABAIXO DO PESO (ABAIXO DE 2,5 KG)?
QUANTOS? _____ 31 ____

32 a. ____

32 b. ____

32. VOCÊ OU SEU PARCEIRO ATUAL FAZEM USO DE ALGUM MÉTODO PARA EVITAR GRAVIDEZ? QUAL? (resposta múltipla)

1. Não usa método
2. Está grávida
3. DIU
4. Pílula
5. Diafragma/Geléia espermecida
6. Injeção
7. Laqueadura
8. Vasectomia
9. Condom/ camisinha
10. Métodos naturais (tabelinha, coito interrompido, lavagem, ducha...)
11. Não se aplica (na menopausa, sem parceiro sexual, histerectomizada, mulheres que fazem sexo com mulheres)

12. Outros (está amamentando ou outros métodos)

33. VOCÊ ALGUMA VEZ USOU CAMISINHA COM SEU PARCEIRO MAIS RECENTE/ ATUAL PARA SE PROTEGER DE ALGUMA DOENÇA? 33. ____

1. Sim 2. Não

34. ALGUMA VEZ SEU PARCEIRO MAIS RECENTE/ ATUAL JÁ SE RECUSOU A USAR CAMISINHA PARA PREVENIR ALGUMA DOENÇA? 34. ____

1. Sim 2. Não

35. VOCÊ SABE QUE EXISTEM DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, ENTRE ELAS, O VÍRUS HIV, QUE PODE LEVAR À AIDS. VOCÊ, ALGUMA VEZ, JÁ FEZ TESTE PARA O HIV (AIDS)? NÃO QUEREMOS SABER O RESULTADO, APENAS SABER SE VOCÊ JÁ FEZ O TESTE. 35. ____

1. Sim
2. Não
3. Não sabe

36. AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO RELACIONADAS COM PROBLEMAS COMUNS QUE TALVEZ A TENHAM INCOMODADO NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS. SE VOCÊ TEVE PROBLEMAS NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, RESPONDA SIM. SE NÃO, RESPONDA NÃO

	SIM	NÃO	
a) TEM DORES DE CABEÇA FREQUENTES?.....	1	2	36a. ____
b) TEM FALTA DE APETITE?.....	1	2	36b. ____
c) DORME MAL?.....	1	2	36c. ____
d) ASSUSTA-SE COM FACILIDADE?.....	1	2	36d. ____
e) TEM TREMORES NAS MÃOS?.....	1	2	36e. ____
f) SENTE-SE NERVOSA, TENSA, PREOCUPADA?.....	1	2	36f. ____
g) TEM MÁ DIGESTÃO?.....	1	2	36g. ____
h) TEM DIFICULDADE EM PENSAR COM CLAREZA?.....	1	2	36h. ____
i) TEM SE SENTIDO TRISTE ULTIMAMENTE?.....	1	2	36i. ____
j) TEM CHORADO MAIS QUE DE COSTUME?.....	1	2	36j. ____
k) ENCONTRA DIFICULDADES EM REALIZAR COM SAFISTAÇÃO SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS?.....	1	2	36k. ____
l) TEM DIFICULDADE PARA TOMAR DECISÕES?.....	1	2	36l. ____
m) TEM DIFICULDADES NO SERVIÇO? (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?.....	1	2	36m. ____
n) É INCAPAZ DE DESEMPENHAR UM PAPEL ÚTIL EM SUA VIDA?	1	2	36n. ____
o) TEM PERDIDO O INTERESSE PELAS COISAS?.....	1	2	36o. ____
p) VOCÊ SE SENTE UMA PESSOA INÚTIL, SEM PRÉSTIMO?	1	2	36p. ____
q) TEM TIDO A IDÉIA DE ACABAR COM A VIDA?	1	2	36q. ____
r) SENTE-SE CANSADA O TEMPO TODO?	1	2	36r. ____
s) TEM SENSações DESAGRADÁVEIS NO ESTÔMAGO?	1	2	36s. ____
t) VOCÊ SE CANSA COM FACILIDADE?.....	1	2	36t. ____

37. NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, VOCÊ TEVE:

		SIM	NÃO	
a.	TONTURAS	1	2	37a. ___
b.	CORRIMENTO VAGINAL	1	2	37b. ___
c.	FERIDA VAGINAL	1	2	37c. ___
d.	VERRUGA VAGINAL	1	2	37d. ___
e.	DOR NA RELAÇÃO SEXUAL	1	2	37e. ___
f.	DOR EM BAIXO VENTRE	1	2	37f. ___

ATENÇÃO ENTREVISTADORA:

“Até aqui foram feitas perguntas mais gerais. Agora as perguntas vão abordar aspectos mais íntimos de relacionamento que podem ser mais difíceis de serem respondidas, pois podem mobilizar sentimentos de tristeza, revolta, vergonha ... Podemos continuar?”

As questões que seguem referem-se a mulheres que estão casadas, moram com o(a) companheiro(a) ou têm namorado(a), ou que alguma vez tiveram relacionamentos deste tipo.

Senão, vá para a Questão 42.

38. Eu quero que você me diga se seu atual marido/companheiro(a), ou qualquer outro companheiro ou namorado (a) alguma vez, tratou você da seguinte forma:	A) (Se sim, continue em B. Se não, vá para o próximo item)		B) Isto aconteceu nos últimos 12 meses? (Se sim, pergunte somente a C. Se não, somente a D)		C) Nos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes? (depois de responder a C, pule o D)			D) Antes dos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?		
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	Uma	Poucas	Muitas	Uma	Poucas	Muitas
a) Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
b) Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
c) Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito (p. ex.: a forma como ele (a) a olha, como ele (a) grita, como ele (a) quebra coisas/objetos pessoais)?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
d) Ameaçou machucá-la ou alguém ou algo de que (m) você gosta?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
39. Alguma vez, o seu atual marido/companheiro (a), ou qualquer outro companheiro (a), tratou você da seguinte forma:	SIM	NÃO	SIM	NÃO	Uma	Poucas	Muitas	Uma	Poucas	Muitas
a) Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
b) Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/ chacoalhão?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
c) Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
d) Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
e) Estrangulou ou queimou você de propósito?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
f) Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
40. Alguma vez, o seu atual marido/companheiro (a), ou qualquer outro companheiro (a), tratou você da seguinte forma:	SIM	NÃO	SIM	NÃO	Uma	Poucas	Muitas	Uma	Poucas	Muitas

a) Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
b) Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele (a) pudesse fazer?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
c) forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3

Se a entrevistada respondeu SIM a alguma das questões 38, 39 e 40, faça a pergunta 41. Senão, vá para a Q. 42

41. ALGUMA DESTAS VEZES VOCÊ ESTAVA GRÁVIDA? 41. ____

- 1. Sim
- 2. Não

42. ALGUMA OUTRA PESSOA, NA SUA VIDA, JÁ INSULTOU VOCÊ, DEPRECIOU OU HUMILHOU, OU FEZ COM QUE VOCÊ SE SENTISSE MAL? 42. ____

- 1. sim
- 2. não [ir para Q.43]
- 3. não quis responder [ir para Q.43]

42a. QUEM?	42b. QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA?				42c. QUANTAS VEZES ISSO ACONTECEU?			42d. ESTAVA GRÁVIDA, EM PELO MENOS 1 DESTAS VEZES?	
	Antes dos 12	12-18	19 ou +	Em + de 1 período	Uma	Poucas	Muitas	Sim	Não
a. filhos	1	2	3	4	1	2	3	1	2
b. mãe/mãe adotiva	1	2	3	4	1	2	3	1	2
c. pai/pai adotivo	1	2	3	4	1	2	3	1	2
d. irmão (ã)(s)	1	2	3	4	1	2	3	1	2
e. outros familiares	1	2	3	4	1	2	3	1	2
f. vizinhos	1	2	3	4	1	2	3	1	2
g. amigo (a) (s) trabalho/escola	1	2	3	4	1	2	3	1	2
h. outros _____	1	2	3	4	1	2	3	1	2

43. ALGUMA OUTRA PESSOA, JÁ BATEU, DEU TAPAS, CHUTOU OU MACHUCOU VOCÊ FISICAMENTE OU DE ALGUMA OUTRA FORMA?

- 1. sim
- 2. não [ir para Q.44]
- 3. não quis responder [ir para Q.44]

43. ____

43a. QUEM?	43b. QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA?				43 c. QUANTAS VEZES ISSO ACONTECEU?			43 d. ESTAVA GRÁVIDA, EM PELO MENOS 1 DESTAS VEZES?	
	Antes dos 12	12-18	19 ou +	Em + de 1 período	Uma	Poucas	Muitas	Sim	Não
a. Filhos	1	2	3	4	1	2	3	1	2
b. Mãe/mãe adotiva	1	2	3	4	1	2	3	1	2
c. Pai/pai adotivo	1	2	3	4	1	2	3	1	2
d. Irmão (ã)(s)	1	2	3	4	1	2	3	1	2
e. Outros familiares	1	2	3	4	1	2	3	1	2
f. Vizinhos	1	2	3	4	1	2	3	1	2
g. Amigo (a) (s) trabalho/escola	1	2	3	4	1	2	3	1	2
h. Outros _____	1	2	3	4	1	2	3	1	2

44. ALGUMA OUTRA PESSOA JÁ FORÇOU VOCÊ A TER RELAÇÃO SEXUAL CONTRA SUA VONTADE?

44. _____

1. Sim
2. Não [ir para Q.45]
3. não Quis responder [ir para Q.45]

44a. QUEM?	44b. QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA?				44c. QUANTAS VEZES ISSO ACONTECEU?			44d. ESTAVA GRÁVIDA, EM PELO MENOS 1 DESTAS VEZES?	
	Antes dos 12	12-18	19 ou +	Em + de 1 período	Uma	Poucas	Muitas	Sim	Não
a. filhos	1	2	3	4	1	2	3	1	2
b. mãe/mãe adotiva	1	2	3	4	1	2	3	1	2
c. pai/pai adotivo	1	2	3	4	1	2	3	1	2
d. irmão (ã)(s)	1	2	3	4	1	2	3	1	2
e. outros familiares	1	2	3	4	1	2	3	1	2
f. vizinhos	1	2	3	4	1	2	3	1	2
g. amigo (a) (s) trabalho/escola	1	2	3	4	1	2	3	1	2
h. outros _____	1	2	3	4	1	2	3	1	2

45. VOCÊ CONSIDERA QUE SOFREU VIOLÊNCIA NA VIDA? 45. ____
1. Sim 2. Não
46. VOCÊ TEM MEDO DE ALGUÉM PRÓXIMO A VOCÊ? 46. ____
1. Sim
2. Não [ir para Q.48]
47. DE QUEM? 47 a. ____
1. Marido/namorado (a) 47 b. ____
2. Filhos
3. Ex-marido/ex-namorado (a)
4. Mãe/mãe adotiva
5. Pai/pai adotivo
6. Irmão (ã) (s)
7. Outros familiares
8. Vizinhos
9. Amigo (a) (s) trabalho/Escola
10. Outros _____
48. NA SUA VIDA, VOCÊ JÁ BATEU EM ALGUÉM? 48. ____
1. Sim
2. Não [ir para Q.50]
49. EM QUEM? 49 a. ____
1. Marido/namorado (a) 49 b. ____
2. Filhos
3. Ex-marido/ex-namorado (a)
4. Mãe/mãe adotiva
5. Pai/pai adotivo
6. Irmão (ã) (s)
7. Outros familiares
8. Vizinhos
9. Amigo (a) (s) trabalho/Escola
10. Outros _____
50. VOCÊ TEM CONTATO COM ALGUÉM QUE VEM SENDO AGREDIDO (A)? 50. ____
1. Sim
2. Não [ir para Q.53]

51. QUEM É O(A) AGREDIDO (A)?

1. Marido/namorado (a)
2. Filhos
3. Ex-marido/ex-namorado (a)
4. Mãe/mãe adotiva
5. Pai/pai adotivo
6. Irmão (ã) (s)
7. Outros familiares
8. Vizinhos
9. Amigo (a)(s) trabalho/escola
10. Outros _____

51 a. ____

51 b. ____

52. QUEM É O(A) AGRESSOR? (em relação ao agredido)

1. Marido/namorado (a)
2. Filhos
3. Ex-marido/ex-namorado (a)
4. Mãe/mãe adotiva
5. Pai/pai adotivo
6. Irmão (ã) (s)
7. Outros familiares
8. Vizinhos
9. Amigo (a)(s) trabalho/escola
10. Outros _____

52 a. ____

52 b. ____

53. DURANTE A ENTREVISTA, CONVERSAMOS SOBRE ALGUNS ASSUNTOS DIFÍCEIS. COMO VOCÊ SE SENTE APÓS CONVERSARMOS SOBRE ESSAS COISAS?

53. ____

1. BEM/ MELHOR
2. MAL/ PIOR
9. INDIFERENTE/ NÃO SEI

54. VOCÊ GOSTARIA QUE PERGUNTASSEM A VOCÊ, ASSIM COMO A TODAS AS USUÁRIAS DESTE SERVIÇO DE SAÚDE, DE FORMA ROTINEIRA, SOBRE AGRESSÕES, MAUS TRATOS, VIOLÊNCIA FÍSICA OU SEXUAL?

54. ____

1. gostaria
2. não gostaria
9. indiferente/ não sei

55. ENTREVISTADORA: _____

55. ____

56. HORA DE TÉRMINO: ____:____

56. ____:____

OBSERVAÇÕES DA ENTREVISTADORA:



HOSPITAL DAS CLÍNICAS

DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CAIXA POSTAL 5081
SÃO PAULO - BRASIL

DIRETORIA CLÍNICA

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

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 10.05.2000, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 107/00, intitulado: "Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde de São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o programa de saúde da mulher", apresentado pelo(a) pesquisador(a) Dra. *Lilia Blima Schraiber*, do Departamento de Medicina Preventiva, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CAPPesq, 12 de Maio de 2000.

PROF. DR. JORGE KALIL FILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

OBSERVAÇÃO: 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")

Saúde da Mulher e Direitos Humanos

"Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos (...) e devem agir umas com as outras com espírito de fraternidade"

*Art. 1º
1948.11*

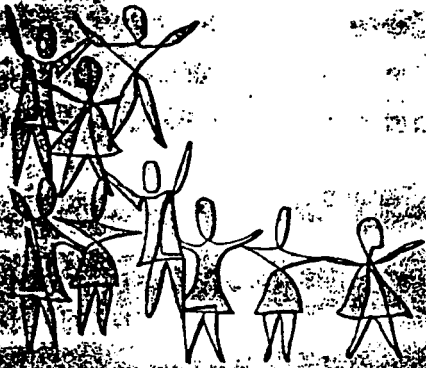
Organização Mundial da Saúde (OMS)

USP Faculdade de Medicina - Departamento de Medicina Preventiva

Participantes:

Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (CFSS)

SOS Corpo



VEM MARIA

CENTRO DE APOIO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

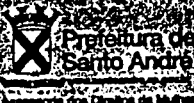
**ATENDIMENTO SOCIAL,
PSICOLÓGICO E JURÍDICO**

Rua José Lins do Rego, 170

Vila Valparaíso (próximo a av. Atlântica) - Santo André
ônibus: EPT B51 e 106 / Padroeira 151 e 406

Fone: 4992-2936

Horário de atendimento: das 9 às 17 horas



Guia de Serviços
Município de São Paulo
Saúde da Mulher e Direitos Humanos



FMUSP / CFSS
São Paulo
2000