

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES



ANA PAULA PORTELLA FERREIRA GOMES

**SITUAÇÃO DE SAÚDE E VIOLÊNCIA CONTRA
AS MULHERES NO RECIFE, PE**

RECIFE
2008

ANA PAULA PORTELLA FERREIRA GOMES

**SITUAÇÃO DE SAÚDE
E VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES
NO RECIFE, PE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof. Dr^a Ana Maria de Brito

**RECIFE
2008**

ANA PAULA PORTELLA FERREIRA GOMES

SITUAÇÃO DE SAÚDE E VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO RECIFE, PE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a Ana Maria de Brito
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ

Prof^a Dr^a Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino
Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia

Prof^a Dr^a Maria Cynthia Braga
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

G633s Gomes, Ana Paula Portella Ferreira
Situação de saúde e violência contra as mulheres no Recife, PE/
Ana Paula Portella Ferreira Gomes. – Recife: A. P. P. F. Gomes,
2008.

149 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) -- Centro de Pesquisas
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz
Orientadora: Ana Maria de Brito.

1. Violência contra a Mulher. 2. Violência Sexual. 3. Diagnóstico
da Situação em Saúde. 4. Serviços de Saúde. 5. Programa Saúde da
Família. I. Brito, Ana Maria de. II. Título.

CDU 361.624

Às mulheres que, com generosidade,
revelaram suas dolorosas histórias para esta pesquisa.
Com gratidão e admiração.

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª. Lilia Blima Schraiber, mestra e amiga querida, que, com mão firme e suave, me introduziu nos estudos sobre violência, me ensinando a cada dia que é possível ser rigorosa com criatividade e sensibilidade.

À minha orientadora, Profª Drª. Ana Maria de Brito, pela presença e pelo apoio competente na realização deste trabalho. Às Profªs Drªs Estela Aquino e Cynthia Braga, pelas observações precisas que muito qualificaram a minha análise.

À Secretaria de Saúde do Recife, na pessoa do então Secretário, Dr. Gustavo Couto, e às equipes do Programa Saúde da Família por tornarem possível a realização desta pesquisa.

À equipe de pesquisadoras, pela dedicação e pelo trabalho competente e sensível na obtenção das informações junto às mulheres.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro.

Aos meus colegas e às professoras e professores do mestrado, por me introduzirem nesse mundo novo da saúde coletiva. Muito especialmente, agradeço a Cynthia Braga, Fátima Militão e Wayner Vieira de Souza por terem conseguido o que eu supunha impossível: um aprendizado prazeroso da estatística e da epidemiologia. Pela mesma razão, agradeço a Djalma Agripino, que, com serenidade e brilhantismo, ampliou os limites de nosso conhecimento.

Muita gente deu um apoio direto à realização desta dissertação e agradeço-lhes por isso: a equipe de estatística do CPqAM, pelo auxílio nas análises e no aprendizado do SPSS; à equipe da USP, por todo o trabalho com os documentos da pesquisa, com o banco de dados e pelas análises preliminares; agradeço especialmente à Ricardo Góes, Ligia Kiss e Diane Cohen. À equipe da biblioteca do CPqAM, pelo aprendizado de normatização do texto.

Às minhas companheiras e amigas do SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia, lugar onde a violência emergiu para mim como um problema a ser enfrentado e estudado. Sou grata pelas possibilidades oferecidas para realizar a pesquisa e a dissertação, pelo apoio material e técnico, pelo debate cotidiano e pela crítica aguda e precisa e, principalmente, pela presença amiga, pelos sorrisos e pelos momentos de “filosofia das trivialidades”, que muito me ajudaram na análise que aqui apresento.

Às companheiras e também amigas do movimento feminista, em muitos lugares do Brasil e do mundo, pela interlocução e debate constantes, que iluminaram o meu caminho na discussão sobre a violência.

Aos meus amigos e amigas queridas, pela presença constante, conversas estimulantes, pela alegria e pela paciência, muita paciência, para suportar minhas queixas ou arroubos entusiastas por questões no mais das vezes incompreensíveis e inteiramente irrelevantes para eles e elas. Correndo o risco de ser injusta e omitir pessoas que estiveram presentes neste período, gostaria de agradecer diretamente a Anco Márcio Tenório Vieira, Mônica Fontana, Paula Valadares, Domício Júnior, Hélder Aragão, João Junior e Beto Normal.

E, de longe, presença intermitente, mas intensa, agradeço a André Junqueira Caetano. Por tudo.

A meus pais, minhas irmãs e toda minha família, por ser o que é: querida, amorosa, apoiadora, estimulante e, sobretudo, leve e bem humorada.

E, finalmente, a Bruno, meu filho querido, por existir e me fazer feliz, pela paciência e pela generosidade em compartilhar o nosso tempo com a minha dedicação a este trabalho.

O reconhecimento e a gratidão pelas contribuições de todas estas pessoas não retira, de nenhum modo, a minha responsabilidade pessoal pela análise aqui apresentada e pelas eventuais incorreções e equívocos nela contidas.

GOMES, Ana Paula Portella Ferreira. **Situação de saúde e violência contra as mulheres no Recife, PE.** 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

RESUMO

Nas últimas décadas, a violência masculina contra as mulheres tem recebido crescente atenção como problema social de considerável magnitude que requer grandes esforços por parte dos governos e da sociedade para a sua superação. É um campo de estudo importante, sobretudo no que se refere às suas interfaces com a saúde, uma vez que provoca graves conseqüências para o bem estar e a saúde física e mental das mulheres. Os serviços de saúde, principais locais de acolhimento das queixas e dos problemas provocados pela exposição à violência, têm pouca sensibilidade para o problema e não acolhem adequadamente as vítimas. Este estudo teve como objetivo analisar a violência física, sexual e/ou psicológica, entre mulheres de 15 a 49 anos, usuárias de serviços do Programa Saúde da Família de Recife, de acordo com algumas características sócio-demográficas e sanitárias. Realizou-se um estudo transversal, de base populacional, com uma amostra de 2156 mulheres de 15 a 49 anos, representativa das usuárias do PSF nos seis distritos sanitários do Recife, atendidas entre 2005 e 2006. Utilizou-se questionário padronizado pela Organização Mundial da Saúde, validado em outros países e no Brasil. Além da descrição das características da população estudada, foram analisados os principais fatores associados à violência contra as mulheres. Foram altas as prevalências de violência ocorrida alguma vez na vida (psicológica: 46,4%; física: 35,8%; sexual: 11,1%; qualquer tipo: 52,2%) e ocorrida no ano anterior à entrevista (psicológica: 70,8%; física: 54,8%; sexual: 55,4%; qualquer tipo: 70,1%). Os principais fatores associados à violência recorrente sofrida alguma vez na vida foram: ser preta (OR=1,94) ou parda (OR=1,89), estar sem parceiro (OR=3,73) ou unida (OR=3,22), nunca ter usado preservativo para prevenir Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST (OR=1,54), o parceiro já ter se recusado a usar preservativo (OR=1,99), uso de álcool ou outras drogas na gestação (OR=1,76), ter tido filhos nascidos com baixo peso (OR=1,84), ter sentido dor na relação sexual (OR=1,69) e dor no baixo ventre (OR=1,62) no mês anterior à entrevista e achar que vinda à unidade de saúde estar relacionada à violência sofrida (OR=3,95). Estes resultados revelam a alta magnitude do problema entre usuárias de serviços públicos de saúde, reiterando achados de estudos nacionais e estrangeiros. Os achados chamam a atenção, ainda, para a necessidade de reorganização dos serviços de saúde no sentido de identificar os casos e oferecer assistência adequada às mulheres vítimas de violência.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher. Violência Sexual. Diagnóstico da Situação em Saúde. Serviços de Saúde. Programa Saúde da Família.

GOMES, Ana Paula Portella Ferreira. **Health situation and violence against women in Recife, PE.** 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

ABSTRACT

In recent decades, male violence against women has received increasing attention as a social problem of considerable magnitude that requires great efforts by governments and society to be faced. It is an important field of study, especially with regard to their interfaces with health, considering the severe consequences for women's well being and physical and mental health. Health Services, local host of complaints and problems caused by exposure to violence, have shown little sensitivity to the problem and not properly receive the victims. This study aimed to examine physical, sexual and/or psychological violence against women aged 15 to 49 years, users of services of the Family Health Program of Recife, according to some socio-demographic and health characteristics. It was a population based cross-sectional study conducted with a sample of 2156 women aged 15 to 49 years, representative of the users of PSF in the six health districts of Recife, attended in 2005 and 2006. It used a questionnaire standardized by WHO, validated in another countries and also in Brazil. Besides a description of the population characteristics, main associated factors to violence against women were analyzed. High prevalences of violence ever in life were found (psychological: 46.4%; physical: 35.8%; sex: 11.1%; any kind: 52.2%); as well for violence occurred in the year before the interview (psychological : 70.8%; physical: 54.8%; sex: 55.4%; any kind: 70.1%). Main risk factors, all with $p < 0.05$, for violence ever in life were: being black (OR = 1.94) or brown (OR = 1.89), have no partner (OR = 3, 73) or being united (OR = 3.22), never used condoms to prevent STDs (OR = 1.54), if the partner has refused to use condoms (OR = 1.99), use of alcohol or other drugs during pregnancy (OR = 1.76), have had children born with low birth weight (OR = 1.84), have felt pain in sexual intercourse (OR = 1.69) and lower abdominal pain (OR = 1.62) in the month preceding the interview and find that the visit to the health unit was related to experiences of violence (OR = 3.95). These results show a high magnitude of the problem among users of public health services, reiterating national and foreign findings. Highlight the need for further reorganization of health services to identify the cases and offer appropriate assistance to women.

Key-Words: Violence against women. Sexual violence. Health situation diagnosis. Health services. Family health program.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tamanhos de amostra por unidade básica (para cada sítio)	53
Tabela 2 – Distribuição da população nos DSs, ZEIS, Áreas Pobres e Outras Áreas. Recife, 2000.	54
Tabela 3 – Distribuição da população estudada de acordo com a Unidade Básica de Saúde, UDH, bairro e Distrito Sanitário. Recife, 2006.	56
Tabela 4 – Distribuição da população estudada de acordo com o distrito sanitário. Recife, 2006.	70
Tabela 5a – Distribuição da população estudada segundo características sócio-demográficas selecionadas. Recife, 2006.	74
Tabela 5b – Distribuição da população estudada segundo características sócio-demográficas selecionadas. Recife, 2006.	75
Tabela 6 – Distribuição da população estudada segundo características da vida sexual e reprodutiva selecionadas. Recife, 2006.	77
Tabela 7a – Distribuição da população estudada segundo características de saúde selecionadas. Recife, 2006.	80
Tabela 7b – Distribuição da população estudada segundo características de saúde selecionadas. Recife, 2006.	81
Tabela 8 – Nº e percentual de violência física cometida por parceiro ou ex-parceiro, alguma vez na vida, segundo a frequência dos episódios. Recife, 2006.	83
Tabela 9 – Nº e percentual de violência cometida por parceiro ou ex-parceiro, alguma vez na vida, segundo o tipo de violência. Recife, 2006.	83
Tabela 10 – Nº e percentual de violência cometida por parceiro ou ex-parceiro, no último ano, segundo o tipo de violência. Recife, 2006.	83
Tabela 11 – Nº e percentual de violência cometida por parceiro ou ex-parceiro, no último ano, segundo o tipo de violência e a frequência dos episódios. Recife, 2006.	83
Tabela 12a – Associação entre características sócio-demográficas e violência física recorrente cometida por parceiro ou ex-parceiro íntimo alguma vez na vida. Recife, 2006.	86

Tabela 12b – Associação entre características sócio-demográficas e violência física recorrente cometida por parceiro ou ex-parceiro íntimo alguma vez na vida. Recife, 2006.	87
Tabela 13 – Associação entre características da vida sexual e reprodutiva e violência física recorrente cometida por parceiro ou ex-parceiro íntimo alguma vez na vida. Recife, 2006.	89
Tabela 14a – Associação entre características de saúde e violência física recorrente cometida por parceiro ou ex-parceiro íntimo alguma vez na vida. Recife, 2006.	91
Tabela 14b – Associação entre características de saúde e violência física recorrente cometida por parceiro ou ex-parceiro íntimo alguma vez na vida. Recife, 2006.	92
Tabela 15 – Associação entre características sócio-demográficas e violência física recorrente cometida por parceiro ou ex-parceiro alguma vez na vida – análise multivariada. Recife, 2006.	93
Tabela 16 – Associação entre características da vida sexual e reprodutiva e violência física recorrente cometida por parceiro ou ex-parceiro íntimo alguma vez na vida – análise multivariada. Recife, 2006.	94
Tabela 17 – Associação entre características de saúde e violência física recorrente cometida por parceiro ou ex-parceiro íntimo alguma vez na vida – análise multivariada. Recife, 2006.	94
Tabela 18 – Fatores associados à violência física recorrente cometida por parceiro ou ex-parceiro íntimo alguma vez na vida – análise multivariada. Recife, 2006.	96

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABIPEME – Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado
- AMA – *American Medical Association*/Associação Médica Americana
- CDC – *Center for Disease Control*/Centro de Controle do Doenças
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
- CPqAM – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
- CTS – *Conflict Tactic Scale*/Escala Tática de Conflitos
- DHS – *Demographic Health Survey*/Pesquisa de Demografia e Saúde
- DP – Desvio-padrão
- DS – Distrito Sanitário
- DST – Doenças sexualmente transmissíveis
- FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- HIV – *Human Immunodeficiency Virus*/Vírus da imunodeficiência humana
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IC – Intervalo de confiança
- IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
- IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
- Medline – *Medlars on line* (base bibliográfica do campo da saúde, disponível na internet)
- MS – Ministério da Saúde
- OEA – Organização dos Estados Americanos
- OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde/*World Health Organization*
- OPAS – Organização Panamericana de Saúde
- OR – *Odds ratio*/Razão de chances
- PCR – Prefeitura da Cidade do Recife
- PIB – Produto Interno Bruto
- PNAD – Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar
- PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
- PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

Popline – Base de dados *on line* sobre população da Universidade Johns Hopkins

PSF – Programa Saúde da Família

RPA – Região político-administrativa

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SRQ-20 – *Self Report Questionnaire*/Questionário Auto Referido

SUS – Sistema Único de Saúde

TCI – Termo de Consentimento Informado

TMC – Transtorno mental comum

UBS – Unidade básica de saúde

UDH – Unidade de Desenvolvimento Humano

USP – Universidade de São Paulo

ZEIS – Zona Especial de Interesse Social

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1 <i>A construção da violência contra as mulheres como problema teórico e político</i>	21
2.2 <i>Breves considerações sobre definições e conceitos de violência contra as mulheres</i>	27
2.3 <i>Magnitude da violência contra as mulheres</i>	35
2.4 <i>Características da violência contra as mulheres</i>	40
2.5 <i>Conseqüências da violência para a saúde das mulheres</i>	42
2.7 <i>Algumas considerações metodológicas</i>	46
2.8 <i>Definições operacionais</i>	51
3 OBJETIVOS	52
3.1 <i>Objetivo geral</i>	52
3.2 <i>Objetivos específicos</i>	52
4 MÉTODO	53
4.1 <i>Desenho do estudo</i>	53
4.2 <i>População e amostra</i>	54
4.3 <i>Produção de dados</i>	57
4.4 <i>Considerações éticas</i>	59
4.5 <i>Processamento e análise dos dados</i>	61
4.6 <i>Contribuições e limites do estudo</i>	68
5 RESULTADOS	71
5.1 <i>Perfil sócio-demográfico</i>	72
5.2 <i>Características da vida sexual e reprodutiva</i>	77
5.3 <i>Características de saúde</i>	79
5.4 <i>Prevalências de violência</i>	83
5.5 <i>Fatores associados à violência</i>	85
5.5.1 <i>Fatores sócio-demográficos e ocorrência de violência física recorrente cometida por parceiro íntimo atual ou mais recente alguma vez na vida</i>	85
5.5.2 <i>Características da vida sexual e reprodutiva e ocorrência de violência física recorrente cometida por parceiro íntimo atual ou mais recente alguma vez na vida</i>	89
5.5.3 <i>Características de saúde e ocorrência de violência física recorrente cometida por parceiro íntimo atual ou mais recente alguma vez na vida</i>	91
5.6 <i>Análise multivariada</i>	94
6 DISCUSSÃO	98
7 CONCLUSÕES	112
REFERÊNCIAS	116
ANEXOS	128

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a violência contra as mulheres tem recebido crescente atenção como problema social de considerável magnitude que requer grandes esforços por parte dos governos e da sociedade para a sua superação. Assim como outras formas de violência, pode-se dizer que a violência contra as mulheres confunde-se com a própria história da humanidade, dela havendo registros em textos mitológicos, religiosos e literários. Não se trata, portanto, de uma questão contemporânea ou moderna. Melhor dizendo, não se trata de um fenômeno dos nossos tempos, mas, foi apenas na contemporaneidade que esta prática social amplamente disseminada e virtualmente legitimada em todas as sociedades conhecidas passou a ser problematizada.

No Brasil, a violência contra as mulheres é um elemento importante da nossa formação social, podendo-se dizer que é um dos elementos fundantes da sociabilidade brasileira graças ao terrível processo de subjugação de negras e indígenas através da violência sexual, descrito na obra de Gilberto Freyre (1987). Portadora de características próprias, entre as quais sobressaem a perenidade e universalidade de sua ocorrência, a violência contra as mulheres também pode, portanto, ter seu caminho duramente traçado desde os primórdios da história de nosso país. Não obstante, não fosse o movimento feminista, é bastante provável que ainda estivesse oculta nas sombras da família, da vida privada e da intimidade. Nas últimas décadas, esta vivência solitária e silenciosa das mulheres foi visibilizada pelo feminismo que, ao trazer para a cena pública o que até então era vivido como intimidade, tornou política uma questão entendida como natural ou, no máximo, como pessoal. A despeito das resistências, é possível dizer que hoje a violência contra as mulheres está instituída como uma questão política, social, cultural, econômica e de saúde, colocando-se como um problema para a consolidação da democracia no Brasil (PORTELLA et al., 2004).

A violência contra as mulheres é, atualmente, um campo de estudo importante, sobretudo no que se refere às suas interfaces com a saúde. Hoje, sabe-se que há vários tipos e gradientes de violência, assim como já se pode traçar um panorama, ainda incompleto e limitado, da ocorrência da violência contra as mulheres em várias partes do mundo. Sabe-se que violência psicológica é a de maior ocorrência, alcançando, no Brasil, prevalências que

vão de 22,3%, em Salvador, a 73,5%, em Recife. Para a violência física, responsável pela maior parte das lesões, dos internamentos e do óbito de mulheres em decorrência de agressões, as prevalências variam de 21,5%, para 15 capitais e o Distrito Federal, a 40,4%, entre usuárias de unidades básicas de saúde do município de São Paulo. A violência sexual, menos documentada em virtude das dificuldades de revelação encontradas pelas mulheres, apresenta prevalências menores, mas ainda preocupantes: de 9%, em Porto Alegre, a 18,6%, em Salvador (KRONBAUER; MENEGHEL, 2005; MARINHEIRO, 2006; REICHENHEIM, 2007; SCHRAIBER, 2003a; SCHRAIBER et al., 2007a; SILVA, 2003; VENTURI, 2004).

É raro que a violência contra as mulheres ocorra apenas em suas formas isoladas. Em geral, são as modalidades combinadas as mais comuns. Assim, a violência psicológica sempre acompanha as duas outras formas e a violência sexual é ordinariamente acompanhada pela violência física. Mulheres em situação de violência, portanto, vivenciam simultaneamente diferentes tipos de violência. São muitos os danos decorrentes desta sobreposição de formas diferentes de violência, agravados pelo fato de que a violência contra as mulheres ocorre sob a forma de ciclos, que se estendem durante longos períodos de tempo, com tendência de agravamento (HEISE et al., 1999; KRUG et al., 2002).

O sofrimento e os danos produzidos pela experiência da violência são facilmente percebidos e condenados quando se trata de situações vividas na esfera pública, como a violência urbana, a guerra e a tortura. A violência contra as mulheres, majoritariamente cometida no espaço privado por homens que compartilham da vida íntima da vítima, custou a ser admitida como um problema de dimensões tão ou mais graves do que outras formas de violência. A exposição duradoura – em alguns casos, as agressões duram décadas – à humilhação e ofensas, a agressões físicas e ao sexo não consentido produz situações de sofrimento intenso e prolongado com repercussões importantes sobre a saúde das mulheres e das outras pessoas que integram o círculo familiar. Só nas duas últimas décadas, porém, é que essas questões ganharam visibilidade, o que chama a atenção para o altíssimo grau de legitimidade e aceitação da violência contra as mulheres em nossa sociedade.

Os serviços de saúde, locais de acolhimento das queixas e dos problemas provocados pela exposição à violência, demonstraram pouca sensibilidade para o problema, agravada pelas práticas orientadas pelo modelo biomédico, que tende a isolar as doenças do contexto sócio-cultural do qual emergem. O fato de que mulheres machucadas pelas agressões

masculinas procurem os serviços de saúde para tratar das suas lesões e dos problemas delas decorrentes não implica, por si só, que os profissionais que lhes atendem sejam capazes de relacionar a queixa à violência vivida em casa. O mais comum é que os profissionais de saúde não identifiquem a violência como um problema de saúde, nem mesmo quando a mulher sugere que sua história de violência seja registrada em prontuário (BATISTA, 2005). Do mesmo modo, os níveis centrais do sistema público de saúde são pouco sensíveis ao problema, sendo ainda muito incipientes os programas e políticas especificamente voltados para lidar com esta questão.

Há uma década, a Organização Mundial de Saúde (1998) declarou a violência como um grave problema de saúde pública, mas foi só no início do século XXI que a violência contra as mulheres adquire estatuto semelhante, a partir da disseminação de um conjunto de orientações políticas e programáticas, baseadas em revisões amplas da literatura sobre o tema (KRUG et al., 2002; WATTS et al., 2001) e no desenvolvimento de pesquisas multicêntricas próprias (GARCIA MORENO et al., 2006). Data desse mesmo período o processo de elaboração de acordos e tratados internacionais entre os governos dos países ligados ao sistema das Nações Unidas que definem a violência contra as mulheres como uma grave violação dos direitos humanos e selam o compromisso comum para enfrentar e superar o problema, através da implementação de políticas voltadas especificamente para esse fim (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1994; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1981; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1993).

O governo brasileiro é signatário de todos esses acordos e tratados e, como tal, vem empreendendo esforços para enfrentar a violência contra as mulheres como um problema social e como um problema de saúde pública. Deve-se dizer, porém, que são ainda incipientes as políticas e programas capazes de lidar com o problema no âmbito dos serviços de saúde. O sistema nacional de notificação dos casos de violência contra as mulheres na rede pública de saúde só muito recentemente começou a ser implementado. Sua importância é inegável, já que, sendo também um problema para o setor saúde, é necessário que a violência contra as mulheres seja sistematicamente identificada e tratada, sendo sua evolução temporal e os resultados das intervenções também permanentemente avaliadas.

Há que se considerar, todavia, que a identificação e o registro dessa violência não são um processo similar ao registro de um sintoma clínico imediatamente observável e/ou

diretamente relacionável a uma enfermidade descrita, observada e tratada cotidianamente pelos serviços há muitas décadas. Ainda que muitas das conseqüências da violência sejam claramente observáveis – como uma fratura ou contusão – a revelação da relação dessas lesões com a violência vivida pelas mulheres não é um processo simples e requer, além de conhecimento sobre o problema e suas manifestações, grande sensibilidade por parte das equipes profissionais. É de se supor, portanto, que o sistema de notificação da violência contra as mulheres, elemento fundamental para a implementação de políticas de saúde, venha a sofrer ajustes e modificações ao longo do tempo, auxiliadas pelo conhecimento produzido por meio de estudos científicos junto a usuárias e profissionais dos serviços de saúde.

Nesse sentido, o financiamento público de pesquisas voltadas para o estudo da violência contra as mulheres é parte do esforço do governo brasileiro para enfrentar a questão, sendo a pesquisa que deu origem a essa dissertação beneficiada com recursos de edital público do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), em uma parceria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) com o SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia, instituição à qual é ligada a autora dessa dissertação. A opção por trabalhar com o tema da violência contra as mulheres em suas interfaces com o setor saúde é decorrente da longa experiência profissional da pesquisadora em projetos de investigação e intervenção neste campo temático. Já tendo alguma produção nas áreas da saúde, da violência e das relações de gênero, entendeu ser importante refletir de forma mais aprofundada e rigorosa sobre muitas das questões trabalhadas no seu cotidiano profissional e político. A parceria com a FMUSP e o mestrado em saúde pública se configurou como uma importante oportunidade para isso, cujos resultados podem vir a contribuir, especialmente no nível municipal, para a melhoria das políticas de saúde voltadas para o problema da violência contra as mulheres.

A pesquisa acima referida integrou o projeto nacional “Violência contra a mulher e saúde entre usuárias do SUS em duas capitais – São Paulo e Recife”, coordenado pela Dra. Lilia Blima Schraiber, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, financiado pelo CNPq (processo nº 506705/2004-8) e executado em Recife pelo SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia, sob a coordenação de Ana Paula Portella, autora deste trabalho. O objetivo geral do projeto nacional foi estudar a ocorrência de casos de violência física, sexual e/ou psicológica, entre mulheres de 15 a 49 anos, usuárias de serviços

do Sistema Único de Saúde em São Paulo e Recife, identificando características dos serviços e das mulheres em situação de violência tais que subsidiem o desenvolvimento de protocolos e tecnologias de atendimento apropriadas na saúde e a criação de redes intersetoriais de assistência. A partir de um desenho que articula as abordagens quantitativa e qualitativa, a pesquisa compreendeu cinco braços:

- a) Estudo de prevalência de violência, características de saúde e uso de **serviço na atenção primária** entre usuárias de 15 a 49 anos da Atenção Primária na cidade do Recife, realizado por aplicação de questionário e por leituras de registro em prontuário do atendimento do dia.
- b) Estudo de prevalência, uso de serviço e características de saúde das puérperas, atual e durante a gestação, e de seus respectivos recém-nascidos **em Hospital ou Centro de Atendimento a Parto** entre puérperas de 15 a 49 anos, de 24 semanas ou mais de gestação e/ou recém nascidos de 500 gramas e mais de peso ao nascer, nas cidades do Recife e de São Paulo, realizado por aplicação de questionário e leituras de prontuário e carteira de pré-natal.
- c) Estudo de prevalência, uso do serviço e características de saúde **em Hospital ou Centro de Atendimento a urgência/emergência ginecológicas e/ou obstétricas** entre usuárias de 15 a 49 anos, realizado por aplicação de questionário e leitura de ficha de atendimento e/ou triagem.
- d) Estudo da rota crítica das mulheres em situação de violência na busca de atenção e apoio para lidar com sua situação, identificadas entre as usuárias entrevistadas **na atenção primária e na atenção à emergência/urgência**, realizado por entrevistas semi-estruturadas e gravadas.
- e) Estudo comparativo das realidades das mulheres usuárias de serviços de saúde das duas capitais, bem como das rotas adotadas por aquelas em situação de violência.

No Recife, o trabalho de campo foi realizado de outubro de 2005 a julho de 2006, sob a coordenação da autora da presente dissertação, compreendendo os cinco braços da pesquisa. Esta dissertação, porém, se aterá à análise dos dados produzidos pelo estudo de prevalência nos serviços de atenção primária pela aplicação de questionários, excluindo-se os dados coletados nos prontuários das usuárias. Trata-se de estudo transversal, planejado para construir amostra representativa das usuárias do PSF no Recife, de modo a se obter as

prevalências de violência, por intermédio de aplicação de questionário padronizado e validado internacionalmente pela OMS e, nacionalmente, pela FMUSP. Foram entrevistadas 2162 usuárias do Programa Saúde da Família, nos seis Distritos Sanitários do município.

A dissertação teve como objetivo geral analisar a violência física, sexual e/ou psicológica, entre mulheres de 15 a 49 anos, usuárias de serviços do Programa Saúde da Família de Recife, segundo características sócio-demográficas e sanitárias. Seus objetivos específicos voltaram-se para a caracterização do perfil das usuárias, para a estimativa das prevalências de violência física, sexual e psicológica, para a caracterização dos tipos de violência sofrida pelas mulheres e, finalmente, para a análise das possíveis associações entre fatores sócio-demográficos, características de saúde e da vida sexual e reprodutiva e a ocorrência de violência física recorrente ao longo da vida.

A dissertação está estruturada em seis capítulos. No primeiro, discorre-se sobre a construção teórica e política do problema da violência contra as mulheres nos campos das ciências sociais e da saúde, apresentando-se ainda a magnitude do problema no Brasil e no mundo e sobre algumas das dificuldades encontradas para se lidar com a questão nos serviços de saúde. A isso se segue algumas considerações metodológicas a respeito das pesquisas sobre o tema da violência contra as mulheres. O segundo capítulo apresenta de forma sucinta os objetivos geral e específicos da dissertação. O processo metodológico e a definição da amostra são descritos no terceiro capítulo, detalhando-se o processo de elaboração do questionário e dos procedimentos de coleta de dados, com ênfase sobre as questões éticas e de segurança durante o trabalho de campo. O quarto capítulo traz os resultados da pesquisa, apresentados a partir da descrição da população estudada e da análise univariada e multivariada dos fatores associados à violência. No capítulo seguinte, estes resultados são discutidos criticamente à luz da literatura revisada e das questões colocadas no primeiro capítulo. Chama-se a atenção ainda para as lacunas e os desafios decorrentes da análise dos resultados. Finalmente, o sexto capítulo traz as conclusões e considerações finais do estudo, sintetizando os seus principais achados.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A construção da violência contra as mulheres como problema teórico e político

Tratar do tema da violência no século XXI parece algo não apenas necessário, quanto, em certa medida, óbvio. Em um mundo marcado pela experiência de duas grandes guerras, pelas lutas anticoloniais, pelo terrorismo internacional e pelos conflitos étnicos, a experiência da violência, que acompanha a humanidade desde seus primórdios, parece ter-se naturalizado como forma de resolução de conflitos entre países, entre grupos sociais e entre pessoas. Mas é também neste período que se gesta e cresce a aversão à violência e os esforços coletivos de pacificação da vida social e política, o que, de certo modo, explica o crescente interesse despertado pelo tema no campo científico. É no século XX, portanto, graças principalmente ao profundo impacto provocado pelo extermínio de judeus na Alemanha nazista, que a violência passa a ser mais amplamente questionada como método de solução de problemas e instrumento de governo. Torna-se, assim, um problema social e, como tal, passa a merecer maior atenção do mundo político e acadêmico.

Não se quer com isso obscurecer a longa história de reflexão filosófica sobre a violência, especialmente sob a sua forma política, cuja origem está nos gregos e atinge seu ápice na idade moderna com o *Leviatã*, de Thomas Hobbes e *O Príncipe*, de Maquiavel. Ou seja, a reflexão sobre a violência parece ser tão antiga quanto a própria filosofia, mas é só no século XX que, ao lado das tentativas de explicação e, muitas vezes, de positivação, surge a crítica à violência que a transforma de elemento próprio da condição humana e da vida em sociedade em problema moral, político e social de toda a humanidade. A investigação sobre o tema da violência que tem lugar no século XX é grandemente orientada para a sua compreensão e enfrentamento como problema, como situação a ser superada.

É nesse marco que esse trabalho se inscreve, embora trate de uma questão que, não obstante ser tão antiga quanto as formas mais estudadas de violência, só muito recentemente tornou-se socialmente visível e foi problematizada pela ciência e pela filosofia. Expressão

mais trágica da dominação masculina, a violência contra as mulheres manteve-se tão longe das preocupações públicas e políticas quanto estiveram as mulheres efetivamente afastadas dessas esferas e tratadas como seres humanos de “segunda categoria”. É apenas quando as mulheres logram instituírem-se como sujeitos na esfera pública, seja nos primórdios do seu movimento, como pensadoras iluministas ou sufragistas, ou na instituição mais recente do feminismo dos anos 1960, que a violência masculina contra elas é revelada e denunciada como flagrante dramático do processo de dominação patriarcal. A construção da violência contra as mulheres como problema social, tema da política e objeto de conhecimento é, assim, resultado do próprio processo de constituição das mulheres como sujeitos políticos.

A violência contra as mulheres passa a ocupar um lugar importante na produção teórica feminista no Brasil e no mundo, notadamente nas ciências sociais (GROSSI et al., 2006; SAFFIOTI, 2001), apenas nas últimas décadas do século XX, graças à entrada maciça das mulheres nas universidades. Compreendida como um dos pilares de sustentação da subordinação feminina, na perspectiva teórica feminista a violência é uma das mais fortes expressões da desigualdade entre mulheres e homens, capaz de atravessar fronteiras geográficas e distintos períodos históricos. Junto com a divisão sexual do trabalho, a violência contra as mulheres é uma das mais fortes marcas da permanência das desigualdades de gênero no mundo atual e, embora apresentem características próprias a cada momento e lugar, ambas são identificáveis na maior parte dos países e culturas.

Fougeyrollas-Schwabel (2005), analisando o processo de instituição da violência contra as mulheres como problema social na França, descreve uma trajetória que se repetiu de modo similar em outros países do mundo ocidental. Ainda nos anos 1970, as “bandeiras de luta” feministas voltam-se para três campos nos quais a subordinação feminina e a violência se expressam de modo particular, exigindo elaborações conceituais próprias que resultarão em propostas de intervenção também específicas: a criminalização e tipificação do estupro como delito grave, o reconhecimento do assédio sexual nos locais de trabalho e a luta contra a violência doméstica.

Com esta estratégia, o movimento feminista articula a violência sexual cometida por estranhos no espaço público, a violência física e sexual cometida por parceiros no ambiente doméstico e familiar e a violência sutil do assédio moral e/ou sexual que acontece nos espaços de trabalho. Isso abarca praticamente todas as esferas da vida das mulheres, revelando as

diferentes formas de produção da violência que derivam das relações de desigualdade entre homens e mulheres.

Em 1980 a justiça francesa reconheceu o estupro como um crime contra a pessoa (FOUGEYROLLAS-SCHWABEL, 2005). Mas, no Brasil, não se logrou o mesmo sucesso. Os homicídios, alegadamente cometidos em defesa da honra, estiveram no centro da luta feminista brasileira nesse mesmo período, mas se tratava de enfrentar o mesmo problema: conferir às mulheres o estatuto integral de pessoa que lhes permitisse viver uma vida sem violência. Em 1990, o estupro foi categorizado como crime hediondo, mas ainda se mantém no capítulo dos crimes contra os costumes no Código Penal. Finalmente em 2006, depois de décadas de luta feminista, a violência doméstica contra as mulheres foi tipificada, pela Lei nº 11.340/2006 (BRASIL, 2006), denominada Lei Maria da Penha. Essa lei representa o reconhecimento, pelo Estado Brasileiro, da violência contra as mulheres como um problema social, que deve ser enfrentado no plano governamental.

A Lei Maria da Penha obedece às definições da normativa internacional, notadamente a Convenção de Belém do Pará, de 1994. De acordo com esta convenção, assinada e ratificada pelo Brasil em 1995, a violência contra as mulheres é definida como

qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto na esfera privada. Entende-se que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica:

§ 1. Ocorrida no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras formas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual:

§ 2. Ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro lugar; e

§3. Perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1994, p. 1-2).

A lei brasileira tem o objetivo de criar mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra as mulheres, e embora retire o foco da violência na comunidade e daquela perpetrada pelo Estado, opera modificações importantes na definição da Convenção, dando-lhe maior abrangência, como se vê nos trechos realçados abaixo:

Art. 5o Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e **dano moral ou patrimonial**:

I - no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio

permanente de pessoas, **com ou sem vínculo familiar**, inclusive as esporadicamente agregadas;

II - no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa;

III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.

Parágrafo único. **As relações pessoais enunciadas neste artigo independem de orientação sexual** (BRASIL, 2006, p. 2).

Especifica, ainda, os tipos de violência:

Art. 7º São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

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

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006, p. 2).

Na academia, porém, os temas relacionados à violência contra as mulheres enfrentaram resistências e dificuldades de legitimação. Na América Latina, os primeiros estudos, feitos por feministas, datam do final dos anos 1980 e início dos 1990 e trataram basicamente de sistematização de casos e estimativas de prevalência que, pode-se dizer, foram bem sucedidos, uma vez que lograram chamar a atenção para o problema (CASTRO, 2003). Reconhecendo os ganhos sociais e políticos das últimas décadas com relação à violência contra as mulheres, Castro afirma que

o feminismo contribuiu de maneira decisiva para tornar visível o fenômeno como um problema social (não só individual), da ordem pública (e não somente privado), de competência do sistema judiciário e que exige políticas públicas com obrigações específicas para as instituições, entre as quais se incluem as da saúde (CASTRO, 2003, p. 2, *tradução da autora*).

No campo da saúde, e mais especificamente entre as especialidades médicas, é a pediatria que primeiro trata do tema da violência, ainda na última década de 60, mas sem qualquer referência às mulheres. Os estudos sobre violência intrafamiliar realizados nessa década podem ser considerados o marco inicial da abordagem sobre a violência no campo da saúde. A ênfase é colocada na vitimização de crianças, sendo a mulher percebida como um dos membros da família – em geral, agressora das crianças. O maior poder dos homens na família, bem como os conflitos de gênero, não são considerados (SCHRAIBER et al., 2005).

Nos anos 70 e 80, o foco recai sobre a violência como causa de mortalidade nos estudos empreendidos pela epidemiologia, e sobre o estudo do comportamento violento na área de psiquiatria. Nos anos 90, consolida-se como tema da saúde pública. Para Minayo,

a violência não é, em si, uma questão de saúde, mas transforma-se em problema para a área porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas de serviços peculiares ao setor (MINAYO, 2007, p. 1260).

Em 1996, a 49ª Assembléia Mundial da Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde, adota a resolução 49.25 *Prevention of violence: a public health priority* (Prevenção da violência: uma prioridade de saúde pública), declarando a violência como um problema mundial de saúde pública, que vem se agravando nas últimas décadas sem dar mostras de reversão nesta tendência. Chama a atenção para as conseqüências da violência para indivíduos, famílias, comunidades e países e para os seus impactos sobre os serviços de saúde. Apesar deste quadro, a resolução lembra que, se é verdade que os fatores que contribuem para a produção da violência podem ser transformados, a violência também pode ser prevenida e seus impactos sobre a saúde podem ser reduzidos (KRUG et al., 2002). A resolução é, portanto, uma chamada ao compromisso e à responsabilidade do setor saúde para com a prevenção da violência.

Para D'Oliveira (2000) a compreensão da violência como um problema social que deve ser enfrentado pelas políticas de saúde é resultante de um processo de reconhecimento desse fenômeno como causador de alterações na normatividade vital, semelhante ao ocorrido na área das ciências sociais, quando foi reconhecido como desvio da normatividade social. No caso da saúde, a violência passa então a ser descrita, de forma ainda ambígua e não muito clara, como doença ou agravo à saúde. Muito apropriadamente, conclui a autora “sem ser

crime, a violência será uma espécie de ‘transgressão da ordem’, sem ser doença, será uma espécie de ‘transgressão do corpo’”.

Para essa autora, há vantagens em se tratar da violência no campo da saúde: pelas competências estabelecidas pela área para lidar com agravos à saúde e pela tradição de prevenção, detecção precoce e mudança de comportamento, exigidas para a prevenção da violência. As desvantagens estariam no risco de medicalização, obscurecendo-se a complexidade da situação de violência; a ausência de conexão com outros suportes sociais; e o risco de banalização da violência.

A incorporação da violência contra as mulheres como objeto de estudo ou de intervenção no campo da saúde não é, no entanto, uma decorrência imediata do reconhecimento da violência em geral como problema de saúde. É fato que as feministas latinas e, entre elas, as brasileiras, tiveram uma importante atuação no movimento de reforma sanitária e nas associações acadêmicas e profissionais do campo da saúde, contribuindo de forma decisiva para a tematização da violência contra as mulheres. Integradas às redes e articulações do movimento de mulheres exerceram influência sobre as políticas públicas pelo conjunto de propostas aprovadas em conferências de controle social e implementadas em diferentes níveis de gestão das políticas de saúde. Mas, assim como no campo das ciências sociais, foram muitas as resistências e obstáculos para se tratar da questão. Aquino, entrevistada por Grossi et al.(2006; p. 83), atribui essas resistências às matrizes teóricas e políticas que informam o campo da saúde coletiva:

a influência do feminismo na reflexão acadêmica sobre saúde só ocorreu de forma significativa nos anos [19]90. [...] em parte, isso se deve à força do discurso biomédico na naturalização das diferenças sexuais e à grande influência do marxismo na constituição da área da Saúde Coletiva, que conferia primazia à classe social na explicação das desigualdades sociais. Isso, provavelmente, fez com que, a despeito da forte crítica à biomedicina e à medicalização da sociedade, existisse grande impermeabilidade [...] à incorporação das teorias de gênero e às formulações feministas sobre desigualdades.

Schraiber e D’Oliveira, também entrevistadas por Grossi et al. (2006; p. 22), reafirmam este processo que parece destinar à violência contra as mulheres um lugar ainda periférico no campo da saúde:

a temática da violência, como problema genérico, [...] é a perspectiva que tem ganhado mais espaço nos debates e na produção científica na saúde. A violência contra a mulher parece [...] uma das violências possíveis que existem na sociedade e

a tendência de fato é diminuir muito a presença específica da questão de gênero porque ela se perde no meio desse marco geral.

A instituição de um objeto ou de um campo de conhecimento não é um feito desprezível e adquire maior importância pela intensa e contínua articulação entre produção de saber e intervenção social e política levada a cabo pelas acadêmicas e ativistas feministas. Há que se admitir, porém, que ainda há muito a ser feito e investigado: são muitas as imprecisões conceituais, há pouco diálogo entre as diferentes matrizes teóricas e, apesar do grande volume de informações sobre alguns tipos de violência contra as mulheres, há um conjunto grande de situações e relações violentas que atingem as mulheres pelo fato de serem mulheres que estão a exigir um maior esforço de investigação e análise. Na próxima seção, apresenta-se um breve panorama do debate teórico sobre a violência contra as mulheres.

2.2 Breves considerações sobre definições e conceitos de violência contra as mulheres

À polissemia do termo violência, dada pelos contextos histórico-culturais nos quais ocorrem as experiências violentas, junta-se uma certa proliferação de definições que pretendem conferir maior precisão teórica ao problema. Muitos destes termos, porém, são usados indistintamente, às vezes de forma simultânea, como sinônimos. Ou seja, a tentativa de precisar seus significados nem sempre tem sido bem sucedida.

Um primeiro conjunto de termos pode ser reunido em torno do conceito mais amplo de “violência contra a mulher” e envolve as noções de violência doméstica e sexual. A ênfase sobre “a mulher” chama a atenção para a universalidade do problema da violência, que atingiria mulheres de todas as raças, classes sociais e idades, em todas as sociedades e períodos históricos. É um conceito cuja força teórica e política repousa na assertiva universal da subordinação feminina e da dominação masculina, amplamente estudada e documentada por diferentes disciplinas em todo o planeta. Mas a sua fragilidade também deriva da pretensão universalista, abalada na segunda metade do século XX quando as diferenças sociais e culturais entre as mulheres são trazidas ao debate, ressaltando-se as superposições das relações de dominação e subordinação de gênero, raça e classe.

Em entrevista à Grossi et al. (2006), Heleieth Saffiotti, socióloga feminista pioneira nos estudos brasileiros sobre violência contra as mulheres, ancora-se no marco da dominação masculina, mas articula-o estruturalmente com as questões de classe e raça. Saffiotti afirma-se inspirada pela obra de Rosa Luxemburgo, autora que, segundo ela

analisa a acumulação do capital num nível muito mais concreto [do que o de Marx, que é o do modo de produção capitalista], isto é, o da formação social, no qual estão presentes três contradições: (...) entre capital e trabalho; nas relações de gênero, entre homens e mulheres; entre diferentes raças/etnias. Estas são as três contradições básicas e, se não as levamos em consideração, podemos produzir obras cujo conteúdo seria, pelo menos, insuficiente para explicar a realidade brasileira (GROSSI et al., 2006, p.151).

Nessa perspectiva, “A” mulher passa a ser vista como “as” mulheres que, embora compartilhem da mesma condição de gênero, diferenciam-se por outras situações, o que altera a forma como vivenciam a violência. O termo “violência contra as mulheres” parece mais adequado a essa nova compreensão, ao mesmo tempo em que mantém o seu maior trunfo, que é dar destaque ao sujeito que sofre a violência. Com isso, pode-se dizer que esta é uma definição “posicionada”, na medida em que evita tratar da violência de forma neutra, considerando seus agentes e vítimas, sem que se elida a existência de uma relação entre eles, marcada pelo contexto sócio-cultural em que vivem.

Simultaneamente, porém, ganha corpo o campo dos estudos de gênero, que problematiza o poder explicativo da categoria “mulher”, voltando o olhar para os aspectos relacionais que envolvem mulheres e homens e, sobretudo, para as formas de representação do masculino e feminino na sociedade e na cultura. Ao traçar uma genealogia das concepções sobre violência contra as mulheres no Brasil, Zanotta Machado, em entrevista à Grossi et al. (2006; p. 181), afirma:

primeiro prevalecia a idéia da violência contra a mulher e, logo, o agressor era o homem. É uma afirmação concisa e precisa, capaz de dar visibilidade a um tipo de violência que sequer era conceituada como tal, dados os poderes tradicionais diferenciais entre homens e mulheres na família e na conjugalidade. [...] mas não se dispunha de uma definição teórica de como [a violência] se estabelecia. Isso aparece na própria denominação “violência contra a mulher”, como se aí houvesse uma essência de um tipo de violência e de um tipo de poder, dos homens contra as mulheres.

Para essa autora, o conceito de gênero fará a diferença porque possibilita a percepção de como as relações são estabelecidas:

não são os homens contra as mulheres, mas muito mais a constituição cultural do masculino e do feminino, o modo como as relações são enredadas e a maneira como

o poder fica do lado do masculino. Logo, já não se está mais naturalizando a questão do sexo, mas se evidencia [...] que a violência não se limita à condição da mulher (GROSSI et al., 2006, p. 182).

Com isso, ganham força duas novas compreensões no campo da violência. A primeira afirma que a violência não é uma via de mão única, na qual o homem seria o sujeito ativo e a mulher uma vítima passiva. Pelo contrário, a violência se daria em uma relação entre dois sujeitos, na qual a mulher também seria protagonista, ainda que não seja necessariamente agressora (GREGORI, 1993; SOARES, 1999; ZANOTTA MACHADO, 1999). Contrapondo-se a certa visão “neutra”, que tende a compreender as relações de poder entre homens e mulheres mais como reciprocidade, na qual as posições de dominação e subordinação seriam intercambiáveis de acordo com contextos específicos da vida dos sujeitos, Zanotta Machado, na mesma entrevista à Grossi et al. (2006; p. 183-184) irá dizer que “há posições diferenciadas na violência” e a mulher

é somente um dos sujeitos da situação de violência na posição em que ela mesma se torna a provável vítima. Quando agressora, ela geralmente está na posição de resistir a uma agressão masculina, mas não na de exercer diretamente a posição social de controle e do exercício ‘legítimo e tradicional de castigar e controlar’. [...] O conceito de gênero permite a articulação com o poder, mas não faz das relações de gênero sinônimos das relações de poder, nem coloca em linha direta as relações entre poder e violência.

E continua:

Considero que não se pode dizer que a mulher não é vítima, pois diante da lei ela [o] é. E é seu corpo que é o objeto principal da violência física e é a sua posição de sujeito que é o objeto principal dos ‘assaltos identitários’ da violência simbólica que é constitutiva da violência física (GROSSI et al., 2006, p. 187).

Mesmo Gregori, autora de trabalho que representa um marco na crítica ao suposto viés vitimizador dos estudos sobre violência contra as mulheres (GREGORI, 1993), reconhece que persistem problemas teóricos em sua própria formulação, entre os quais ressalta o fato de “não ter dissecado a fundo os efeitos da dessimetria do poder numa relação que envolve gênero e violência” (GROSSI et al., 2006). Apesar das evidentes diferenças teóricas e políticas entre elas, Gregori aproxima-se de Saffioti ao reconhecer que

não dá para tratarmos a violência, nem as relações de violência, apenas pelo crivo do gênero. [...] É necessário pensar também na etnia, na classe, pois constituem clivagens de diferenciação que implicam em diferentes posições de poder (entrevista a GROSSI et al., 2006; p. 270).

A segunda compreensão derivada da ênfase relacional trazida pelo uso do conceito de gênero chama a atenção para o caráter processual da violência: longe de ser um episódio isolado, similar à violência cometida por estranhos, a violência sofrida pelas mulheres é mais uma situação, que se estende por períodos longos, ao longo dos quais se manifesta de forma mais ou menos intensa, envolvendo diferentes tipos de agressão, isoladamente ou em forma combinada (SCHRAIBER et al., 2005). Dessas reflexões derivam o termo “mulheres em situação de violência”, em contraposição a “mulheres vítimas de violência”. Nesses termos, o conceito de violência de gênero é entendido como um conceito mais amplo, capaz de incorporar essas novas questões.

Muitas vezes, porém, a violência de gênero é definida da mesma forma que a violência contra as mulheres, dando-se maior relevância aos aspectos comuns à experiência das mulheres, ligados à sua condição de subordinação diante dos homens, o que reduz – ou anula – as possibilidades de avanço teórico que, supostamente, estariam aí contidas. Uma exceção, nesse campo, são os estudos que dão relevo à postura ativa das mulheres na produção da violência entre os casais (GROSSI, 1994).

Do ponto de vista político, o termo “violência de gênero” tem servido mais à recomposição de uma certa idéia de reciprocidade nas relações entre homens e mulheres, que esvazia o debate sobre o poder que emana das relações sociais e reconfigura uma nova imagem do homem como submetido à força das determinações culturais. Homens e mulheres são alçados à mesma condição de vítima: eles, vítimas das imposições da virilidade, ou das masculinidades hegemônicas, tal como tratado nesse novo campo de estudos, e elas, de uma certa “feminilidade”, não nomeada explicitamente, mas deduzida por contraposição à masculinidade. Ao realçar as semelhanças entre homens e mulheres, tal tipo de concepção obscurece as desigualdades, tratadas como diferenças (COLLIN, 1992; PIERUCCI, 1998).

No campo da saúde, o debate se expressa na utilização do termo “violência entre parceiros íntimos” (ou a conhecida violência conjugal) que, ao omitir o sexo da vítima ou a associação da violência com as relações de gênero, traz em si o pressuposto de que pode ser cometida por homens e mulheres indistintamente, não estando vinculada a nenhum sistema de poder ou dominação. Dobash e Dobash (1992) criticam os estudos que utilizam esta terminologia tanto do ponto de vista teórico (uma vez que não explicam porque haveria igualdade e simetria nas relações entre homens e mulheres apenas na esfera da violência

doméstica, quando isso não acontece em nenhuma outra esfera da vida social e quando os homens detêm o monopólio da violência social), como do ponto de vista metodológico (por se basearem no uso da *Conflict Tactic Scale*, instrumento limitado para este tipo de estudo, como se verá adiante).

Saffiotti, entrevistada por Grossi et al.(2006), adverte que o conceito de gênero não deve ser isolado do contexto econômico, social e político, e afirma que ela mesma utiliza “cada vez menos esse conceito, porque gênero é um conceito apolítico, a - histórico e bastante palatável”. Ordem patriarcal de gênero seria, segundo ela, um conceito que articularia as dimensões de gênero, raça e classe, dando conta, portanto, de descrever e explicar as relações de desigualdade entre homens e mulheres. Conquanto defenda a utilização do termo violência de gênero, Zanotta Machado, em entrevista para o mesmo livro (GROSSI et al., 2006), também reconhece que o “conceito de gênero [...] dilui um pouco a dimensão política”, ao se afastar da idéia de dominação masculina.

O termo mais recente “violência sexista” é utilizado de modo extensivo por correntes feministas identificadas com alguns partidos de esquerda. Tal como no uso do “gênero”, o foco no “sexismo” pode ser entendido como uma tentativa de abarcar as relações sociais que explicam a violência, evitando-se supostas armadilhas contidas ao se especificar o sujeito “mulheres” na própria definição da violência. Além disso, “sexo” em lugar de “gênero” parece afastar a definição da neutralidade e dos riscos políticos identificados no uso da “violência de gênero”. Do ponto de vista teórico, porém, são imperceptíveis as diferenças entre violência sexista e violência contra as mulheres, uma vez que, também nessa concepção, são realçados os elementos do poder e da dominação masculina:

A violência sexista tem seus alicerces na subordinação das mulheres. Elas são tratadas como se fossem objetos e dominadas pelos homens, que mantém sobre elas uma relação de poder. As manifestações de violência vão desde as pressões psicológicas até os maus tratos físicos e a morte. Para isso o agressor faz uso da força e também de ameaças. A violência sexista é um dos recursos fundamentais para a manutenção da dominação-exploração das mulheres e para submetê-las a situações que contrariam seus desejos (SEMPREVIVA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA, 2008).

Finalmente, algumas teóricas defendem o uso do termo “violência patriarcal”, associando explicitamente a violência contra as mulheres ao sistema patriarcal. Não se trata, obviamente, de se recorrer nem ao patriarcado antigo, tal como descrito na Bíblia, nem ao patriarcado como tipo ideal weberiano. As teóricas feministas que trabalham com o conceito

de patriarcado dão relevância basicamente a duas questões: a persistência e a onipresença da dominação masculina nas relações sociais e políticas, que autorizariam a utilização da idéia de sistema e estruturas patriarcais nas sociedades contemporâneas; e uma atualização do conceito, com base na noção de contrato sexual (PATEMAN, 1993), que desloca o foco original do poder masculino da relação entre pais e filhos para a relação conjugal, sendo a submissão das mulheres a condição primeira para que o poder patriarcal se estabeleça (ASTELARRA, 2005; SAFFIOTTI, 1999, 2004; WALBY, 1990). Para essas autoras, a violência contra as mulheres, portanto, deve ser compreendida como patriarcal por ser um dos principais mecanismos de produção, reprodução e perpetuação deste sistema.

A violência contra as mulheres, além disso, pode assumir diferentes formas e também há impasses com relação à sua precisão conceitual. O adjetivo “doméstica”, junto com “sexual”, tem sido apostado ao termo violência, como uma forma de explicitar que esta violência é cometida dentro de casa ou em uma relação de familiaridade, afetividade ou coabitação, sendo também sexual. Há que se reconhecer, contudo, os limites desta definição e, no caso brasileiro, não ajuda em nada a estreita associação existente entre violência doméstica e violência contra crianças e adolescentes no interior da família, dada pela ampla divulgação dessa problemática a partir da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente. Ademais, há problemas de ordem conceitual nos dois termos: a violência doméstica contra as mulheres pode ser física, psicológica e também sexual, englobando o segundo termo da expressão. Do mesmo modo, a violência sexual pode acontecer na esfera doméstica e na rua. Mas a rua também é um espaço no qual as mulheres sofrem violência pelo fato de serem mulheres e a ênfase no duo “doméstica e sexual” pode fazer crer que a violência patriarcal só se expressa nessas formas.

Seguindo esse raciocínio, Blay, em entrevista a Grossi et al. (2006), destaca dois problemas no campo dos estudos sobre violência contra as mulheres. O primeiro é justamente a forma excessivamente generalizada com que se utiliza o conceito de violência doméstica, supondo-se que explicaria toda a violência sofrida pelas mulheres. A isso se acresce o fato de, em geral, os estudos não considerarem a violência máxima que é o homicídio de mulheres e que, na grande maioria dos casos, é a culminância do longo processo de agressões físicas cometidas por parceiros e ex-parceiros. Para ela, é preciso revelar e explicar a violência que as mulheres sofrem, por serem mulheres, dentro e fora de casa e por diferentes agressores e “o

conceito de violência doméstica deixa escapar toda essa realidade”, excluindo a dimensão pública da violência contra as mulheres. Bandeira, em entrevista ao mesmo livro (GROSSI et al.(2006; p. 245), compartilha dessa visão, ao afirmar que

há novos conteúdos e perfis da violência de gênero e da criminalidade que atingem as mulheres. [Além disso], as demandas postas pelas mulheres e por uma sociedade mais consciente dos seus direitos e mais exigente em relação ao tratamento humanizado e cidadão, acaba por transgredir a tipificação característica dos códigos.

Nesta mesma direção, Barsted (2006; p.5), em estudo recente sobre a violência contra as mulheres no Brasil, enfatiza o fato de que

as vulnerabilidades e os obstáculos à segurança humana são potencializados quando se considera o fenômeno da violência sob a perspectiva de gênero e de raça/etnia.

Além disso, uma vez que as mulheres não podem ser pensadas como

um conjunto abstrato e indiferenciado de indivíduos do mesmo sexo. [...] [a] violência contra as mulheres não pode, portanto, ser pensada separadamente das outras manifestações, em especial das praticadas contra meninas e adolescentes e da racial, que atinge de forma específica negras e indígenas (BARSTED, 2006; p. 10).

A correta tese feminista, de que a violência contra as mulheres pode atingir indiferentemente mulheres de todos os grupos sociais, requer uma análise muito mais complexa diante da distribuição desigual das ocorrências de violência (especialmente a letal), da instituição das políticas de combate à violência e da disseminação de um ideário político igualitário que, aparentemente, têm encontrado dificuldades para alcançar as mulheres que vivem em contextos de precariedade social e econômica. Potencialmente, qualquer mulher pode sofrer a violência masculina, mas uma parte delas não tem a possibilidade de sair dessa situação antes que ela se agrave ou termine tragicamente em um homicídio. Pesquisas (HEISE et al., 1999; VENTURI et al., 2001) demonstram que escapam da violência as mulheres com maior grau de escolaridade e residentes em áreas urbanizadas, com presença de serviços e equipamentos públicos – o que parece facilitar o acesso à ajuda e aos direitos. As outras parecem ter mais dificuldades para encontrar as vias de saída da violência, o que leva muitas delas à morte trágica. A questão, portanto, está no campo da compreensão do problema – entendendo que as situações de classe e raça fazem diferença quando se fala de violência contra as mulheres – e na formulação das políticas que devem ser pensadas de modo diferenciado para grupos diferenciados de mulheres e áreas específicas do país (PORTELLA, 2005b).

Apesar dos esforços, porém, a maior parte das pesquisas ainda se ressentem de uma base teórica sólida (CASTRO, 2003; DOBASH; DOBASH, 1992; DINIZ em entrevista a GROSSI et al., 2006; WALBY, 2005). Castro (2003), muito apropriadamente, inspira-se em Kant para descrever o campo da pesquisa sobre violência contra as mulheres como eivado de “empirismo cego ou de teoria sem dados”, chamando a atenção para a forma independente e pouco dialogada como se desenvolveram as aproximações teóricas, as investigações empíricas e as intervenções para a assistência às mulheres.

No campo da saúde, observa-se situação semelhante, com a convivência de diferentes definições que se filiam a marcos teóricos distintos. Na tentativa de circunscrever os limites disciplinares, que fazem da violência um tema da saúde, d'Oliveira (2000; p.10) afirma que

tratar da violência na perspectiva da saúde significa diferenciar e buscar intercomunicações entre violência contra a mulher, doença e saúde, buscando ampliar a compreensão e a atuação contra esta violência e colocar em relevo questões de organização e gestão dos serviços de saúde.

Nesse sentido, a violência amplia o seu significado ao ser descrita como agravo à saúde, além de ser violação de direitos.

Para a Organização Mundial de Saúde (KRUG et al., 2002), a violência pode ser definida como o uso intencional de força física ou poder, real ou sob a forma de ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, privação ou problemas de desenvolvimento. A partir desta definição, sugere uma tipologia da violência que a classifica como: auto-infligida (suicídio e automutilação); interpessoal (violência familiar, conjugal e comunitária); e coletiva (violência social, política e econômica). Além dessa tipologia, a violência ainda pode ser classificada como física, sexual e psicológica.

Diferentemente da maior parte dos tipos penais aplicados à violência contra as mulheres, a negligência e a privação também são caracterizadas por KRUG et al. (2002), em documento da Organização Mundial de Saúde como formas de violência. A negligência é entendida como a dificuldade de cuidar de si ou de outros que dependem da mulher, representando, portanto, a impossibilidade de as mulheres continuarem a responder por suas responsabilidades cotidianas (SCHRAIBER et al., 2005). A Organização Mundial de Saúde admite que há consenso em diferentes estudos quanto à multicausalidade, a complexidade e os múltiplos fatores determinantes da violência contra as mulheres (KRUG et al., 2002).

Já a violência por parceiro íntimo é descrita como qualquer comportamento em uma relação íntima que cause dano físico, psicológico ou sexual. De acordo com a Associação Médica Americana (1992), este tipo de violência caracteriza-se por um padrão de comportamento coercitivo que pode incluir o espancamento repetido, o abuso psicológico, o estupro e a intimidação. Pode ainda incluir comportamentos controladores como o isolamento da mulher de seus familiares e amigos, a vigilância sobre seus movimentos e a restrição de seu acesso a recursos (HEISE et al., 1999). Qualquer um destes atos só pode ser qualificado como violência cometida por parceiro íntimo se acontecer no contexto de uma relação íntima ou conjugal, mas qualquer ato violento individual pode ser o precursor de episódios violentos repetidos, daí ser definido como um padrão de comportamento (ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA, 2000).

Em síntese, a violência contra as mulheres incorpora a violência por parceiro íntimo, a violência sexual por qualquer agressor e outras formas de violência, como o tráfico de pessoas e a exploração sexual (CENTER FOR DISEASE CONTROL, 2008).

2.3 Magnitude da violência contra as mulheres

Não há dúvidas sobre a expressiva magnitude do problema da violência contra as mulheres no mundo. São inúmeros os estudos que atestam ser esse um fenômeno que atravessa fronteiras e culturas e atinge mulheres de países ricos e pobres.

Não obstante, é grande a variação das cifras de violência entre os países e cidades. No que se refere às agressões físicas cometidas por parceiro encontra-se prevalências desde 10%, no Paraguai e nas Filipinas, a 34%, no Egito e na Zona da Mata de Pernambuco. No Canadá, a prevalência é de 29%, e nos Estados Unidos, de 22,1%. No que se refere à violência sexual, os valores oscilam de 15,3%, em Toronto, a 25%, no Zimbábue. Londres apresenta valores muito próximos, em torno de 23% (HEISE et al., 1999; KRUG et al., 2002).

Estudo multicêntrico internacional coordenado pela Organização Mundial de Saúde (GARCIA MORENO et al., 2006) encontrou prevalências de violência física que variaram de

13%, em Tóquio, a 61%, no interior do Peru. No caso da violência sexual, as menores prevalências foram novamente encontradas em Tóquio (6%) e na Sérvia/Montenegro (6%). As áreas do interior da Etiópia e de Bangladesh foram as que apresentaram as maiores proporções de violência sexual: 59% e 50%, respectivamente. Ao se considerar a ocorrência de violência física e/ou sexual, as prevalências variaram de 15%, em Tóquio, a 71%, no interior do Peru. Nesse estudo, o Brasil se situou em uma faixa intermediária, sendo 37% a mais alta prevalência encontrada, para a ocorrência de violência física e/ou sexual, na Zona da Mata de Pernambuco; e 10%, a menor, para violência sexual, encontrada no município de São Paulo.

Em 50 pesquisas populacionais realizadas em diferentes países, de 10 a 69% das mulheres relataram ter sofrido ao longo da vida alguma forma de violência física perpetrada pelo parceiro. O percentual de mulheres agredidas, no último ano, variou de 3% (Austrália, Canadá e Estados Unidos) a 27% (Nicarágua) entre aquelas que já haviam tido parceiro alguma vez na vida (HEISE et al., 1994; KRUG et al., 2002).

Na década de 90, na América Latina, foram encontradas prevalências de violência contra as mulheres superiores a 50%. Estudos posteriores, mais sensíveis, alargaram o espectro para 10 a 52%. Esses estudos, em geral, não diferenciam a violência moderada da grave, nem a episódica da crônica, o que pode explicar a amplitude do intervalo (CASTRO, 2003).

De acordo com a Associação Médica Americana (2000), cerca de $\frac{1}{4}$ das mulheres americanas – mais de 12 milhões – será abusada por parceiro pelo menos uma vez na vida; 47% dos maridos agressores fazem isso três ou mais vezes por ano; 14% das mulheres que já foram casadas já foram estupradas pelos maridos, e o estupro é uma das principais formas de violência em 54% dos casamentos violentos. A probabilidade de uma mulher ser assassinada por um parceiro íntimo é muito maior que a situação inversa: em 1998, nos Estados Unidos, um terço de todos os homicídios de mulheres foram cometidos por companheiros ou ex-companheiros das vítimas, enquanto que entre os homens este percentual foi de apenas 4% (ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA, 2000).

No Brasil, são escassas as pesquisas nacionais que tratem da violência doméstica não letal e não há ainda fonte permanente de dados sobre o problema. Pesquisas de vitimização têm sido mundialmente utilizadas com a finalidade de produzir dados sistemáticos sobre

violência, doméstica ou não, que permitam o acompanhamento do problema. Em 1988, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) incluiu um módulo sobre justiça e vitimização na Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar (PNAD), que reuniu o primeiro conjunto amplo de informações sobre o problema. Os dados do IBGE informam que 48% das agressões sofridas pelas mulheres e 18% das sofridas pelos homens aconteceram dentro de casa. Mas as mulheres foram 63% das pessoas agredidas no ambiente doméstico (IBGE, 1988). Dados das Delegacias de Defesa da Mulher, que abrangem um universo amplo de grandes cidades brasileiras, indicam que 70% dos agressores de mulheres são homens (D'OLIVEIRA, 2000).

Pesquisa telefônica do Senado Federal (BRASIL, 2005), realizada nas 27 capitais brasileiras, encontrou que 17% das mulheres admitiram ter sofrido algum tipo de violência doméstica em suas vidas. Mais da metade (55%) afirmaram ter sofrido violência física, 24% sofreram violência psicológica, 14% violência moral e 7% violência sexual. Metade das mulheres informou ter vivido quatro ou mais episódios de violência na vida (SENADO FEDERAL, 2005).

Investigação populacional com amostra representativa conduzida em 2001 e 2002, integrando estudo multicêntrico internacional coordenado pela Organização Mundial de Saúde, encontrou que 27,2% das mulheres no município de São Paulo relataram ter sofrido violência física cometida pelo parceiro ao menos uma vez na vida, enquanto entre as moradoras da Zona da Mata de Pernambuco este percentual foi de 33,7%. No que se refere à violência sexual cometida por parceiro, a prevalência foi de 10,1% entre as paulistanas e 14,3% entre as pernambucanas. Em relação à violência física perpetrada por outras pessoas, que não o parceiro íntimo, a situação se inverte quando se compara a Zona da Mata de Pernambuco e a cidade de São Paulo. Nesta última, há mais mulheres (20,9%) que foram agredidas por outro tipo de agressor do que em Pernambuco (13%). Também nos casos de violência sexual perpetrada por outras pessoas mantém-se a diferença entre as duas amostras: 5,8% das pernambucanas sofreram violência sexual antes dos 15 anos contra 7,8% das paulistas (SCHRAIBER et al., 2002a). Muitos desses dados reiteraram-se na pesquisa nacional da Fundação Perseu Abramo, relativa à mulher no espaço público e privado, que encontrou que 19% das brasileiras relataram espontaneamente já ter sofrido violência masculina. Nas perguntas estimuladas, este percentual sobe para 43%, sendo que 33% relataram violência

física, 27% violência psicológica e 11% assédio sexual. O estupro e abuso ocorrido nas relações conjugais foram categorizados como violência física (VENTURI et al., 2004).

No estudo de Reichenheim et al. (2006), conduzido no Distrito Federal e em 15 capitais brasileiras, a prevalência global de agressão psicológica, abuso físico "menor" e grave no casal foi de 78,3%, 21,5% e 12,9%, respectivamente. As prevalências variaram distintamente entre as cidades: o abuso físico total variou, por exemplo, de 13,2% a 34,8%. Como um todo, as prevalências foram mais altas nas cidades do Norte/Nordeste do que nas do Sudeste/Sul/Centro-oeste. Todos os tipos de violência entre parceiros íntimos foram mais frequentes entre casais formados por mulheres jovens (menos de 25 anos) e com menor escolaridade (até 8 anos de estudo). Em Recife, onde foram entrevistadas 389 mulheres, a prevalência de agressão verbal foi de 73,5%. Apesar de ser um valor alto, situou-se entre os três resultados mais baixos, junto com João Pessoa e Vitória do Espírito Santo. A prevalência de agressão física menor em Recife foi de 24,4% e, nesse caso, a cidade situou-se no 5º lugar e a de agressão física maior foi de 18,8%, deslocando Recife para o 4º lugar na classificação geral. Quando considerada qualquer violência física, a prevalência foi de 27,5%, variando, porém, de acordo com a faixa etária e a escolaridade. Quanto mais jovem e menor a escolaridade, maior a prevalência de violência física: 32,4% para as mulheres menores de 25 anos e 44% para aquelas com até sete anos de estudo. Entre as mais velhas, a prevalência foi de 25,7% e de 16,1% para as mulheres com mais de 7 anos de estudo.

Em Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, estudo transversal com 251 mulheres de 18 a 49 anos encontrou uma prevalência de violência psicológica de 55%, de 38% para violência física e de 9% para violência sexual. As mulheres mais velhas, analfabetas, com renda baixa e com este mesmo perfil para os companheiros foram as que apresentaram maior risco (KRONBAUER; MENEGHEL, 2005).

Estudos estrangeiros mostram altas prevalências do problema em populações usuárias de serviços de saúde. Pesquisa em atenção primária realizada nos Estados Unidos apresentou uma prevalência de 21,4% para a violência doméstica (MCCAULEY et al., 1995). Já em serviços de emergência, de 22% a 35% das mulheres relataram terem vivenciado violência física pelo menos uma vez na vida (ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA, 1992).

No Brasil, o maior e mais detalhado estudo realizado com usuárias de serviços de saúde (SCHRAIBER et al., 2003a) entrevistou 3193 mulheres de 15 a 49 anos em 19 unidades

básicas de saúde na região metropolitana de São Paulo, utilizando o questionário do Estudo Multicêntrico Internacional sobre Violência contra as Mulheres, da Organização Mundial de Saúde. Nesse estudo, 55% das mulheres relataram ter sofrido violência física e/ou sexual por qualquer tipo de agressor pelo menos uma vez na vida. Entre as 3089 mulheres que já haviam vivido uma relação conjugal com um homem, 52,8% reportaram ter sofrido violência psicológica, 40,4% sofreram violência física e 21%, violência sexual. Segundo D'OLIVEIRA (2005), no geral, 61,1% da amostra de mulheres sofreram alguma forma de violência ao longo da vida.

Ainda em relação à pesquisa acima, considerando a violência cometida por outros agressores que não o parceiro ou ex-parceiro, 44,8% relataram ter sofrido violência psicológica, 20,5% violência física e 9,4% violência sexual. Esses valores são menores do que as da violência por parceiro mas, ainda assim, são muito altos. Entre os outros agressores, a grande maioria é formada por familiares. Juntos, parceiros e familiares são responsáveis por mais de 70% dos casos de violência física ou sexual. (D' OLIVEIRA, 2005; SCHRAIBER, 2003a).

Estudo conduzido em serviços de emergência na Bahia, por Silva (2003), encontrou 46% das mulheres referindo algum episódio de violência na vida. A violência física foi referida por 36,5% das mulheres, enquanto a sexual, por 18,6%. Parceiros e ex-parceiros foram responsáveis por 65,7% das agressões físicas e 68,7% das agressões sexuais. Estudo realizado com 265 usuárias de um centro de saúde em Ribeirão Preto (MARINHEIRO et al., 2006), encontrou uma prevalência de 26,4% para a violência física e de 9,8% para violência sexual.

Em relação à violência física na gestação, investigações estrangeiras encontraram uma prevalência entre 0,9% a 20,1%, estando a maior parte deles entre o espectro de 3,9% a 8,3% (GAZMARARIAN et al., 1996). Revisão mais recente acerca do problema em países em desenvolvimento mostra uma variação entre 4 a 29% (NASIR; HYDER, 2003).

Em revisão crítica de estudos sobre violência na gestação no período de 1963 a 1995, utilizando as bases de dados Medline, Popline, Sociological Abstracts e Psychological Abstracts, GAZMARARIAN (1996) encontrou prevalências que variaram de 0,9% a 20,1%.

2.4 Características da violência contra as mulheres

A violência contra as mulheres é frequentemente persistente e grave, acontece em contextos de intimidação e coerção e está ligada a tentativas de controle e dominação das mulheres pelos homens. Análises históricas demonstram que este tipo de violência tem sido explicitamente descriminalizada, ignorada ou tratada de maneira ineficaz pela justiça, pelos serviços sociais e de saúde e pelas comunidades (DOBASH et al., 1992). As mulheres vítimas de violência doméstica, em geral, estão emocionalmente envolvidas e economicamente dependentes do agressor, o que traz implicações importantes tanto para a dinâmica da violência quanto para as formas de se lidar com ela, seja pela própria mulher ou pelas instituições e serviços voltados para este fim (KRUG et al., 2002).

A Organização Mundial de Saúde (KRUG et al., 2002) aponta que, na maioria dos países, ser do sexo feminino representa um risco maior para infanticídio, abuso sexual, negligência física e nutricional, assim como para a prostituição forçada. Estudos realizados em países geográfica e culturalmente distintos, como a China, Colômbia, Egito, Índia, México, Filipinas, África do Sul e Estados Unidos encontram forte correspondência entre violência conjugal e abuso infantil. Crianças que testemunham violência, por sua vez, são mais predispostas a reproduzir, quando adultas, relacionamentos violentos em suas próprias famílias (DAY et al., 2007).

Ser jovem, pobre, ter vivenciado violência na família de origem, usar álcool, ser emocionalmente dependente, baixa auto-estima, ser inseguro e apresentar dificuldade para controlar impulsos são características associadas aos homens agressores. A baixa escolaridade não é consistente nos estudos. Como fator de proteção para as mulheres está o status sócio-econômico alto; as mulheres em situação de pobreza são desproporcionalmente afetadas pela violência (KRUG et al., 2002).

De acordo com revisão extensa realizada por Castro (2003), as variáveis mais frequentemente associadas à violência contra as mulheres são: situação sócio-econômica (ser pobre), escolaridade (baixa) e grupo de idade (quanto mais jovem maior o risco); estado civil (mulheres sem parceiro com maior risco); haver sofrido abuso ou violência na infância ou ter testemunhado situações deste tipo (tanto para a mulher como para o parceiro); ocupação do

parceiro (se desempregado, maior é o risco de agredir a mulher) e da mulher (se trabalha fora de casa o risco é menor); número de filhos, tempo de união e consumo de álcool (nos três casos, quanto mais alto maior o risco); finalmente, a existência de forte assimetria de poder entre o casal e acentuada rigidez nos papéis de gênero. Ser jovem, estar unida ou separada e ter baixo grau de escolaridade também foram características associadas ao maior risco de sofrer violência no estudo multicêntrico da Organização Mundial de Saúde (GARCIA MORENO et al., 2007).

No estudo de d'Oliveira et al. (2008) os fatores associados ao maior risco de violência contra as mulheres foram a posse de bens próprios pelas mulheres e a baixa escolaridade (mulheres com menos de nove anos de estudo). Em São Paulo, o estrato sócio-econômico baixo também esteve associado à ocorrência de violência e, em Pernambuco, o fato da mulher ter renda própria, o que, provavelmente, se constitui em fonte de conflito com os parceiros, tornando a mulher mais vulnerável à violência. Ter vivenciado experiências de violência antes dos 15 anos aumenta o risco, independentemente da condição sócio-econômica. Ter sofrido violência física por outra pessoa; estar separada, viúva ou sem parceiro no momento da entrevista; ter tido cinco gestações ou mais, e problemas com bebida mostraram-se associados à violência em São Paulo e na Zona da Mata de Pernambuco. Nessa última região, ter de 30 a 39 anos e viver em união informal também se mostraram associados, ao contrário de São Paulo. Por outro lado, em São Paulo a existência de gestação assumiu significância estatística, configurando-se como risco para a ocorrência de violência.

McCauley et al. (1995) encontrou os seguintes fatores associados à ocorrência de violência física entre usuárias de serviços de saúde: sócio-demográficos: idade até 35 anos, estar separada ou divorciada e não possuir seguro ou plano de saúde; variáveis psicológicas: atingir escore alto em qualquer escala de sintomas emocionais, abuso de álcool ou outras drogas e tentativa de suicídio; sintomas físicos: fraturas, distensões ou cortes graves, diarreia e corrimento vaginal.

2.5 Conseqüências da violência para a saúde das mulheres

As altas prevalências encontradas na população usuária de serviço de saúde são preocupantes porque a violência é associada com diversas repercussões para a saúde das mulheres, como maiores índices de suicídio, abuso de drogas e álcool, queixas vagas, cefaléia, distúrbios gastrointestinais e sofrimento psíquico em geral (MCCAULEY et al., 1995). De acordo com o Banco Mundial (1993), as mulheres perdem 9,5 anos de vida saudável em razão da violência doméstica (*apud* D'OLIVEIRA, 2000).

Stets e Straus (1989; *apud* ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA, 2000) indicam que apenas 0,4% da violência física cometida por mulheres resultam em lesões. Quando os homens são os agressores, este percentual é sete vezes maior, chegando a 3%. Parte desta diferença se deve à maior força física masculina, mas as evidências sugerem que é maior a probabilidade dos homens cometerem agressões graves e repetidas contra as mulheres, produzindo lesões que requerem atendimento médico (ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA, 2000).

Além do dano físico ou emocional direto, as mulheres em situação de violência apresentam um risco aumentado de adoecer no futuro. Como conseqüências físicas da violência os estudos indicam: dor abdominal e torácica, hematomas e contusões, síndrome de dor crônica, incapacidade, fibromialgia, fraturas, problemas gastrointestinais, síndrome do intestino irritável, lacerações e abrasões, lesões oculares, funções físicas reduzidas. As conseqüências sexuais e reprodutivas são: problemas ginecológicos, infertilidade, doença pélvica inflamatória, complicações na gravidez, abortamento, disfunção sexual, doenças sexualmente transmissíveis-DST, HIV, aborto inseguro, gravidez indesejada e dificuldades de utilização de contraceptivos. Como conseqüências psicológicas e comportamentais tem-se: abuso de álcool e drogas, depressão e ansiedade, desordens alimentares e do sono, sentimentos de culpa e vergonha, fobias e pânico, inatividade física, baixa auto-estima, estresse pós-traumático, fumo, comportamento suicida e auto-mutilação, práticas sexuais inseguras. Finalmente, as conseqüências fatais da violência são a mortalidade por aids, mortalidade materna, homicídio e suicídio (KRUG et al., 2002; HEISE et al., 1999).

Há, ainda, pesquisas que apontam para a associação da violência durante a gestação com um amplo conjunto de impactos negativos na saúde materna e neonatal. Entre as principais complicações à saúde da mulher já identificadas estão a depressão, o uso de álcool e outras drogas, o consumo de cigarro, a anemia, as hemorragias no primeiro e segundo semestre, o ganho de peso abaixo do ideal, padrões alimentares não saudáveis e gravidez indesejada. Além disso, há indicações de que as mulheres que sofreram violência tendem a começar o atendimento pré-natal tardiamente, no terceiro trimestre da gravidez, o que por si só pode ser um fator de risco para diversos problemas gestacionais (MCFARLANE et al.,1992; HEISE et al.,1999).

No Brasil, d'Oliveira encontrou que, quando comparadas com mulheres que não sofrem violência, aquelas que sofrem ou sofreram violência relatam mais dor ou desconforto grave, problemas de concentração e tontura, ideação e tentativa de suicídio, transtorno mental comum de acordo com o *Self Report Questionnaire-SRQ20*, aborto provocado e problemas com o uso de álcool nos 12 meses anteriores à realização da entrevista (D'OLIVEIRA et al., 2003; D'OLIVEIRA, 2005).

Os problemas ginecológicos são a diferença relacionada à saúde física mais consistente entre mulheres que sofreram violência e aquelas que não sofreram, com uma chance de ocorrência três vezes maior nas que sofreram violência (STEPHENSON, 2006). Há associação entre a gravidade da violência e o risco da morbidade ginecológica (KOSS et al., 1991 *apud* STEPHENSON, 2006), e a violência física associada à sexual aumenta este risco. A violência sexual pode causar trauma anal, vaginal e uretral, aumentando o risco de infecção. Em relações violentas é mais difícil negociar o uso de camisinha, o que eleva os riscos de DST e aids. A morbidade ginecológica é maior em mulheres que apresentam problemas psíquicos e a violência aumenta o risco de problemas psiquiátricos (STEPHENSON, 2006).

Nesse estudo (STEPHENSON, 2006), no ano anterior à realização da pesquisa, 34% das mulheres relataram ter apresentado um ou mais sintomas ginecológicos, sendo o mais comum o sangramento na relação sexual (22%), seguido de corrimento (15%), dor ou ardor ao urinar (13%) e dor na relação sexual (10%). As mulheres que tiveram corrimento relataram também dor intensa no baixo ventre, coceira ou irritação na vagina, febre e mau cheiro.

A violência interpessoal foi a segunda maior causa de trauma facial no estudo realizado por Wulkan et al. (2005), em hospital de São Paulo, com 164 pacientes de ambos os

sexos. A proporção de agressão homem/mulher foi de 3:1 e em geral os agressores das mulheres são seus conhecidos ou companheiros, ressaltando-se mais uma vez a violência doméstica (WULKAN et al., 2005).

Do ponto de vista psicológico, as mulheres que sofreram violência e que permanecem no vínculo conjugal são mais propensas à depressão, exprimindo sentimentos de solidão, tristeza, desamparo, descrença, irritação, baixa auto-estima e baixa autoconfiança, que podem caracterizar sintomas distímicos. A prevalência de transtorno mental comum varia de 7 a 30% nos países industrializados. No Brasil, encontrou-se 22,7% de prevalência na população urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, (LIMA, 1996) e 35% em Olinda, Pernambuco (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002). As mulheres que sofreram violência grave, comparadas às que nunca sofreram violência, relataram mais angústia e menos bem-estar, procuravam assistência médica duas vezes mais no ano anterior e seus custos ambulatoriais eram 2,5 vezes maior (JACOBUCCI; CABRAL, 2004; KRUG et al., 2002; KOSS et al., 1991).

Como conclusões gerais KRUG et al. (2002) indica que a influência da violência pode persistir muito tempo depois de ela ter cessado; quanto mais severa a violência maior o impacto sobre a saúde; e o impacto de diferentes tipos de violência e de múltiplos episódios de violência parecem ser cumulativos.

As mulheres em situação de violência usam mais intensamente os serviços de saúde, tanto ambulatoriais como hospitalares. Uma vez que os episódios de violência são repetitivos e se agravam com o tempo, caracterizam-se como uma situação de cronicidade e crescente periculosidade. KOSS et al. (1991) afirmam que este é o principal fator preditivo para consultas médicas e elevação dos custos ambulatoriais para essas pacientes.

A gravidade da vitimização criminal foi o mais poderoso preditor para consultas médicas e custos ambulatoriais. Em 1997, a violência contra as mulheres representou um custo financeiro correspondente a 1,9% do PIB brasileiro (KRUG et al., 2002). Os efeitos de longo prazo desta vitimização sugerem que as necessidades de tratamento médico destas mulheres transcendem o foco tradicional sobre os cuidados emergenciais e médico-legais (KOSS et al., 1991).

2.6 A violência contra as mulheres nas políticas e serviços de saúde

No Brasil, a violência contra as mulheres só muito recentemente passou a ser reconhecida como um problema para os serviços de saúde, graças à iniciativa do Ministério da Saúde, ainda em fase de implantação nacional, da identificação e notificação dos casos em toda a rede pública de saúde. No cotidiano da assistência, porém, é grande a dificuldade das equipes profissionais para identificarem e abordarem a questão da violência (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999; SUGG; INUI, 1992). Em geral, as equipes lidam com o problema de duas formas: identificando e tratando a lesão provocada pela violência e, nesse caso, a própria situação de violência é deixada de lado, ou considerando a violência como uma questão social e psicológica que não teria lugar nos serviços de saúde e deveria ser encaminhada para outros setores (D'OLIVEIRA, 2000; SCHRAIBER et al., 2005). Esta invisibilidade também foi constatada em estudos em São Paulo (SCHRAIBER et al., 2003b) e Recife (SCHRAIBER et al., 2004), o que sugere a necessidade de se desenhar estratégias para a identificação da violência pelo exame clínico e questionando-se ativamente as usuárias do serviço (HEISE et al., 1999). Como lembra SCHRAIBER et al. (2005; p. 94), a violência não é referida como tal quando das visitas aos serviços:

O que cada mulher em situação de violência traz aos serviços de saúde não é a violência como um problema: em geral, traz apenas seus efeitos. A violência vivida, portanto, não aparece como tal, nem mesmo como fator causador dos sofrimentos.

Os serviços de saúde são locais com amplo acesso à população de mulheres em idade reprodutiva – período em que também é mais comum a ocorrência de violência -- e, por isso, têm sido considerados lugares importantes para o reconhecimento, acolhimento, apoio e referência para os casos de violência. Por outro lado, a saída da situação de violência é complexa e envolve o trabalho articulado de uma rede multiprofissional e intersetorial de atenção. Estudo realizado em São Paulo e Pernambuco (SCHRAIBER et al., 2002a) mostrou que, quando em situação de violência, a maioria das mulheres pede ajuda para alguém e uma parte significativa (44,5% das mulheres que relatam violência física e/ou sexual por parceiro íntimo em SP e 21,9% na zona da mata de Pernambuco) busca apoio em pelo menos uma instituição governamental ou não governamental. Pouco se sabe, entretanto, sobre os

resultados dessas iniciativas e suas conseqüências em termos de resolução ou não do problema, uma vez que não há acompanhamento dos casos.

Um estudo interessante nessa direção foi conduzido pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em 10 países latino-americanos (SAGOT, 2000). Tal investigação, denominada “Rota Crítica”, relata “os caminhos das mulheres que romperam o silêncio”, mostrando o difícil e sinuoso percurso de idas e vindas de mulheres que buscam assistência, mas encontram muitos obstáculos para sua realização. Rota crítica é uma noção cunhada em razão do quanto as respostas das instituições que deveriam cuidar das mulheres acabam por ser desencorajadoras e pouco efetivas, salientando a importância de envidar esforços para capacitar as instituições, especialmente as de saúde, para assistir a esses casos e garantir a saúde das mulheres e o exercício de seus direitos.

2.7 Algumas considerações metodológicas

Os impasses conceituais e as lacunas teóricas apontados anteriormente colocam questões importantes para o desenho metodológico das pesquisas sobre violência contra as mulheres. Por um lado, a alta magnitude do problema e as suas conseqüências para a vida das mulheres e para sociedade exigem um esforço de produção de conhecimento que subsidie a elaboração e implementação de ações de enfrentamento do problema, tanto por parte do poder público quanto por parte da sociedade. Por outro, a complexidade da violência contra as mulheres, dada pela multicausalidade e pela sensibilidade da questão, exige cuidado e criatividade na definição das formas de abordagem da questão e dos sujeitos.

A própria Organização Mundial de Saúde reconhece como necessidade premente do campo da saúde pública a ampliação do conhecimento básico sobre a violência: magnitude, escopo, características e conseqüências da violência nos níveis local, nacional e internacional, razões de ocorrência, causas e fatores associados, fatores de risco, de proteção e aqueles que podem ser modificados por intermédio da intervenção. A partir da análise do conjunto de investigações já realizadas, aponta a existência de alguns elementos que afetam a qualidade e

a comparabilidade dos dados nestas pesquisas: inconsistências na forma como violência e agressão são definidas; variações nos critérios de seleção dos participantes do estudo; diferenças provenientes das fontes de dados; desejo dos sujeitos de falarem aberta e francamente sobre suas experiências de violência (KRUG et al., 2002).

Walby (2005) afirma a necessidade de se produzir dados complexos para testar novas explicações para a violência contra as mulheres, explorando especialmente a correlação com outras formas de violência interpessoal e diferentes padrões de relações sociais. Essa última situação se aplica particularmente ao Brasil, onde é grande a diversidade de contextos sócio-culturais, nos quais a violência contra as mulheres pode se expressar de modo diferenciado. Walby (2005) identifica pelo menos cinco áreas de divergências significativas na conceituação e operacionalização da violência contra as mulheres: a caracterização dos perpetradores; as definições dos diferentes tipos de violência; o limiar a partir do qual um ato pode ou deve ser considerado violento e as formas de definir e medir a gravidade da violência; o foco sobre a prevalência ou incidência; e o marco temporal da experiência de violência – se no último ano ou se em qualquer momento da vida. A seguir, apresentam-se as questões colocadas por essa autora.

Parceiros íntimos, familiares ou qualquer pessoa têm sido as categorias amplas a partir das quais se classifica os perpetradores. A maior parte dos estudos coloca o foco na mulher como vítima, mas há questões quanto à importância de se incluir crianças e homens como vítimas. No primeiro caso, em se tratando de crianças do sexo feminino, pode-se revelar a extensão da experiência de violência ao longo do ciclo de vida das mulheres. No segundo, trata-se de dar relevância à reciprocidade da violência no âmbito das relações conjugais, favorecendo o deslocamento conceitual e teórico da violência contra as mulheres para a violência entre parceiros.

Com relação aos tipos de violência, como se viu, é possível encontrar diferentes classificações, inter-relacionadas e que, muitas vezes, potencializam umas às outras. De maneira geral, pode-se dizer que a violência física, psicológica e sexual contra as mulheres pode estar presente nos contextos de violência doméstica ou extra-doméstica, como no tráfico de pessoas ou na violência institucional. Do mesmo modo, a violência contra as mulheres – qualquer que seja a sua expressão – articula-se com a violência racial e se expressa de modo

diferente em contextos sociais específicos, como, por exemplo, em situações de pobreza e privação, de conflitos armados ou políticos.

A definição do limiar de violência é das mais sensíveis e complexas, uma vez que depende da delicada articulação entre fatores culturais -- que legitimam certas formas de violência, condenando outras --, marcos legais e a própria perspectiva da vítima, que nem sempre considera estar vivenciando uma situação de violência, ainda que legalmente a situação seja definida como tal. Do ponto de vista jurídico ou policial essa questão pode ser considerada irrelevante, uma vez que a caracterização do crime é feita por instância exterior a vítimas e agressores, mas no âmbito da atividade de pesquisa esse é um problema central, porque sendo vítimas e agressores os sujeitos da investigação, cabe a eles indicar e, portanto, definir, se sofreram ou não violência. É um desafio, portanto, encontrar um modo de inquirir os sujeitos que permita uma caracterização consistente e minimamente homogênea dos atos violentos.

Um dos instrumentos mais utilizados para esta finalidade é a *Conflict Tactic Scale* (CTS), que trabalha com uma lista de atos violentos, não denominados explicitamente de violência, medidos e analisados a partir de um escore que traduz graus diferenciados de gravidade dos atos e, somados, caracterizam diferentes situações de violência.

Para Walby (2005) e Dobach e Dobach (1992), a CTS apresenta vários problemas. As questões foram elaboradas tomando como pressuposto a reciprocidade da violência, ou seja, utiliza uma linguagem supostamente neutra do ponto de vista do sexo do respondente, o que produz uma falsa simetria de gênero, e não capta as especificidades da violência sofrida por mulheres e homens. Além disso, reduzida exclusivamente à escala, não considera os significados nem os contextos nos quais a violência ocorre, o que reduz imensamente o seu poder de análise. Desconsidera o fato de que o impacto dos atos violentos pode variar: um mesmo ato -- um empurrão, por exemplo -- pode ser associado a mais ou menos dano dependendo do sexo do perpetrador. Uma mulher pequena que empurra um homem forte irá provocar muito menos dano com esse gesto do que se ocorrer o contrário. A escala omite algumas formas de violência, como o estupro e a perseguição, que se expressa pelo controle masculino sobre a vida das mulheres e, como é uma escala exclusiva para a violência doméstica, impede a comparação com outras formas de violência.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), versão nacional do *Demographic Health Survey (DHS)*, inclui um módulo sobre violência contra as mulheres que já foi aplicado em 11 países, em cinco dos quais já pela segunda vez e, para isso, utiliza um instrumento amplo, que permite analisar as informações sobre violência no contexto social e cultural das mulheres. Utiliza as orientações éticas da Organização Mundial de Saúde (WATTS et al., 2001) para a realização de pesquisas sobre o tema e defende a adaptação da CTS, sob o argumento de que é necessário garantir a comparabilidade entre inquéritos nacionais. Para corrigir os problemas identificados na CTS, inclui violência sexual, assume que a violência pode ocorrer mesmo na ausência de situações de conflito e inclui um módulo que investiga as conseqüências da violência (KISHOR, 2005).

Walby considera que a melhor alternativa para medir a gravidade do ato violento é por meio do grau de dano físico ou mental provocado pela violência e pela freqüência dos atos. Com isso, evita-se o problema do diferencial de sexo para um mesmo ato, facilitando-se ainda a comparação com outras escalas que mensuram a violência criminal.

Com relação à prevalência e incidência, Walby (2005) realça a importância da primeira para se estabelecer a escala e criar consciência sobre o problema. A prevalência capta a natureza particular e especializada da violência doméstica como um processo de conduta coerciva, como uma série de ocorrências relacionadas, mais do que como um evento isolado. Mas, infelizmente, é um conceito de utilização restrita à área de saúde pública, o que limita suas possibilidades interpretativas e comparativas. E acrescenta que para se estudar a violência contra as mulheres é necessário se utilizar as duas medidas, de forma a se ter a extensão do problema no tempo (prevalência) e o modo como se expressa no momento atual (incidência).

O estudo da ocorrência de violência alguma vez na vida estabelece a escala do problema, mas a análise dos episódios ocorridos no último ano tem maior utilidade para as políticas públicas, uma vez que se aproxima das mulheres que estão em situação atual de violência e, conseqüentemente, com maior risco de agravos à saúde. Mas essa última modalidade exige amostras mais amplas, o que encarece os estudos. Por outro lado, é a ocorrência ao longo da vida, especialmente no caso da violência recorrente, que produz as conseqüências para a saúde e para a vida das mulheres passíveis de serem captadas pela

entrevista. Episódios isolados ou muito recentes de violência parecem produzir um impacto pouco identificável pelas pesquisas

Sintetizando: pesquisas sobre violência contra as mulheres devem captar a prevalência e a incidência, medir a gravidade da violência por meio de níveis de danos e frequência dos atos, devendo também distinguir perpetradores. Neste trabalho, o nível de dano produzido pela violência é o próprio objeto de análise, pressuposto pela frequência dos episódios e analisado sob a forma de conseqüências para a saúde.

Com relação à seleção das amostras, é possível identificar nas pesquisas sobre violência contra as mulheres um *bias* relacionado ao local de realização das mesmas: serviços de saúde são mais procurados por vítimas de um tipo de violência denominada por Johnson (1999) de “terrorismo patriarcal”, ou seja, a violência grave e recorrente, com um altíssimo grau de controle masculino sobre o comportamento das mulheres e sem qualquer possibilidade de defesa ou revide por parte delas. Com frequência, essas mulheres deixam de responder a estudos populacionais justamente por que estão em situação de violência grave, com redução de mobilidade pelo maior domínio masculino sobre suas vidas. Pesquisas domiciliares, por sua vez, captam mais a “violência conjugal comum”, denominação também de Johnson, que se refere à violência episódica, moderada, à qual a mulher eventualmente revida. Para esse autor, assim como para Walby (2005), os dois tipos de estudo podem captar os dois tipos de violência a depender do tamanho da amostra e do desenho de investigação.

A abrangência do desenho de estudo e as altas taxas de resposta são de grande importância em pesquisas sobre violência contra as mulheres, porque é alta a possibilidade de que as mulheres que não são encontradas ou que não respondem sejam justamente aquelas que estão em situação de violência mais grave, o que traz implicações teóricas (WALBY, 2005) e distorções importantes nos resultados.

Já as pesquisas de vitimização, em geral bastante abrangentes, são uma alternativa para a mensuração rápida do problema e para subsidiar as respostas do poder público, mas não captam a “sensibilidade” da questão, o que deve aumentar a sub-revelação. Não se pode negar o seu mérito em desmistificar o problema, tornando-o visível, mas, da forma como são feitas -- com poucas questões, de forma rápida, muitas vezes na frente de outros membros da família -- podem elevar os riscos e vulnerabilizar as mulheres.

Além disso, há tensão entre a precisão dos termos legais para definir a violência e a necessidade de se utilizar uma linguagem que os entrevistados entendem (FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL, 2005). Em estudo realizado em São Paulo, com usuárias de serviços de saúde, SCHRAIBER et al. (2003; p. 48) encontraram que

69,6% das mulheres responderam afirmativamente a pelo menos uma das perguntas sobre agressões ou abusos físicos, psicológicos ou sexuais (...), sendo que apenas 36,6% delas consideraram que sofreram violência na vida.

2.8 Definições operacionais

Neste trabalho, será utilizado o conceito de *violência contra as mulheres*, compreendida como expressão das desigualdades entre homens e mulheres e instrumento de perpetuação da dominação masculina em sociedades patriarcais. Ocorre, portanto, nas esferas pública e privada, admitindo as modalidades interpessoal e institucional.

O foco deste trabalho, porém, estará na violência cometida por homens, em geral companheiros ou ex-companheiros das mulheres, compreendida como uma forma de violência interpessoal, que tem como característica mais importante o fato de acontecer em um contexto particular de desigualdade de poder institucionalizado e socialmente legitimado. E se dá em torno de temas recorrentes: ciúme masculino e senso de propriedade dos homens sobre as mulheres, expectativas de obediência das mulheres aos homens, realização de trabalho doméstico e tentativas de separação das mulheres (CASTRO, 2002; DOBASH; DOBASH, 1992). Admite-se, ainda, que aconteça sob a forma de agressões físicas e sexuais e violência psicológica.

Operacionalmente, serão apresentadas e analisadas as variáveis *violência física e sexual*, cometida por *parceiro íntimo atual ou mais recente*, ocorrida *alguma vez na vida ou nos 12 meses anteriores à realização da entrevista*, de acordo com a frequência dos episódios, ou seja, *uma ou poucas vezes (dois ou três episódios) e muitas vezes (mais de três episódios)*. No último caso, a violência será denominada *violência recorrente* e será tomada como indicador de gravidade da situação.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a violência física, sexual e/ou psicológica, entre mulheres de 15 a 49 anos, usuárias de serviços do Programa Saúde da Família de Recife, segundo características sócio-demográficas e sanitárias.

3.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar o perfil das usuárias do PSF segundo características sócio-demográficas, comportamento sexual e reprodutivo, condições de saúde (incluindo o uso dos serviços) e violência física, sexual e/ou psicológica.
- b) Estimar as prevalências de violência física, sexual e psicológica contra mulheres de 15 a 49 anos, usuárias do PSF no Recife.
- c) Caracterizar os tipos de violência sofrida pelas mulheres em relação à frequência e gravidade dos episódios.
- d) Analisar possíveis associações entre fatores sócio-demográficos, características de saúde e da vida sexual e reprodutiva e a ocorrência de violência física recorrente ao longo da vida.

4 MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Realizou-se estudo transversal, para estimar prevalências de violência, características de saúde e uso de **serviço na atenção primária** entre usuárias de 15 a 49 anos de serviços de Atenção Primária na cidade do Recife. Os dados foram produzidos por aplicação de questionário em entrevista face a face. O estudo foi desenvolvido em unidades básicas de saúde do PSF do Recife, cuja seleção se deu com base nos seguintes critérios: funcionamento regular com significativos volumes de demanda, a fim de permitir a logística adequada, em tempo compatível com a pesquisa; condições de instalação e de infra-estrutura de apoio logístico ao trabalho de campo; e serviços sensíveis ao estudo e ao acolhimento da temática da violência contra as mulheres. A entrada das equipes no campo foi precedida da apresentação e discussão da pesquisa ao secretário de saúde e à equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde, que autorizaram formalmente a realização do estudo nas unidades de saúde.

Foram consideradas elegíveis as mulheres de 15 a 49 anos, inscritas como usuárias e cuja condição de saúde permitisse responder a entrevista. Todas as entrevistadas passaram por atendimento no dia da entrevista e, por isso, possuíam registro de atendimento do dia ou anotação em prontuário correspondente.

Fichas de recusa (Anexo A) foram preenchidas para as mulheres que não quiseram participar da pesquisa, de modo a verificar se o seu perfil era diferente das que aceitaram participar. As informações coletadas foram data de nascimento, escolaridade e o motivo de vinda à unidade de saúde.

4.2 População e amostra

Para o cálculo amostral, tomou-se os parâmetros a partir de estudos realizados em São Paulo (SCHRAIBER et al. 2003a) e na Bahia (Silva, 2003), que constataram uma prevalência de violência física por parceiro íntimo da ordem de 37,5% e de violência sexual, de 18,6% em unidades básicas de Salvador, Bahia, e de 40,4% e 21%, respectivamente, em São Paulo, também em unidades básicas de saúde. O Plano Amostral foi o de amostragem casual simples com reposição, realizado pela equipe da Faculdade de Medicina da USP.

A tabela a seguir apresenta os dimensionamentos amostrais com diferentes graus de confiança 99%, 95% e 90% e com diversas precisões que foram a base da escolha realizada.

Tabela 1: Tamanhos de amostra por unidade básica (para cada sítio).

	Confiança de 99%		Confiança de 95%		Confiança de 90%		95% Amostra conservadora (50%)
	Número de pacientes (18,6%)	Número de pacientes (37,5%)	Número de pacientes (18,6%)	Número de pacientes (37,5%)	Número de pacientes (18,6%)	Número de pacientes (37,5%)	
0.01	9793	15551	5670	9004	3993	6341	9604
0.02	2448	3888	1418	2251	998	1585	2401
0.03	1088	1728	630	1000	444	705	1067
0.04	612	972	354	563	250	396	600
0.05	392	622	227	360	160	254	384

Fonte: SCHRAIBER (2007b).

Cada distrito de Recife foi considerado um sítio de pesquisa. O número em negrito representa a opção amostral praticada.

O desenho do estudo segue a lógica de estudo realizado em São Paulo (SCHRAIBER et al., 2003 a), tomando as Regiões Político Administrativas (RPAs) do Recife, que correspondem aos Distritos Sanitários, como base para o cálculo da amostra de usuárias. Os serviços foram agrupados em sítios de pesquisa (unidade amostral), ou seja, cada distrito de saúde do Recife foi um sítio, o que totalizou seis sítios. Na estimativa da amostra considerou-se a escolha de amostra com prevalência de 37,5% de violência física por parceiro, com uma precisão de 0,05 e confiança de 95%, resultando em 360 mulheres por sítio de pesquisa (seis sítios no total), totalizando 2160 mulheres.

Com exceção do Distrito Sanitário II, no qual foram entrevistadas usuárias de três unidades de saúde, nos demais Distritos foram duas unidades de saúde. Foram consideradas elegíveis as mulheres de 15 a 49 anos, inscritas como usuárias das unidades de PSF e cuja

condição de saúde permitia responder à entrevista por questionário. A amostra, portanto, é representativa do universo de usuárias do SUS e não da população feminina de 15 a 49 anos dos Distritos Sanitários ou usuárias das unidades básicas específicas.

Nas unidades de saúde, a amostra de usuárias foi do tipo consecutivo, captando-se as mulheres por ordem de chegada à unidade de saúde. Assegurou-se que a investigação abrangesse pelo menos uma semana inteira de funcionamento regular da unidade, bem como os períodos da manhã e da tarde. Para isso, houve repartição proporcional da amostra de acordo com os volumes de atendimento por dia e período, identificados na etapa de observação etnográfica realizada antes do trabalho de campo propriamente dito.

Os seis Distritos Sanitários do Recife compartilham entre si a presença de grandes desigualdades sociais e econômicas entre os bairros e comunidades que as compõem. Há, além disso, diferenças importantes entre os Distritos Sanitários, como se vê na tabela 2. Enquanto o DS 2 tem 73% de sua população residindo em ZEIS e áreas pobres, no DS 6 esse percentual é de 46%. O mesmo se dá com relação à população vivendo em aglomerados subnormais: 43% no DS 1 e 4% no DS 3. Chama a atenção ainda a grande diferença na densidade demográfica das ZEIS, quando comparada aos Distritos Sanitários como um todo.

Tabela 2 – Distribuição da população nos DSs, ZEIS, Áreas Pobres e Outras Áreas. Recife, 2000.

DS	Área (km2)	População Total	Densidade Demográfica	População em ZEIS e áreas pobres (%)	População em Aglomerados Subnormais (%)
DS 1	15,72	78.098	4.968	59,0	43,0
DS 2	14,89	205.986	13.834	73,0	8,0
DS 3	77,37	283.525	3.665	64,0	4,0
DS 4	41,94	253.015	6.033	49,0	7,0
DS 5	30,09	248.483	8.258	61,0	13,0
DS 6	38,74	353.798	9.133	46,0	8,0
Total ZEIS	25,92	583.724	22.520	100,0	15,0
Total Áreas Pobres	..	231.996
Total Outras Áreas	..	607.185
Total Recife	218,75	1.422.905	6.505	57,0	9,0

Fonte: PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO/PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE, 2005.

A existência de áreas ricas e pobres em uma mesma região e bairro, portanto, torna problemático se trabalhar com as médias para estas unidades territoriais, uma vez que elas não revelam as “reais condições de vida da população nem medem a distância sócio-ambiental

Uma vez que a estratégia de Saúde da Família volta-se prioritariamente para as áreas mais precárias e carentes da cidade, considerou-se mais adequado descrever o contexto sócio-econômico estudado a partir da UDH de pertencimento da Unidade de Saúde investigada, em lugar do Distrito Sanitário. É verdade que amostra é representativa do Distrito mas, como não se trata de estudo de base domiciliar, ela não representa a população da região, mas tão somente a população de usuárias do PSF que, como se sabe, é residente das áreas mais pobres da cidade. A tabela a seguir apresenta a distribuição da amostra de acordo com as unidades de saúde às quais as usuárias estavam cadastradas e onde foram conduzidas as entrevistas, identificando as UDHs e bairros a que pertencem. Apenas para efeito ilustrativo das diferenças entre estas áreas, vale referir que os Índices de Desenvolvimento Humano das UDHs variam de 0,658, em Santo Amaro, a 0,827, em Água Fria, sendo o índice do Recife, 0,797 (PCR/PNUD, 2005).

Tabela 3 – Distribuição da população estudada de acordo com a Unidade Básica de Saúde, UDH, bairro e Distrito Sanitário. Recife, 2006.

UBS	UDH	Bairro	DS	N	%
Santa Terezinha	Santo Amaro	Santo Amaro	1	289	13,4
Coelhos	Recife Centro	Coelhos	1	72	3,3
Bianor Teodósio	Dois Unidos/Linha do Tiro	Dois Unidos	2	119	5,5
Alto do Pascoal	Dois Unidos/Linha do Tiro	Linha do Tiro	2	175	8,1
Byron Sarinho	Água Fria	Água Fria	2	65	3,0
Alcides Codeceira	Alto José Bonifácio	Alto José Bonifácio	3	262	12,2
Macaxeira	Córrego do Jenipapo	Macaxeira	3	96	4,5
Vila União	Iputinga	Iputinga	4	159	7,4
Emoci Krause	Madalena/Torre	Torre	4	201	9,3
Vila São Miguel	Bongi/San Martin	Afogados	5	179	8,3
Povo de Deus	San Martin	San Martin	5	179	8,3
Sítio Grande	Imbiribeira	Imbiribeira	6	185	8,6
Pina	Pina	Pina	6	175	8,1
Total				2156	100,0

Fonte: PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO/PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE, 2005.

4.3 Produção de dados

O questionário é composto de três partes, incluindo dados sociais e demográficos, dados sobre a saúde em geral e saúde reprodutiva, dados específicos sobre episódios de

violência e percepções sobre as experiências de violência. Nesta última seção, as perguntas sobre as experiências de violência são formuladas de diferentes formas, buscando-se ainda discriminar agressores, tipos de violência e frequência dos episódios. Essa forma de indagar aumenta a sensibilidade do instrumento pelas perguntas reiterativas e melhora a sua especificidade pela discriminação dos eventos e, principalmente, dos agressores (Schraiber, 2007). As referências utilizadas para a formulação das questões são apresentadas no Anexo C.

A equipe de pesquisa, composta por entrevistadoras, codificadoras e supervisoras de campo, foi integrada exclusivamente por mulheres, todas selecionadas por meio de análise de currículo, entrevista e simulação de situações de pesquisa durante um treinamento de 40 horas, dando-se preferência àquelas com experiência no trabalho em pesquisas com temas sensíveis.

O estudo foi precedido por observação do tipo etnográfica das unidades de saúde, de modo a se obter uma descrição detalhada de sua estrutura, funcionamento e organização do trabalho, que permitisse o planejamento adequado da logística do campo. Após a observação, realizou-se um estudo piloto, que testou a logística e a adequação dos instrumentos, as habilidades técnicas das entrevistadoras e supervisoras de campo e demais elementos do trabalho de campo.

O estudo-piloto foi realizado em agosto de 2005, com 5,5% da amostra prevista. Foram realizadas 120 entrevistas, em unidades de saúde com perfil semelhante às que seriam incluídas na pesquisa, mas localizadas em áreas diferentes. Os objetivos específicos do piloto foram: testar a funcionalidade e aplicabilidade dos instrumentos de pesquisa, as estratégias e logística de campo; esclarecer eventuais dúvidas das pesquisadoras quanto ao conteúdo e procedimentos de aplicação do questionário; e incentivar questionamentos para sugestões de aperfeiçoamento dos instrumentos e procedimentos de campo.

As entrevistas foram realizadas em situação de privacidade e conforto para a entrevistada, tendo a duração média de 40 minutos, respeitando-se o funcionamento usual dos serviços e o uso do serviço (horário e vez de consultas) pelas mulheres a serem entrevistadas.

Nas entrevistas utilizou-se um questionário padronizado construído pela Organização Mundial de Saúde (Anexo B) e já utilizado pela mesma equipe em pesquisa anterior no município de São Paulo e na Zona da Mata de Pernambuco (SCHRAIBER et al., 2002a). Na sua origem, foi um questionário formulado em inglês, traduzido para o português e re-traduzido

para o inglês, com verificação da própria equipe da Organização Mundial de Saúde (GARCIA MORENO et al., 2006). As perguntas sobre violência foram adaptadas à cultura nacional com auxílio de técnicas qualitativas de pesquisa, aplicadas a homens, mulheres e profissionais de saúde antes do início do estudo. O questionário foi avaliado por comitês consultivos nos dois estados, realizando-se ainda um pré-teste para avaliar a clareza e facilidade de aplicação. E, finalmente, também foi feita análise de sua consistência interna.

4.4 Considerações éticas

O projeto foi protocolado no Comitê de Ética em Pesquisa da FMUSP sob o nº 1121/04, tendo recebido aprovação em parecer datado de 27 de janeiro de 2005, assinado pelo Dr. Euclides Ayres de Castilho (Anexo E). Todas as entrevistas foram realizadas após a leitura em voz alta do termo de consentimento informado (TCI) (Anexo F) pela entrevistadora e após a assinatura do mesmo pelas entrevistadas. O TCI ofereceu informações sobre a pesquisa, dando às mulheres a oportunidade de, uma vez esclarecidas, decidirem se aceitavam ou não serem entrevistadas, sendo também informadas da possibilidade de interromperem a entrevista se e quando desejar. Além disso, garantiu o sigilo e a confidencialidade das informações prestadas pelas mulheres.

As entrevistadoras foram orientadas a ler para as usuárias as palavras exatas do Termo de Consentimento, inserindo o seu próprio nome e o nome da unidade de serviço no local apropriado. Ao final da leitura, perguntava-se se restava alguma dúvida sobre o procedimento da entrevista. Enfatizou-se que nem a participação nem a recusa em participar acarretariam em qualquer privilégio ou prejuízo quanto ao atendimento nos serviços de saúde.

A pesquisa teve a entrevista face a face como técnica básica, utilizando-se um questionário com questões fechadas. Isso não quer dizer, porém, que não haja riscos ou benefícios em pesquisas dessa natureza, que tratam de um tema sensível e complexo como a violência. A revelação da vivência da violência frequentemente provoca sofrimento e emoções fortes nas vítimas, que revivem de forma dolorosa situações que preferiam esquecer. Por isso, a forma de abordar os sujeitos de pesquisa e o próprio problema da violência durante

a entrevista deve ser sensível o suficiente para provocar o mínimo de sofrimento nas mulheres e, quando isso acontece, é necessário ter estratégias para lidar com o problema. A equipe de pesquisadoras deve ser especialmente treinada para isso, sendo preparada também teoricamente para compreender o problema da violência contra as mulheres como um processo socialmente construído e sancionado, que tem na culpabilização das vítimas um de seus principais mecanismos de perpetuação. Deve-se saber, portanto, que as mulheres relutam em falar do problema porque têm vergonha, porque se sentem culpadas e porque receiam que a revelação da violência venha a provocar mais violência, colocando a sua vida e a de seus filhos em risco. Sendo esse outro risco real, a ser considerado pela equipe de pesquisa. Nesta pesquisa, a estratégia utilizada para lidar com esses riscos envolveu os seguintes procedimentos:

- Seleção criteriosa de pesquisadoras com formação nas áreas de ciências humanas e experiência prévia com pesquisa em temas sensíveis. Foram selecionadas três supervisoras e 10 entrevistadoras com esses requisitos. A opção por entrevistadoras do sexo feminino seguiu recomendação da OMS, que indica que a identidade de gênero facilita a revelação das situações de violência vividas pelas mulheres (WATTS et al., 2001);
- Treinamento teórico e técnico com 40 horas/aula e discussão de situações-problema;
- Elaboração de manuais para os procedimentos de campo e para o uso do questionário como reforço às instruções do treinamento e material de consulta durante o trabalho de campo. As perguntas do questionário são apresentadas e explicadas detalhadamente, deixando claro qual informação deseja-se obter com cada uma delas. Com isso, pretendeu-se garantir a homogeneidade e a padronização dos dados coletados;
- Utilização de instrumento de pesquisa validado internacionalmente pela OMS, que aborda a violência de forma gradual e a partir da descrição de atos violentos que, no seu conjunto e de acordo com a sua frequência e tipo de agressor, podem caracterizar diferentes situações de violência física, psicológica e sexual;
- Realização das entrevistas em ambiente que garantiu a privacidade das mulheres, de forma que se sentissem seguras e confortáveis para falar. Isso significava, evidentemente, distância do agressor. Como a pesquisa foi realizada em unidades de

saúde, salas ou áreas específicas foram designadas pelas gerências para a realização das entrevistas;

- Supervisão semanal junto à equipe para tratar dos problemas surgidos em campo decorrentes da revelação da violência e/ou da relação entre pesquisadora e pesquisada;
- Acordo com o Centro de Referência Clarice Lispector, ligado à Coordenadoria da Mulher da Prefeitura da Cidade do Recife, para atender às pesquisadoras que por acaso sentissem necessidade de apoio psicológico, uma vez que o contato com o problema da violência pode trazer à tona experiências pessoais difíceis ou revelar dificuldades de lidar com o sofrimento alheio. Acordou-se, ainda, que o Centro poderia receber as mulheres entrevistadas que desejassem procurar ajuda imediata;
- Preparação de um folheto de pequenas dimensões com endereços e telefones de instituições de apoio a mulheres vítimas de violência para ser entregue às mulheres no final da entrevista, caso elas quisessem ou pudessem aceitar o folheto – uma vez que a descoberta do folheto pelo agressor também poderia provocar mais violência (Anexo G).
- Finalmente, toda a pesquisa foi orientada pelas recomendações da Organização Mundial de Saúde contidas no documento *Putting Women First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence against Women* (WATTS et al., 2001).

4.5 Processamento e análise dos dados

Os questionários preenchidos foram revisados pelas supervisoras de campo e pela equipe de pesquisa sediada no Recife e, em seguida, foram enviados à Universidade de São Paulo-USP para a crítica final. Problemas de preenchimento detectados no campo ou no escritório do Recife foram solucionados a partir da consulta às entrevistadoras ou de um segundo contato com as entrevistadas. Com isso, puderam ser corrigidos boa parte dos erros cometidos em campo. Erros residuais foram detectados pela equipe da USP e, nesses casos,

procurou-se corrigir a partir do contato com a coordenação da pesquisa em Recife e daí para as supervisoras, entrevistadoras e, em último caso, tentava-se o contato com as entrevistadas.

O banco de dados foi construído no programa FoxPro 2.6 para Windows, com dupla digitação dos questionários e validação dos dados no programa STATA 8.0. Essa etapa do trabalho foi feita pela equipe da Faculdade de Medicina da USP-FMUSP e o banco final foi enviado para a autora deste trabalho, com a devida autorização de uso (Anexo D). Para a presente dissertação, os *softwares* utilizados para a apresentação, descrição e análise estatística dos dados foram: Microsoft®Word 2000 – para o processamento de textos e edição das tabelas; Microsoft®Excel 2000 com PHStat2 – para a elaboração de tabelas e cálculos de intervalos de confiança das proporções; o EPI Info (versão 6.04), para cálculo de Odds ratio, intervalo de confiança e valor de p e o SPSSWIN 11.0 para a construção de novas variáveis, cálculos de medidas de tendência central e dispersão, distribuições de frequências e tabulações. Todos esses programas são licenciados em nome do SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia, com exceção do Epiinfo, que é de livre acesso. A regressão logística foi realizada na versão 8.0 do SPSS, licenciada pelo CPqAM/Fiocruz.

Os conteúdos específicos do questionário e a forma como as principais variáveis foram estudadas são apresentados a seguir, a partir de síntese de SCHRAIBER (2007a), que também orientou a análise dos resultados do estudo nacional.

A escolaridade foi investigada a partir de três variáveis: alfabetização, frequência à escola e grau de escolaridade. A alfabetização, entendida como capacidade de leitura e escrita, foi avaliada a partir da habilidade escrever uma carta simples a uma amiga. O grau de escolaridade foi tomado a partir dos anos de estudo, não se contabilizando as repetências. Essa variável foi transformada em categórica, com os seguintes estratos: 1) analfabeta e alguma série completa do primeiro ciclo do ensino fundamental; 2) alguma série completa do segundo ciclo do ensino fundamental; 3) alguma série completa do ensino médio ou superior.

Foram coletadas informações sobre a posse de bens de consumo, necessárias para a caracterização do nível sócio-econômico. Em estudos anteriores do grupo de que coordenou esta pesquisa nacionalmente (SCHRAIBER et al., 2003; SCHRAIBER et al., 2002), para a classificação sócio-econômica da amostra foi utilizado o Critério Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado 2001 (ABIPEME). De acordo com esse critério, é possível classificar a população em cinco estratos – A, B, C, D e E – construídos a partir da somatória

dos pontos atribuídos ao nível de instrução do chefe da família (adaptado nos referidos estudos do Grupo para a instrução da entrevistada, independente de ela ser ou não chefe da família), posse de bens de consumo duráveis e empregada doméstica trabalhando no domicílio. Atualmente, utiliza-se com mais frequência o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), ou Critério Brasil, cuja principal diferença com relação ao da ABIPEME está na atribuição de pontos aos itens analisados. No critério ABIPEME, a pontuação é maior para a escolaridade, automóveis, empregada mensalista e aspirador de pó. Há, ainda, disparidade no que se refere aos limites dos intervalos para cada classe. A coordenação nacional da pesquisa optou por utilizar o critério ABIPEME para efeito de comparabilidade com os outros estudos do Grupo. Pela mesma razão, foi mantido esse critério na análise feita nessa dissertação.

A variável ocupação procurou traçar um perfil do grau de autonomia financeira das entrevistadas. São muitos os estudos que apontam a dependência financeira em relação ao parceiro como um obstáculo à saída da mulher da situação de violência (HEISE et al., 1999; Krug et al., 2002). Pretendeu-se investigar, portanto, se a mulher tinha alguma atividade remunerada, regular ou esporádica, ou se exercia exclusivamente atividades domésticas não remuneradas. Não se investigou a inserção das mulheres ocupadas no mercado de trabalho formal ou informal, uma vez que se buscava informações exclusivamente a respeito da regularidade do trabalho e da estabilidade da renda. Na categoria “desempregada” foram classificadas as mulheres que estavam à procura de emprego e não realizavam nenhuma atividade remunerada no momento da pesquisa.

Em relação à raça/cor da pele, foi considerada a auto-declaração das mulheres, de acordo com a classificação do IBGE, de forma a manter as possibilidades de comparação com outros estudos.

O tipo de residência em que as mulheres vivem foi tomado como um indicador mais imediato do contexto social e das suas condições de vida. Foram construídas categorias para avaliar a maior ou menor precariedade das condições de moradia, variando da casa ou apartamento (considerada adequadas como residência) às moradias próprias de áreas de favela ou cortiço (tidas como inadequadas).

A situação afetiva e sexual das mulheres foi investigada com o propósito de identificar o tipo de relacionamento íntimo que mantinham, considerando-se separadamente

as modalidades heterossexuais e homossexuais, em cada uma das categorias. Privilegiou-se a situação real do relacionamento, em lugar do estado civil.

Os dados sobre parceiros que cometeram as agressões contra as mulheres são centrais para a análise dos fatores associados à violência. Foram divididos em dois blocos, um sobre as características do parceiro atual e outro sobre o parceiro mais recente. As mulheres que estavam sem parceiro no momento da pesquisa responderam ao segundo bloco e as que tinham companheiro responderam ao primeiro. Uma vez que se pretendia descrever e analisar os episódios de violência, as informações sobre o ex-parceiro se referiam ao momento em que as agressões ocorreram. De modo a evitar o viés de memória dado pelo maior ou menor tempo decorrido desde o fim da relação, optou-se por um menor detalhamento das questões sobre ex-parceiros.

Na análise sobre o uso de álcool e/ou outras drogas por parceiros, considerou-se conjuntamente parceiros atuais e ex-parceiros, uma vez que se pretendia obter a prevalência geral de uso destas substâncias.

A presença de transtorno mental comum (TMC), conjunto de sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002), foi avaliada pelo instrumento SRQ-20. O SRQ é um questionário de identificação de distúrbios psiquiátricos no nível da atenção primária, desenvolvido por Harding et al. (1980), validado internacionalmente e também no Brasil, por Mari e Williams (1986). O SRQ é uma escala composta por 24 questões subdivididas em duas seções: a primeira com 20 perguntas elaboradas para a detecção de distúrbios “neurótico” e a segunda com quatro questões para a detecção de distúrbios “psicóticos” (SMAIRA, 1999 *apud* SCHRAIBER, 2005). Nesse questionário utilizou-se apenas o primeiro bloco, dado que não se pretendia medir doenças específicas, mas apenas a presença ou ausência de TMC. De acordo com Ludermir e Melo Filho (2002), a sensibilidade do SRQ-20 varia de 62,9% a 90%, com especificidade de 44% a 95%. A Organização Mundial de Saúde recomenda a utilização do SRQ-20. O ponto de corte utilizado foi 7/8, ou seja, para cada resposta cujo atributo seja “sim” é atribuído um valor correspondente a um ponto, sendo atribuído valor zero para as respostas cujo atributo seja “não”. A soma de até sete respostas “sim” é tomada como provável ausência de transtorno mental comum. A partir da soma de oito respostas “sim” considera-se a possível presença de transtorno mental comum.

As condições e práticas de saúde das mulheres foram investigadas a partir de perguntas sobre os cuidados com a saúde, sintomas indicativos de TMC, sintomas associados a DST e dores crônicas. Além disso, perguntou-se sobre o uso e a frequência de uso de tipos específicos de medicamentos, com ou sem prescrição médica: tranqüilizantes, analgésicos, antidepressivos e emagrecedores. No que toca especificamente à saúde reprodutiva, foram incluídas questões sobre gravidez, ocorrência de abortos e número de filhos.

Procurou-se investigar a experiência de violência doméstica na família de origem a partir de questões sobre as razões que levaram a entrevistada a sair da casa em que foi criada.

A violência cometida por parceiro íntimo foi investigada por tipo (psicológica, física e sexual), se atual ou passada (nos últimos 12 meses ou antes desse período) e se recorrente ou episódica (ocorrida muitas vezes ou uma ou poucas vezes). A escala usada para medir a violência foi desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde, para utilização no Estudo Multicêntrico Internacional sobre Violência contra as Mulheres (também traduzido como Estudo Multipaíses sobre Violência contra as Mulheres) (GARCIA MORENO et al., 2006) e está descrita abaixo, no Quadro 1. Diferentemente da CTS, a escala inclui violência sexual e só ganha sentido se incorporada ao conjunto total das questões, que fornecem uma compreensão mais ampla do contexto e da história de vida das mulheres.

Quadro 1: Questões sobre violência

Tipos de violência	Itens do enunciado no questionário
<i>Alguma vez, o seu atual ou mais recente marido/companheiro(a) tratou você da seguinte forma:</i>	
Psicológica	a) Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma? b) Depreciou-a ou humilhou-a diante de outras pessoas? c) Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito (por exemplo, a forma como a olha, grita, quebra coisas, objetos pessoais)? d) Ameaçou machucá-la ou alguém ou algo de que(m) você gosta?
Física	a) Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la? b) Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão? c) Machucou-a com um soco ou com algum objeto? d) Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você? e) Estrangulou ou queimou você de propósito? f) Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?
Sexual	a) Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria? b) Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele(a) pudesse fazer? c) Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?

Fonte: SCHRAIBER (2007b).

Considerou-se como violência pelo menos uma resposta positiva a qualquer um dos itens relacionados em cada tipo específico do Quadro 1, independentemente das superposições. A recorrência dos episódios foi dada pelas categorias: uma, poucas e muitas vezes. Tratou-se como violência recorrente aquela sofrida muitas vezes, e a episódica, ocorrida uma única vez ou poucas vezes na vida.

As mulheres casadas, em união consensual ou com algum relacionamento sexual à época da entrevista ou anteriormente, foram indagadas sobre os três tipos de violência por parceiro íntimo, ocorrida em algum momento de suas vidas e/ou nos 12 meses anteriores à entrevista. Indagou-se ainda se algum dos episódios teria ocorrido durante alguma gestação. Adicionalmente, perguntou-se se algum dos atos referidos teria acontecido com algum outro parceiro. A partir das respostas foi calculada a prevalência de violência cometida por parceiro íntimo atual ou mais recente e por qualquer parceiro, em algum momento da vida das mulheres e até um ano antes da entrevista. Mulheres que nunca haviam tido relações sexuais não foram perguntadas sobre violência cometida por parceiro, mas apenas sobre agressões cometidas por outras pessoas.

O uso de álcool e/ou outras drogas durante ou depois dos episódios violentos foi investigado tanto para as mulheres quanto para seus parceiros. O revide foi estudado perguntando-se sobre sua ocorrência e frequência com que aconteceu. Indagou-se também sobre violência cometida pelas mulheres, independentemente de terem sido agredidas pela pessoa em questão. Procurou-se também discriminar vítimas, utilizando as mesmas categorias da questão sobre violência sofrida pela mulher, e o uso de álcool e/ou outras drogas durante os episódios.

Para medir a aceitabilidade do *screening* de violência entre usuárias de serviços de saúde, perguntou-se se as mulheres gostariam de ser perguntadas sobre agressões, maus tratos, violência física ou sexual quando fossem atendidas nas unidades de saúde.

Para a apresentação da descrição dos dados da amostra estudada, foram considerados os seguintes conjuntos de variáveis: 1. Sócio-demográficas, que descrevem o perfil das mulheres entrevistadas; 2. Variáveis relacionadas à vida sexual e reprodutiva das mulheres; 3. Variáveis relacionadas às características de saúde das mulheres no momento da entrevista; 4. Variáveis relacionadas às experiências de violência. O Anexo H apresenta a lista de todas as variáveis estudadas.

Para a análise dos fatores associados à ocorrência de violência física ou sexual por parceiro atual ou mais recente, tomou-se como **variável dependente** a experiência de violência física recorrente (muitas vezes) cometida pelo parceiro íntimo atual ou mais recente em algum momento da vida.

E como **variáveis independentes**, as elencadas nas tabelas 5, 6 e 7 do capítulo de resultados, construídas a partir das variáveis descritas abaixo, nos diferentes grupos. No estudo, para melhor representar o efeito das variáveis selecionadas e para o estabelecimento dos estratos de cada uma delas, considerou-se suas especificidades, suas frequências relativas e a revisão bibliográfica efetuada.

Para a análise da associação entre violência e variáveis preditivas procedeu-se inicialmente à análise univariada, seguida de uma análise multivariada. Tomou-se como variável dependente a violência física recorrente (perpetrada muitas vezes) por parceiro íntimo atual ou mais recente alguma vez na vida. Para facilitar a análise, as variáveis foram organizadas em três blocos, a partir de suas inter-relações: variáveis sócio-demográficas (Bloco 1), seguido pelas variáveis relacionadas à vida sexual e reprodutiva (Bloco 2) e por aquelas relacionadas às características de saúde (Bloco 3).

Estimou-se a magnitude da associação entre a violência e as variáveis estudadas a partir dos cálculos das *odds ratio* brutas e ajustadas, com intervalos de 95% de confiança. Utilizou-se regressão logística múltipla para analisar a independência da associação da violência com as demais variáveis, a partir de um modelo hierárquico, composto pelos três blocos acima referidos, agora constituídos apenas pelas variáveis para as quais se encontrou significância estatística $< 0,20$ na sua relação com a violência, quando da análise univariada. Mantiveram-se no modelo as variáveis que apresentaram significância menor ou igual a 0,05.

Além das associações independentes entre as variáveis explanatórias e a violência, procurou-se avaliar as relações existentes entre as mesmas por meio da análise dos ajustes ocorridos a cada inserção de um novo bloco.

Os dados relacionados nas tabelas 15, 16, 17 e 18 do capítulo de resultados referem-se à análise das variáveis selecionadas a partir da análise univariada ajustadas umas pelas outras. A construção do ajuste das variáveis incluídas no estudo foi estabelecida em etapas. As três primeiras testaram separadamente as associações entre a violência e os fatores sócio-demográficos, o comportamento sexual e reprodutivo e as características de saúde. Aplicada a

regressão logística, no modo *forward stepwise*, as variáveis que mantiveram significação estatística em cada um destes modelos, foram agrupadas para o modelo final.

4.6 Contribuições e limites do estudo

O maior benefício advindo desta pesquisa seria oferecer às mulheres a possibilidade de saírem da situação violenta. Sabe-se, porém, que esse é um processo longo e complexo, que não depende apenas de informação ou apoio externo, mas que está condicionado à teia de relações familiares e sociais de cada mulher, aos recursos que ela pode aportar em cada momento de sua vida e à possibilidade que tem de manter-se afastada do agressor. Um processo de pesquisa, portanto, pouco pode responder quanto a isso; mas alguns benefícios importantes podem resultar do mesmo.

A partir da entrevista é possível que algumas mulheres tenham reconhecido suas experiências conjugais como violentas, o que é um primeiro passo para não aceitá-las. Para aquelas que já tinham consciência disso, a possibilidade de falar sobre suas dores e sofrimentos, tendo uma escuta atenta e empática, pode ter sido muito importante e ter significado um reconhecimento pessoal há muito tempo ausente de suas vidas. Pode ter sido também um elemento de fortalecimento para enfrentar o problema. A oferta do folheto informativo pode ter servido como um apoio para aquelas que começavam a pensar em sair da situação violenta. Finalmente, a oferta concreta de ajuda pelo Centro Clarice Lispector pode ter auxiliado aquelas mulheres que já desejavam sair da situação, mas não sabiam como fazê-lo.

Além desses benefícios diretos, os resultados da pesquisa podem contribuir para ampliar o conhecimento sobre a realidade dos serviços de saúde, permitindo melhor adequação assistencial dos mesmos às necessidades de mulheres que sofrem violência, e para sensibilizar os serviços pesquisados para a questão quando da capacitação inicial realizada em março de 2007, com a devolutiva dos resultados globais da pesquisa. Adicionalmente, pode

permitir comparações entre contextos intra-urbanos distintos e subsidiar políticas públicas de enfrentamento da violência contra as mulheres.

Como possível impacto nas políticas públicas do setor, os resultados desta pesquisa podem contribuir para melhorar a qualidade da assistência ao oferecer subsídios para a detecção de casos que, via de regra, são medicalizados, o que não resolve o problema da violência e, conseqüentemente, reduz a capacidade de resposta eficaz na prestação de serviços à população. Com isso, podem-se identificar pelo menos quatro campos nos quais os resultados deste trabalho podem vir a incidir: i) redução de gastos públicos pela maior racionalização dos programas e seus instrumentos; ii) articulação entre diferentes necessidades de saúde das mulheres em uma política de atendimento integral, ética e com maior consistência programática; iii) na abordagem de questões médico-sanitárias associadas à defesa dos direitos humanos e às políticas de melhoria global da qualidade de vida; iv) na articulação entre o setor Saúde e outras políticas sociais, em especial à Segurança Pública, ao Judiciário e à Assistência Social, permitindo acumular experiências de caráter intersetorial na rede de assistência e de caráter interdisciplinar no estudo da Saúde.

Há que se ressaltar, porém, que o fato de ser um estudo transversal traz alguns limites à investigação. É um desenho perfeitamente adequado para a descrição das características de uma população em um dado momento do tempo, o que, por sua vez, é central para o planejamento das ações em saúde. Pode, ainda, funcionar como estudo exploratório, ao indicar aspectos do problema que suscitem hipóteses explicativas para relações entre fenômenos ainda desconhecidas. Conquanto não permita a testagem de hipóteses sobre vínculos causais, os estudos transversais permitem estabelecer associações de frequência entre eventos. Porém, como todas as observações dos sujeitos são feitas em um único momento, as informações sobre eventos passados são obtidas de forma indireta e dependem da memória e dos interesses dos sujeitos pesquisados, o que exige que se considere e busque controlar o viés de memória que necessariamente se apresenta. Pela mesma razão, não é possível estabelecer relações de causalidade entre os eventos, porque não se pode afirmar com segurança a precedência temporal da exposição sobre o agravo nesse tipo de estudo. Ainda como decorrência do desenho, há que se levar em conta que os casos prevalentes podem refletir tanto os determinantes do risco de adoecimento quanto os de sobrevivência, quando se lida

com agravos que admitem longo tempo de exposição, como é o caso da violência contra as mulheres (KLEIN; BLOCH, 2006).

5 RESULTADOS

Apenas nove mulheres elegíveis se recusaram a participar da pesquisa, o que corresponde a 0,4% da amostra estudada e 9,8% do total de recusas no estudo nacional, envolvendo os cinco braços da pesquisa, em Pernambuco e São Paulo. A análise das recusas foi feita apenas para o total nacional e indicou que a média de idade foi de 29,2 anos (DP=8,7); 86,3% sabiam ler e escrever e 92,6% já haviam freqüentado a escola. A média de anos de estudo foi 7,2 anos (DP=3,9). Na amostra aqui estudada, a média de idade foi de 28,6 anos (DP=9,4), 90,1% (n=1946) eram alfabetizadas e 98,4% (n=2128) já haviam freqüentado a escola. A média de anos de estudo foi de 7 anos (DP=2,9). Assim, embora a proporção de recusas tenha sido mínima, o perfil dos dois grupos é semelhante.

Durante a realização do trabalho de campo, foi possível garantir o previsto no planejamento amostral, mantendo-se a distribuição homogênea das usuárias de acordo com os Distritos Sanitários (Tabela 4). Foram entrevistadas 2162 mulheres, mas seis questionários foram excluídos, em razão de inconsistências internas. O banco final conta com 2156 entrevistas.

Tabela 4 – Distribuição da população estudada de acordo com o distrito sanitário. Recife, 2006.

Distrito Sanitário	N	%
I	361	16,7
II	359	16,7
III	358	16,6
IV	360	16,7
V	358	16,6
VI	360	16,7
Total	2156	100,0

Fonte: Dados da autora, 2008.

5.1 Perfil sócio-demográfico

O perfil sócio-demográfico das 2156 mulheres estudadas, apresentado na tabela 5a, mostra que 60% têm até 29 anos, o que configura uma população jovem, e predominantemente negra, tomando-se a soma de pardas e pretas, que perfaz mais de 67% das mulheres. As demais (29,9%) declararam-se brancas, indígenas ou amarelas. A média de idade foi de 28,6 anos (DP=9,4 anos; dado não tabulado).

Em relação ao tempo que reside no Recife, com exceção de 8,3% (n=178) que chegaram com mais de 18 anos, as demais nasceram nesta cidade ou chegaram antes dos 18 anos. A população estudada apresenta baixa escolaridade: mais de 26% só cursou até a quarta série do ensino fundamental, sendo que 9,8% sequer sabem ler e escrever. As que concluíram alguma série do ensino superior representaram apenas 0,8% (n=17, dados não tabulados) e, para efeito das análises, foram somadas às que cursaram alguma série do ensino médio.

A religião católica detém a maior expressão no grupo estudado, sendo praticada por 37,2%, seguida das evangélicas pentecostais (22,3%). Ressalta-se a grande proporção de mulheres que não pratica nenhuma religião (31%). Poucas mulheres informaram seguir as religiões evangélicas históricas, as afro-brasileiras ou o espiritismo kardecista.

A maioria das mulheres (86,2%) reside em casas ou apartamentos; as demais declararam residir em moradias precárias (barraco, favela, palafita, quintal comum, cortiço). Quase metade das mulheres (42,4%) declarou-se dona de casa e, dessas, nove (1%) realizavam algum tipo de atividade extra-doméstica e 89 (9,7%) eram também estudantes; as demais eram exclusivamente donas-de-casa (dados não tabulados). Envolvidas em atividades profissionais regulares e sistemáticas estavam apenas 16,2%, enquanto 16,3% realizavam atividades informais ou estavam no emprego doméstico. Quase 10% estavam desempregadas, ou seja, estiveram formalmente empregadas no passado e, no período da pesquisa, estavam inativas. Entre as estudantes, cerca de 65% tinham até 19 anos (dados não tabulados).

De acordo com a utilização do critério ABIPEME, a maioria das entrevistadas pertence aos estratos D (53,3%) e E (28,9%). Apenas 17 mulheres foram categorizadas como nível B (menos de 1%) e, pelo fato de serem em número tão reduzido optou-se por excluí-las das análises posteriores.

Cerca de um terço das mulheres ainda vive na casa em que foi criada mas, dessas, 67% têm até 24 anos (dados não tabulados). A metade das mulheres saiu da casa em que foi criada para casar. Apenas 12% das mulheres saíram de casa para viver sozinhas, trabalhar ou estudar e 6,5% deixaram a casa em que foram criadas em razão de violência doméstica -- contra elas mesmas, entre os pais e/ou outros membros da família – ou do uso de álcool e/ou outras drogas.

Excluindo-se as mulheres que nunca tiveram relações sexuais (n=133; dados não tabulados), apenas 17,3% das mulheres estavam sem parceiro no momento da realização da pesquisa, mas já haviam tido parceiros no passado. Uma proporção similar (18,5%) estavam namorando, ou seja, mantinham uma relação estável com um homem, com relações sexuais mas sem convivência conjugal. A união consensual, sem a formalidade do registro civil ou religioso, foi a forma mais comum de relação encontrada entre as entrevistadas: 48,4% das mulheres estavam nesta situação, contra 15,4% de casadas. Dez mulheres (0,5%) informaram que estavam relacionando-se amorosamente com outras mulheres no momento de realização da pesquisa. Assim como as mulheres que ainda não haviam iniciado a vida sexual, estas dez mulheres que declararam estar envolvidas em relações homoeróticas estarão excluídas das análises subsequentes relacionadas à violência.

Entre as mulheres que se relacionavam com homens atualmente ou no passado, 14,8% nunca estiveram em nenhum tipo de união conjugal, 57,7% relataram ter vivido apenas uma união ou casamento e 27,4% viveram duas ou mais situações deste tipo. Em média, a união e/ou casamento atual ou mais recente durou 6,8 anos (DP=6,9 anos; dados não tabulados). Em geral, o parceiro atual ou mais recente era mais velho (53,7%) ou da mesma idade (32,1%) que as mulheres. Apenas 14,2% das mulheres afirmaram que este parceiro era mais de dois anos mais novo do que elas. Com uma pequena variação, essa situação se repete quando se observa a diferença de escolaridade entre elas e o parceiro atual ou mais recente: 50,7% compartilhavam com o parceiro o mesmo grau de escolaridade, em 27,7% dos casos o parceiro era mais escolarizado e em 21,6% apresentava no mínimo dois anos de estudo a menos que ela.

Com relação à ocupação observa-se que 16,2% das mulheres realizavam atividades profissionais regulares e sistemáticas; no caso dos homens esta proporção foi de 66,9%. As mulheres estavam concentradas em ocupações ligadas à esfera familiar como donas de casa

(42,2%) e empregadas domésticas (11,2%). Os homens, por sua vez, estavam majoritariamente envolvidos em atividades extra-lar (79,9%), sendo também menor a proporção de estudantes entre eles: 4,6% contra 14,7% das mulheres. Entre as unidades de saúde, as proporções de mulheres entrevistadas variaram de 3,0% (n=65) na unidade localizada no bairro de Água Fria, em RPA que envolveu três UBSs, a 13,4% (n=289) naquela localizada em Santo Amaro.

Tabela 5a – Distribuição da população estudada segundo características sócio-demográficas selecionadas. Recife, 2006.

Variáveis	N*	%	% Acumulado	IC 95%
Faixa etária				
15 a 19 anos	439	20,4	20,4	18,6-22,0
20 a 24 anos	446	20,7	41,0	18,9-22,4
25 a 29 anos	398	18,5	59,5	16,8-20,0
30 a 34 anos	278	12,9	72,4	11,5-14,3
35 a 39 anos	221	10,3	82,7	8,9-11,5
40 a 44 anos	221	10,3	92,9	8,9-11,5
45 a 49 anos	153	7,1	100,0	6,0-8,2
Raça/Cor da Pele				
Parda	1069	50,7		48,5-52,8
Branca	630	29,9		27,9-31,8
Preta	352	16,7		15,0-18,3
Indígena	45	2,1		1,5-2,7
Amarela	14	0,7		0,3-1,0
Desde quando vive em Recife				
Desde que nasceu ou chegou até os 18 anos	1972	91,7		90,5-92,9
Chegou com mais de 18 anos	178	8,3		7,2-9,4
Grau de Instrução				
Nenhum e/ou não sabe ler e escrever	210	9,8	9,8	8,5-11,0
1ª a 4ª série do ensino fundamental	364	17,0	26,7	15,4-18,5
5ª a 8ª série do ensino fundamental	895	41,7	68,4	39,6-43,8
Nível médio ou superior	678	31,6	100,0	29,6-33,5
Prática religiosa				
Católica	801	37,2		35,1-39,2
Evangélica pentecostal	481	22,3		20,5-24,0
Evangélica histórica	150	7,0		5,9-8,0
Kardecista	29	1,3		0,8-1,8
Afro brasileira	14	0,6		0,3-1,0
Outras	13	0,6		0,3-0,1
Sem prática religiosa	668	31,0		29,0-32,9
Moradia				
Casa/apartamento	1857	86,2		84,7-87,6
Barraco/favela/palafita	177	8,2		7,0-9,4
Quintal comum/cortiço	110	5,1		4,2-6,0
Mora no emprego ou outras	10	0,5		0,0-0,0*
Ocupação				
Dona de casa	913	42,4		40,3-44,5
Trabalho regular e sistemático	349	16,2		14,7-17,8
Estudante	317	14,7		13,2-16,2
Empregada doméstica	242	11,2		9,9-12,6
Desempregada	192	8,9		7,7-10,1
Outro trabalho esporádico	109	5,1		4,1-6,0
Outras	29	1,3		0,8-1,8
Nível sócio-econômico				
Nível B	17	0,8		0,00-0,01
Nível C	366	17,0		15,4-18,5
Nível D	1150	53,3		51,2-55,4
Nível E	623	28,9		26,9-30,8
Total	2156	100,0		

*A diferença entre o total geral e o total para algumas variáveis deve-se a informações ignoradas.

Tabela 5b – Distribuição da população estudada segundo características sócio-demográficas selecionadas. Recife, 2006. (continuação)

Variáveis	N	%	% Acumulado	IC 95%
Razões de saída da casa em que foi criada				
Saiu para casar	1072	50,1		47,9-52,2
Saiu para viver só, trabalhar ou estudar	257	12,0		10,6-13,4
Saiu por causa de violência doméstica ou uso de álcool/drogas	140	6,5		5,5-7,6
Saiu por outros razões	51	2,4		1,7-3,0
Ainda vive na casa em que foi criada	621	29,0		27,0-30,9
Situação conjugal				
Unida	975	48,4		46,2-50,5
Namorando	372	18,5		16,7-20,1
Sem parceiro atual	348	17,3		15,6-18,9
Casada	311	15,4		13,8-17,0
Relaciona-se com mulheres	10	0,5		0,2-0,8
Número de uniões ou casamentos				
Nenhuma	300	14,8		13,3-16,3
Uma	1168	57,7		55,6-59,9
Duas ou mais	555	27,4		25,5-29,4
Diferença de idade entre ela e parceiro				
Mais jovem	284	14,2		12,6-15,7
Mesma idade	644	32,1		30,0-34,1
Mais velho	1078	53,7		19,4-33,4
Diferença de escolaridade entre ela e parceiro				
Menor escolaridade que ela	387	21,6		19,7-23,5
Mesma escolaridade que ela	910	50,7		48,4-53,0
Maior escolaridade que ela	497	27,7		25,6-29,8
Ocupação do companheiro atual				
Dono de casa	3	0,2		0,0-0,3
Empregado doméstico	18	1,1		0,5-1,5
Estudante	77	4,6		3,6-5,6
Trabalho regular e sistemático	1114	66,9		64,7-69,2
Outro trabalho esporádico	216	13,0		11,3-14,6
Desempregado	168	10,1		8,6-11,5
Outras	68	4,1		3,1-5,0
Bairro de localização da unidade de saúde				
Água Fria	65	3,0		2,3 – 3,7
Coelhos	72	3,3		2,6 – 4,0
Macaxeira	96	4,5		3,6 – 5,3
Dois Unidos	119	5,5		4,6 – 6,5
Iputinga	159	7,4		6,3 – 8,5
Pina	175	8,1		6,7 – 9,3
Linha do Tiro	175	8,1		6,7 – 9,3
Afogados	179	8,3		7,1 – 9,5
San Martín	179	8,3		7,1 – 9,5
Imbiribeira	185	8,6		7,4 – 9,7
Torre	201	9,3		8,0 – 10,5
Alto José Bonifácio	262	12,2		10,7 – 13,5
Santo Amaro	289	13,4		12,0 – 14,8
Total	2156	100,0		

*A diferença entre o total geral e o total para algumas variáveis deve-se a informações ignoradas

5.2 Características da vida sexual e reprodutiva

Com exceção de 6,2% (n=133), todas as entrevistadas já haviam iniciado a vida sexual, em média aos 16,8 anos de idade (DP=3,5 anos; dados não tabulados). Essa questão representou um critério para a investigação da ocorrência de violência: só as mulheres que já haviam iniciado a vida sexual foram inquiridas sobre violência. De maneira geral, usavam contraceptivos: apenas 8,5% não estavam usando nenhum método no momento da pesquisa, 23,3% já estavam esterilizadas e 40,2% usavam métodos reversíveis modernos (38,7%) ou tradicionais (1,5%). Estavam grávidas no momento da pesquisa, 24,4% das mulheres, 31,5% das quais na faixa etária de 15 a 19 anos e 32,1% na faixa de 20 a 24 anos (dados não tabulados).

Pouco menos de dois terços (62,1%) das mulheres já haviam usado preservativos masculinos como proteção contra DST, mas chama a atenção a proporção de 37,9% que nunca fez uso do preservativo com este propósito. Independentemente de já terem ou não usado preservativos para prevenir DST, 34,6% das mulheres informaram que seus parceiros já se recusaram a usar esse método. Já fizeram o teste anti-HIV 53% das mulheres, a maior parte das quais (75,6%) como parte dos exames de rotina na assistência pré-natal.

Pouco mais de 85% das mulheres já engravidaram pelo menos uma vez na vida e, em média, tiveram 2,7 gestações (DP=1,9; dados não tabulados). Destas, 82,7% tiveram filhos nascidos vivos e 17,3%, apesar de terem engravidado, não chegaram a ter nenhum filho vivo. A média de filhos nascidos vivos foi de 1,9 por mulher (DP=1,6; dados não tabulados). Pouco mais de um quarto das mulheres, porém, tinha três ou mais filhos.

Com relação à ocorrência de abortos, 32,6% relataram ter tido algum tipo de aborto na vida: 74,3% informaram ter tido abortos espontâneos e 34,3% informaram ter provocado a interrupção da gravidez. Foram poucas as mulheres que relataram ter tido filhos nascidos mortos (3,4%; n=59) e 6,8% tiveram filhos que morreram antes de completar um ano de idade. Este percentual mais que duplica quando se trata da ocorrência crianças com baixo peso ao nascer, indo para 15,6%.

Uma em cada quatro mulheres (25,8%) informou ter usado cigarro, álcool ou outras drogas durante uma ou mais de suas gestações (vide tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição da população estudada segundo características da vida sexual e reprodutiva selecionadas. Recife, 2006.

Variáveis	N*	%	% Acumulado	IC 95%
Uso de contracepção				
Usa métodos modernos reversíveis	780	38,7		36,6-40,8
Esterilizada	470	23,3		21,5-25,2
Usa métodos naturais	30	1,5		0,9-2,0
Está na menopausa ou histerectomizada	71	3,5		2,7-4,3
Está grávida	492	24,4		22,5-26,3
Não usa métodos	172	8,5		7,3-9,7
Já usou preservativos para prevenir DST				
Sim	1256	62,1		60,0-64,2
Não	765	37,9		35,7-39,9
Companheiro já recusou o uso de preservativo				
Não	1322	65,4		63,4-67,5
Sim	698	34,6		32,4-36,6
Já fez o teste anti-HIV				
Sim	1069	53,0		50,8-55,2
Não	947	47,0		44,8-49,1
Motivo de testagem para HIV				
Iniciativa própria	140	13,1		11,0-15,1
Orientada por profissional de saúde	91	8,5		6,8-10,1
Pré-natal	808	75,6		73,0-78,1
Outros motivos	23	2,5		1,3-3,0
Já engravidou				
Não	271	13,4		11,9-14,9
Sim	1749	86,5		85,0-88,0
Já teve quantos filhos nascidos vivos				
Nenhum	302	17,3	17,3	15,6-19,1
1 a 2 filhos	967	55,5	72,8	53,2-57,9
3 a 5 filhos	430	24,7	97,5	22,7-26,7
6 ou mais filhos	42	2,5	100,0	1,7-3,1
Já teve abortos				
Não	1177	67,4		65,2-69,6
Sim	568	32,6		30,3-34,7
Já teve aborto provocado				
Não	373	66,7		62,7-69,6
Sim	195	34,3		30,4-38,2
Já teve aborto espontâneo				
Não	146	25,7		22,1-29,3
Sim	422	74,3		70,7-79,9
Já teve filhos natimortos				
Não	1687	96,6		95,8-97,5
Sim	59	3,4		2,5-4,3
Já teve filhos mortos antes de um ano de idade				
Não	1628	93,2		92,0-94,4
Sim	118	6,8		5,6-7,9
Já teve filhos nascidos com baixo peso				
Não	1473	84,4		82,7-86,0
Sim	272	15,6		13,9-17,3
Usou álcool e/ou outras drogas na gestação				
Não	1293	74,2		72,2-76,3
Sim	449	25,8		8,4-11,2
Total	2156			

*A diferença entre o total geral e o total para algumas variáveis deve-se a informações ignoradas

5.3 Características de saúde

A presença de transtorno mental comum foi aferida a partir do SRQ 20, utilizando-se 7/8 como ponto de corte. O escore médio encontrado na população estudada foi de 8,1 (DP=4,4). Metade das mulheres alcançou escore igual ou maior que oito, indicando a presença de transtorno mental comum. Cerca de um terço das mulheres (31%) já havia pensado em acabar com a própria vida e, destas, 37,7% de fato tentaram consumir o ato.

Foi alta também a proporção (46,5%) das que referiram sentir dores crônicas com frequência no mês anterior à realização da entrevista, sendo as dores de cabeça ou pescoço as que afetavam um conjunto maior de mulheres (44%). Dores nas costas, no baixo ventre e nas pernas foram referidas por 23,1%, 21,3% e 21,2%, respectivamente. Em menor proporção, foram relatadas ainda dores no estômago (12,1%), nos braços (9,6%), no corpo inteiro (6,0%), no peito (4,7%) e em outros lugares do corpo (4,5%). Cerca de metade das mulheres sente dores há mais de um ano, mas, em média, as dores duram 3,4 anos (desvio-padrão=5,1; dados não tabulados).

Perguntadas a respeito da ocorrência de um conjunto de sintomas que poderiam estar relacionados à presença de violência, 47,1% referiu sentir dores no baixo ventre e 44,4%, tonturas nas quatro semanas anteriores à entrevista. Corrimento vaginal e dores nas relações sexuais foram citados por 32,3% e 23,2%, respectivamente, seguidos pela referência à infecção urinária, cistite, dor ou ardor ao urinar (16,5%). Com presença menos significativa, foram referidas as feridas (3,1%) e verrugas (1,1%) vaginais.

O uso frequente de analgésicos nas últimas quatro semanas foi referido por 48,5% das mulheres. Medicamentos usados para dormir foram usados por 8,8%. Uma proporção bem menor de mulheres referiu ter usado medicamentos para ficar calma (2,5%) e para emagrecer (2,6%).

Os problemas de saúde reprodutiva foram a principal motivação da ida das mulheres aos serviços no dia em que a entrevista foi realizada: 36,1% das mulheres estavam na unidade de saúde por esta razão. Mais especificamente, as consultas de pré-natal vieram em segundo lugar, com 20,9%; 15% estavam nos serviços para realizar ou buscar exames e para tratar de dores diversas. Com menor expressão, outras razões de ida à unidade de saúde foram relatadas: problemas dermatológicos (4,1%), outros problemas (3,5%), hipertensão, diabetes e

problemas cardíacos (3,1%), mal estar e queixas difusas (2,2%) e problemas psicológicos (0,9%).

Quando interrogadas sobre se a vinda ao serviço de saúde se relacionada com a violência sofrida, apenas 9,5% admitiram que sim. Praticamente todas as entrevistadas (97%) afirmaram que gostariam de ser perguntadas sobre agressões, maus tratos, violência física ou sexual todas as vezes em que viessem aos serviços de saúde, e apenas 1,7% manifestou expressamente que não gostaria.

Tabela 7a – Distribuição da população estudada segundo características de saúde selecionadas. Recife, 2006.

Variáveis	N*	%	IC 95%
Presença de transtorno mental comum			
Não	1064	49,4	47,2-51,5
Sim	1092	50,6	48,5-52,7
Já pensou em se matar			
Não	1488	69,0	67,0 – 71,0
Sim	668	31,0	29,0-32,9
Já tentou se matar			
Não	411	62,3	57,8 – 65,2
Sim	249	37,7	34,0-41,4
Presença de dores no mês anterior à entrevista			
Não	1153	53,5	51,3-55,5
Sim	1003	46,5	44,4-48,6
Dor de cabeça ou no pescoço			
Não	562	56,0	53,0 – 59,1
Sim	441	44,0	40,9-47,0
Dor nos membros superiores			
Não	906	90,4	88,6 – 92,2
Sim	96	9,6	7,7-11,4
Dor nos membros inferiores			
Não	790	78,8	76,3 – 81,4
Sim	212	21,2	18,6-23,6
Dor nas costas			
Não	771	76,9	74,3 – 79,5
Sim	231	23,1	20,4-25,6
Dor no peito			
Não	955	95,3	94,0 – 96,6
Sim	47	4,7	3,3-5,9
Dor de estômago			
Não	881	87,9	85,9 – 89,9
Sim	121	12,1	10,0-14,0
Dor no baixo ventre			
Não	789	78,7	76,2 – 81,3
Sim	213	21,3	18,7-23,7
Dor no corpo inteiro			
Não	942	94,0	92,5 – 95,5
Sim	60	6,0	4,5-7,4
Dor em outros lugares do corpo			
Não	958	95,6	94,2 – 96,8
Sim	45	4,5	3,2-5,7
Há quanto tempo sente dores			
Há menos de um ano	501	51,8	46,8-53
Há mais de um ano	466	48,2	43,4-49,5
Sentiu tonturas no mês anterior à entrevista			
Não	1199	55,6	51,7 – 56,0
Sim	957	44,4	42,3-46,4
Teve corrimento vaginal no mês anterior à entrevista			
Não	1459	67,7	65,7 – 69,6
Sim	697	32,3	30,3-34,3
Teve ferida vaginal no mês anterior à entrevista			
Não	2089	96,9	96,1 – 97,6
Sim	67	3,1	2,4-3,8
Teve verruga vaginal no mês anterior à entrevista			
Não	2132	98,9	98,4 – 99,3
Sim	24	1,1	0,6-1,5
Total	2156	100,0	

* A diferença entre o total geral e o total para algumas variáveis deve-se a informações ignoradas

Tabela 7b – Distribuição da população estudada segundo características de saúde selecionadas. Recife, 2006. (continuação)

Variáveis	N*	%	IC 95%
Sentiu dor na relação sexual no mês anterior à entrevista			
Não	1655	76,8	74,9 – 78,5
Sim	501	23,2	21,4-25,0
Sentiu dor no baixo ventre no mês anterior à entrevista			
Não	1140	52,9	50,8 – 55,0
Sim	1016	47,1	45,0-49,2
Teve infecção urinária/cistite/dor/ardor ao urinar no mês anterior à entrevista			
Não	1800	83,5	81,9 – 85,0
Sim	356	16,5	14,9-18,0
Usou medicamento para dormir no mês anterior à entrevista			
Não	1961	91,2	90,0 – 92,4
Sim	189	8,8	7,6-9,9
Usou analgésicos no mês anterior à entrevista			
Não	1107	51,4	49,3 – 53,5
Sim	1045	48,5	46,4-50,7
Usou tranqüilizantes no mês anterior à entrevista			
Não	2098	97,5	96,9 – 98,2
Sim	53	2,5	1,8-3,1
Usou emagrecedores no mês anterior à entrevista			
Não	2096	97,4	96,8 – 98,1
Sim	55	2,6	1,9-3,2
Razão de vinda ao serviço no dia da entrevista			
Pré-natal	447	20,9	19,1-22,6
Problemas de saúde reprodutiva ou sexual	772	36,1	34,0-38,0
Dores diversas	299	14,0	12,5-15,4
Problemas dermatológicos	87	4,1	3,2-4,9
Hipertensão, diabetes, problemas cardíacos	66	3,1	2,3-3,8
Mal-estar, queixas difusas	48	2,2	1,6-2,8
Problemas psicológicos	20	0,9	0,5-1,3
Realizar ou buscar exames	322	15,0	13,5-16,5
Outros problemas	80	3,7	2,9-4,5
Vinda ao serviço se relaciona com violência			
Não	1617	90,5	89,1-91,8
Sim	170	9,5	8,1-10,9
Gostaria de ser perguntada sobre violência nos serviços			
Sim	2091	97,0	96,2-97,7
Não	37	1,7	1,1-2,2
Indiferente	28	1,3	0,8-1,7
Total	2156		

* A diferença entre o total geral e o total para algumas variáveis deve-se a informações ignoradas

5.4 Prevalências de violência

A violência física recorrente – com muitos episódios - cometida pelo parceiro íntimo atual ou mais recente ao longo da vida foi relatada por 10% das mulheres. Esta será a variável dependente em relação à qual serão analisadas as associações apresentadas a seguir.

Quase metade das mulheres (46,4%) das mulheres relatou ter sofrido pelo menos um episódio de violência psicológica na vida. Para a violência física, esse percentual foi de 35,8% e de 11,1% para a violência sexual. Quase 38% das mulheres relataram ter vivido pelo menos um episódio de violência física ou sexual em sua vida e quando se trata de qualquer tipo de violência, esta proporção chega a 52,2%.

Ainda que esta informação não venha a ser analisada nessa dissertação, 38,8% (dados não tabulados) das mulheres relataram ter sofrido pelos menos um episódio de violência física cometida por outras pessoas que não o parceiro – uma proporção ligeiramente maior do que a de violência cometida por parceiro (35,8). Esta pergunta foi feita para todas as mulheres e não apenas para aquelas já haviam iniciado a vida sexual.

Entre as mulheres que já sofreram violência do parceiro íntimo atual ou mais recente, a ocorrência de episódios violentos nos 12 meses anteriores à realização da pesquisa também foi alta: 70,8% para a violência psicológica, 54,8% para a violência física, 55,4% para a violência sexual. Em suas formas combinadas, as prevalências se mantêm altas: 56,5% para a violência física ou sexual e 70,1% para qualquer tipo de violência.

A frequência dos episódios, porém, varia de acordo com o tipo de violência. Para 51,8% das mulheres, episódios de violência psicológica aconteceram muitas vezes no ano anterior à realização da pesquisa. A violência sexual ocorreu nesta mesma medida para 37,1% das entrevistadas e a violência física, para 29,8% das mesmas. Nas formas combinadas, esse padrão se repete: 33,6% das mulheres relataram ter vivido muitos episódios de violência física ou sexual nos doze meses anteriores à realização da pesquisa e 29,3% viveram esta mesma situação com relação a qualquer um dos tipos de violência.

Tabela 8 – Nº e percentual de violência física cometida por parceiro ou ex-parceiro, alguma vez na vida, de acordo com a frequência dos episódios. Recife, 2006.

Física	N	%	IC 95%*
Nunca sofreu violência	1300	64,3	62,2-66,3
Episódica (uma ou poucas vezes)	521	25,8	23,8-27,6
Recorrente (muitas vezes)	202	10,0	8,6-11,3
Total	2023	6	100,0

Tabela 9 - Nº e percentual de violência cometida por parceiro ou ex-parceiro, alguma vez na vida, segundo o tipo de violência. Recife, 2006.

Tipo de Violência	N*	%**	IC 95%
Psicológica	938	46,4	44,2-48,5
Física	722	35,8	33,7-37,9
Sexual	224	11,1	9,7-12,4
Física e/ou sexual	764	37,8	35,7-39,9
Qualquer tipo de violência	1056	52,2	50,0-54,4
Total	2023	100,0	

* A mesma mulher pode sofrer mais de um tipo de violência; ** O total de respondentes não foi igual para todas as variáveis, assim como o percentual em relação ao total das respondentes em cada variável.

Tabela 10 – Nº e percentual de violência cometida por parceiro ou ex-parceiro, no último ano, segundo o tipo de violência. Recife, 2006.

Variáveis	N*	%	IC 95%
Psicológica	664	70,8	67,8-73,7
Física	396	54,8	51,3-58,5
Sexual	124	55,4	48,8-61,9
Física ou sexual	432	56,5	53,0-60,0
Qualquer tipo de violência	740	70,1	67,3-72,8
Total	2023	100,0	

* A mesma mulher pode sofrer mais de um tipo de violência; ** O total de respondentes não foi igual para todas as variáveis, assim como o percentual em relação ao total das respondentes em cada variável.

Tabela 11 - Nº e percentual de violência cometida por parceiro ou ex-parceiro, no último ano, segundo o tipo de violência e a frequência dos episódios. Recife, 2006.

Psicológica	Nº	%	IC 95%
Episódica (uma ou poucas vezes)	320	48,2	44,4-51,9
Recorrente (muitas vezes)	344	51,8	48,0-55,6
Física			
Episódica (uma ou poucas vezes)	278	70,2	65,7-74,7
Recorrente (muitas vezes)	118	29,8	30,9-41,3
Sexual			
Episódica (uma ou poucas vezes)	78	62,9	54,4-71,4
Recorrente (muitas vezes)	46	37,1	28,6-45,6
Física ou sexual			
Episódica (uma ou poucas vezes)	287	66,4	61,9-70,9
Recorrente (muitas vezes)	145	33,6	29,1-38,0
Qualquer tipo de violência			
Episódica (uma ou poucas vezes)	523	70,7	67,4-73,9
Recorrente (muitas vezes)	217	29,3	26,0-32,6
Total	2023	100,0	

* A mesma mulher pode sofrer mais de um tipo de violência; ** O total de respondentes não foi igual para todas as variáveis, assim como o percentual em relação ao total das respondentes em cada variável.

5.5 Fatores associados à violência

5.5.1 Fatores sócio-demográficos e ocorrência de violência física recorrente cometida por parceiro íntimo atual ou mais recente alguma vez na vida

A análise individual de cada variável sócio-demográfica em relação à violência física recorrente cometida por parceiro ou ex-parceiro íntimo alguma vez na vida indicou que apenas as variáveis *desde quando vive em Recife, ocupação da mulher e do companheiro, diferença de idade entre o casal e diferença de escolaridade entre a mulher e o companheiro* não foram estatisticamente significantes, uma vez que o valor de p da OR foi superior a 0,05, conforme os dados da tabela 12. Por outro lado, as variáveis *faixa etária, escolaridade, raça/cor da pele, prática religiosa, moradia, nível sócio-econômico, razão de saída da casa em que foi criada, situação conjugal, número de uniões ou casamentos e distrito sanitário de localização das unidades de saúde* foram estatisticamente significantes.

Com relação à *idade*, as mulheres mais velhas têm mais chances de serem vítimas de violência quando comparadas às de 15 a 24 anos. Mulheres com mais de 34 anos apresentam 76% a mais de probabilidade ($p < 0,05$) de ter vivido um episódio violento quando comparadas às mais jovens.

Quanto menor o *grau de instrução* das mulheres maior a probabilidade de que ela venha a sofrer violência por parte de seu parceiro. Para as mulheres que cursaram da 5^a a 8^a série do ensino fundamental foi encontrada uma *odds ratio* de 2,47 ($p < 0,05$) e para aquelas não escolarizadas ou que cursaram apenas até a quarta série, estes valores foram de 4,29 ($p < 0,05$), o que significa que, para uma mulher com baixa escolaridade, a chance de sofrer violência é de 4 a 2,5 vezes maior do que para aquelas que têm mais anos de estudo.

Encontrou-se associação entre *ser preta ou parda* e ter maior probabilidade de ter sofrido violência cometida por parceiro. No caso das mulheres pardas, há 70% ($p < 0,05$) a mais de chances de que tenham sofrido este tipo de violência quando comparadas às brancas e entre as mulheres pretas a chance é 86% maior ($p < 0,05$).

No que se refere à *prática religiosa*, verifica-se associação estatisticamente significativa entre professar a fé evangélica pentecostal e ter sofrido violência: a *odds ratio* foi de 1,73 ($p < 0,05$) quando comparada às mulheres católicas. O mesmo se observa com relação às mulheres que não praticam nenhuma religião (OR=1,55; $p < 0,05$).

Também com relação à *moradia*, é maior a chance de ocorrência para aquelas mulheres que vivem em moradias precárias (OR=2,39; $p < 0,05$), quando comparadas às que vivem em casas ou apartamentos.

Da mesma forma, os testes estatísticos indicam uma maior razão de chances para a ocorrência do evento entre as mulheres pertencentes ao *nível sócio-econômico* E (OR=2,79; $p < 0,05$) e D (OR=1,77; $p < 0,05$), quando comparadas ao nível C.

Foi muito forte a associação entre violência por parceiro e *ter saído da casa em que foi criada* motivada por violência doméstica ou uso de álcool ou outras drogas (OR=6,50; $p < 0,05$). Do mesmo modo, é forte a associação entre sofrer violência e ter saído de casa para casar (OR=3,30; $p < 0,05$) e também com a saída de casa para morar só, trabalhar ou estudar (OR=3,16; $p < 0,05$).

No que se refere à *situação conjugal*, foi a situação de estar sem parceiro no momento da realização da entrevista que esteve mais significativamente associada à ocorrência de violência (OR=3,64; $p < 0,05$), seguido de estar unida (OR=3,26; $p < 0,05$), quando se compara com as mulheres que estavam namorando.

Ter tido *duas ou mais uniões* representa uma probabilidade superior a 4,5 ($p < 0,05$) de sofrer violência por parceiro do que não ter tido nenhuma união. Entre aquelas que tiveram uma única união, a chance foi 3,38 ($p < 0,05$).

No que se refere à região de localização das unidades de saúde, verifica-se que duas das unidades situadas nos DS III e IV, apresentaram associações significativas com a ocorrência de violência -- a Macaxeira (DS III) e a Imbiribeira (DS VI) sendo as áreas em que as mulheres apresentaram maiores chances de ter sofrido violência, com chance de 2,76 e 2,55, superiores, respectivamente, às que foram atendidas na unidade de saúde de San Martin.

Tabela 12a – Associação entre características sócio-demográficas e violência física recorrente cometida por parceiro ou ex-parceiro íntimo alguma vez na vida. Recife, 2006.

Variáveis	N*	Proporção (%) de violência	OR**	IC 95%	valor de p
Faixa etária					
15 a 24 anos	589	11,6	1	-	-
25 a 34 anos	482	16,4	1,42	0,97-2,09	0,0747
35 anos e mais	431	20,4	1,76	1,21-2,59	0,0028
Raça/Cor da Pele					
Branca	450	10,3	1	-	-
Preta	230	19,2	1,86	1,13-3,07	0,0133
Parda	753	17,5	1,70	1,15-2,52	0,0070
Outras	37	15,6	1,52	0,49-4,37	0,5904
Desde quando vive em Recife					
Desde que nasceu ou chegou até os 18 anos	1369	15,2	1	-	-
Chegou com mais de 18 anos	130	18,2	1,19	0,70-2,02	0,5774
Grau de Instrução					
Médio ou superior	470	6,3	1	-	-
5ª a 8ª fundamental	620	15,7	2,47	1,55-3,96	0,0000
Nenhuma ou até a 4ª fundamental	379	27,2	4,29	2,67-6,94	0,0000
Prática religiosa					
Católica	577	11,6	1	-	-
Pentecostal	323	20,1	1,73	1,14-2,62	0,0085
Sem prática religiosa	465	18,0	1,55	1,06-2,28	0,0236
Outras	137	14,2	1,22	0,66-2,24	0,5970
Moradia					
Casa/apartamento	1303	13,4	1	-	-
Moradia precária	198	32,0	2,39	1,63-3,58	0,0000
Ocupação					
Atividade profissional ou acadêmica regular	433	13,1	1	-	-
Dona de casa	673	16,4	1,26	0,86-1,85	0,2526
Atividades precárias	393	17,0	1,30	0,85-1,99	0,2460
Nível sócio-econômico					
Nível C	252	8,2	1	-	-
Nível D	808	14,4	1,77	1,04-3,06	0,0355
Nível E	432	22,7	2,79	1,60-4,89	0,0001
Razões de saída da casa em que foi criada					
Ainda vive na casa em que foi criada	405	5,7	1	-	-
Para viver só, trabalhar ou estudar	189	18,1	3,16	1,70-5,89	0,0001
Para casar	760	18,9	3,30	2,01-5,44	0,0000
Por violência doméstica ou uso de álcool/drogas	92	37,3	6,50	3,31-12,77	0,0000
Situação conjugal					
Namorando	322	6,3	1	-	-
Casada	238	8,2	1,30	0,64-2,67	0,5413
Unida	678	20,4	3,26	1,92-5,58	0,0000
Sem parceiro atual	253	22,8	3,64	2,01-6,64	0,0000
Número de uniões ou casamentos					
Nenhuma	291	4,3	1	-	-
Uma	849	16,3	3,38	1,78-6,56	0,0000
Duas ou mais	392	22,1	4,59	2,36-9,13	0,0000
Total	2156	100,0			

* A diferença entre o total geral e o total para algumas variáveis deve-se a informações ignoradas

** OR – Odds ratio.

Tabela 12b – Associação entre características sócio-demográficas e violência física recorrente cometida por parceiro ou ex-parceiro íntimo alguma vez na vida. Recife, 2006. (continuação)

Variáveis	Proporção (%)				valor de p
	N*	de violência	OR**	IC 95%	
Diferença de idade entre ela e parceiro					
Mesma idade	401	11,4	1	-	-
Mais jovem	163	12,4	1,09	0,58-2,03	0,8917
Mais velho	669	16,3	1,44	0,96-2,16	0,0837
Diferença de escolaridade entre ela e parceiro					
Menor escolaridade que ela	544	10,5	1	-	-
Mesma escolaridade que ela	260	13,4	1,33	0,81-2,16	0,2840
Maior escolaridade que ela	270	15,2	1,53	0,98-2,39	0,0639
Ocupação do companheiro atual					
Atividade profissional ou acadêmica regular	516	15,4	1	-	-
Atividades precárias	985	15,5	1	0,72-1,39	0,9488
Bairro de localização da unidade de saúde					
San Martin	138	8,70	1	-	-
Santo Amaro	193	8,81	1,01	0,44-2,35	0,8717
Dois Unidos	76	10,53	1,24	0,44-3,45	0,8454
Coelhos	54	11,11	1,31	0,41-4,05	0,8096
Afogados	119	11,76	1,53	0,64-3,71	0,4064
Iputinga	115	13,04	1,58	0,66-3,78	0,3623
Linha do Tiro	130	13,85	1,69	0,73-3,92	0,2531
Torre	135	14,81	1,83	0,81-4,17	0,1665
Alto José Bonifácio	174	14,94	1,84	0,85-4,06	0,1332
Pina	118	15,25	1,89	0,82-4,40	0,1523
Água Fria	41	19,51	2,55	0,86-7,41	0,0993
Imbiribeira	128	19,53	2,55	1,16-5,68	0,0175
Macaxeira	72	20,83	2,76	1,13-6,78	0,0227
Total	2156	100,0			

* A diferença entre o total geral e o total para algumas variáveis deve-se a informações ignoradas.

** OR – Odds ratio.

5.5.2 Características da vida sexual e reprodutiva e ocorrência de violência física recorrente cometida por parceiro íntimo atual ou mais recente alguma vez na vida

Nesta seção será analisada a associação entre a violência física cometida muitas vezes por parceiro íntimo alguma vez na vida e o comportamento sexual e reprodutivo das mulheres.

Só não foram encontradas associações entre a violência e *realização do teste anti-HIV, razões para realização do teste anti-HIV, estar grávida e ter tido abortamento espontâneo*. Com relação a todas as demais variáveis os testes estatísticos indicaram associações significantes.

Mulheres que já sofreram violência apresentam maior chance de não estarem usando algum *método contraceptivo moderno* (OR=2,83; $p<0,05$) e de estarem esterilizadas (OR=2,18; $p=0,0001$). Encontrou-se ainda associação significativa com o *não uso de preservativos para evitar DST* (OR=1,73; $p<0,05$) e com a situação de *o companheiro já ter recusado o uso do preservativo* (OR=2,07; $p=0,0000$). Apresentam 2,62 ($p<0,05$) vezes mais chances de *já terem engravidado* na vida quando comparadas com aquelas mulheres que nunca sofreram violência. Do mesmo modo, é 2,42 ($p<0,05$) vezes maior a chance de *terem tido filhos nascidos vivos*. Embora com menor probabilidade (1,47), também têm maiores chances de terem tido *abortamento* em geral. O mesmo se dá para o *aborto provocado* (OR=2,30).

Também foi encontrada associação significativa com o *uso de álcool ou outras drogas durante a gestação* (OR=2,29) e, de forma consistente, com ter tido *filhos nascidos com baixo peso* (OR=2,07). Ter *filhos nascidos mortos e mortos até um ano* também foram variáveis associadas à ocorrência de violência, com chances de 2,92 a 2,29, respectivamente, superiores àquelas que não estiveram em nenhuma das duas situações.

Tabela 13 – Associação entre características da vida sexual e reprodutiva e violência física recorrente cometida por parceiro ou ex-parceiro íntimo alguma vez na vida. Recife, 2006.

Variável	N*	Proporção (%) de violência	OR*	IC 95%	p-value
Uso de contracepção					
Usa métodos modernos reversíveis	588	9,35	1	-	-
Não usa métodos	137	22,63	2,83	1,69-4,74	0,0000
Esterilizada	327	18,35	2,18	1,44-3,29	0,0001
Está grávida	379	10,03	1,08	0,68-1,70	0,8144
Já usou preservativos para prevenir DST					
Sim	934	10,92	1	-	-
Não	567	17,46	1,73	1,27-2,35	0,0004
Companheiro já recusou o uso de preservativo					
Não	1039	10,59	1	-	-
Sim	462	19,70	2,07	1,51-2,84	0,0000
Já fez o teste anti-HIV					
Sim	782	12,40	1	-	-
Não	716	14,66	1,21	0,89-1,65	0,2286
Motivo de testagem para HIV					
Iniciativa própria	108	16,67	1	-	-
Outras razões	669	11,81	0,67	0,37-1,22	0,2075
Já engravidou					
Não	226	6,19	1	-	-
Sim	1273	14,77	2,62	1,46-4,81	0,0007
Já teve quantos filhos nascidos vivos					
Nenhum	252	7,54	1	-	-
Algum	1014	16,47	2,42	1,44-4,10	0,0004
Já teve abortos					
Não	876	13,24	1	-	-
Sim	393	18,32	1,47	1,05-2,05	0,0232
Já teve aborto provocado					
Não	270	14,81	1	-	-
Sim	123	26,02	2,30	1,44-3,69	0,0003
Já teve aborto espontâneo					
Não	88	23,86	1	-	-
Sim	305	16,72	1,32	0,98-1,91	0,1595
Já teve filhos natimortos					
Não	1227	14,18	1	-	-
Sim	43	32,56	2,92	1,44-5,88	0,0018
Já teve filhos mortos antes de um ano de idade					
Não	1185	13,92	1	-	-
Sim	85	27,06	2,29	1,34-3,90	0,0017
Já teve filhos nascidos com baixo peso					
Não	1072	13,15	1	-	-
Sim	197	23,86	2,07	1,40-3,05	0,0001
Usou álcool e/ou outras drogas na gestação					
Não	946	11,84	1	-	-
Sim	320	23,75	2,29	1,63-3,21	0,0000
Total	2156	100,0			

* A diferença entre o total geral e o total para algumas variáveis deve-se a informações ignoradas; ** OR – Odds ratio.

5.5.3 Características de saúde e ocorrência de violência física recorrente cometida por parceiro íntimo atual ou mais recente alguma vez na vida

Será analisada a associação entre a violência e a presença de sofrimento físico e mental, expresso por meio de queixas, sintomas e comportamentos das mulheres nas quatro semanas anteriores à realização da pesquisa – com exceção da ideação e tentativa de suicídio, que se referiu a qualquer momento da vida.

Não foram encontradas associações entre a violência e a ocorrência de *dores especificadas por local do corpo, há quanto tempo sente dores, ferida vaginal, uso de tranqüilizantes e desejo de ser perguntada sobre violência nos serviços*. Para todas as demais variáveis encontraram-se associações significantes.

As mulheres que sofreram violência apresentam 3,96 vezes mais chances ($p < 0,05$) de terem *transtorno mental comum* do que aquelas que nunca sofreram agressões do parceiro. Uma chance ainda maior foi encontrada com relação à *ideação suicida* (OR= 4,85; $p < 0,05$). Com relação à *tentativa de suicídio* a chance de estar associada à violência foi de 1,94 vezes maior quando comparada às que não tentaram.

A violência também esteve associada com a presença de *dores freqüentes* (OR=1,61; $p < 0,05$) e com os seguintes sintomas: *verruga vaginal* (3,59), *dor no baixo ventre* (2,01) e na *relação sexual* (1,92), *corrimento vaginal* (1,72), *tonturas* (1,63) e *infecção urinária* (1,62), com nível de significância menor que 0,05.

Encontrou-se ainda associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de violência e o *uso de medicamentos*, sendo maior a chance entre as que usaram *emagrecedores* (3,35), seguida das que fizeram uso de *medicamentos para dormir* (OR=1,63; $p < 0,05$) e de *analgésicos* (OR=1,42; $p < 0,05$).

Com relação ao motivo que levou as mulheres à unidade de saúde no dia da entrevista, encontrou-se associação entre *problemas sexuais e reprodutivos* e ter vivido violência (OR=1,60; $p < 0,05$).

Finalmente, verificou-se forte associação entre a violência e a *visita das mulheres aos serviços estar relacionada com a violência* (OR=5,7; $p < 0,05$).

Tabela 14a – Associação entre características de saúde e violência física recorrente cometida por parceiro ou ex-parceiro íntimo alguma vez na vida. Recife, 2006.

Variáveis	N*	Proporção (%) de violência	OR**	IC 95%	valor de p
Presença de transtorno mental comum					
Escore menor que 8	776	6,7	1	-	-
Escore 8 ou mais	726	26,7	3,96	2,78-5,65	0,0000
Já pensou em se matar					
Não	1064	9,7	1	-	-
Sim	338	47,0	4,85	3,51-6,78	0,0000
Já tentou se matar					
Não	262	24,2	1	-	-
Sim	169	47,0	1,94	1,22-3,11	0,0046
Presença de dores no mês anterior à entrevista					
Não	838	12,3	1	-	-
Sim	664	19,9	1,61	1,18-2,19	0,0020
Dor de cabeça ou no pescoço					
Não	388	18,7	1	-	-
Sim	276	21,6	1,16	0,75-1,78	0,5563
Dor nos membros superiores					
Não	597	18,9	1	-	-
Sim	67	28,8	1,52	0,79-2,92	0,2385
Dor nos membros inferiores					
Não	520	20,1	1	-	-
Sim	144	19,0	0,95	0,55-1,60	0,9282
Dor nas costas					
Não	515	19,8	1	-	-
Sim	149	20,2	1,02	0,61-1,70	0,9633
Dor no peito					
Não	637	19,7	1	-	-
Sim	27	22,7	1,15	0,37-3,30	0,9885
Dor de estômago					
Não	586	20,3	1	-	-
Sim	78	16,4	0,81	0,39-1,64	0,6448
Dor no baixo ventre					
Não	522	19,2	1	-	-
Sim	142	22,4	1,17	0,70-1,95	0,6149
Dor no corpo inteiro					
Não	626	19,0	1	-	-
Sim	38	35,7	1,88	0,82-4,19	0,1498
Dor em outros lugares do corpo					
Não	630	19,3	1	-	-
Sim	34	30,8	1,59	0,64-3,82	0,3764
Há quanto tempo sente dores					
Há menos de um ano	314	15,9	1	-	-
Há mais de um ano	326	23,5	1,48	0,95-2,31	0,0869
Sentiu tonturas no mês anterior à entrevista					
Não	849	12,3	1	-	-
Sim	653	20,0	1,63	1,20-2,22	0,0016
Teve corrimento vaginal no mês anterior à entrevista					
Não	1031	12,8	1	-	-
Sim	471	22,0	1,72	1,26-2,36	0,0005
Teve ferida vaginal no mês anterior à entrevista					
Não	1456	15,1	1	-	-
Sim	46	31,4	2,08	0,98-4,34	0,0583
Total	2156	100,0			

* A diferença entre o total geral e o total para algumas variáveis deve-se a informações ignoradas

** OR – Odds ratio.

Tabela 14b – Associação entre características de saúde e violência física recorrente cometida por parceiro ou ex-parceiro íntimo alguma vez na vida. Recife, 2006. (continuação)

Variáveis	N*	Proporção (%) de violência	OR**	IC 95%	valor de p
Teve verruga vaginal no mês anterior à entrevista					
Não	1485	15,2	1	-	-
Sim	17	54,5	3,59	1,17-10,61	0,0215
Sentiu dor na relação sexual no mês anterior à entrevista					
Não	1139	12,9	1	-	-
Sim	363	24,7	1,92	2,38-2,67	0,0000
Sentiu dor no baixo ventre no mês anterior à entrevista					
Não	804	10,7	1	-	-
Sim	698	21,6	2,01	1,47-2,76	0,0000
Teve infecção urinária/cistite/dor/ardor ao urinar no mês anterior à entrevista					
Não	1238	14,1	1	-	-
Sim	264	22,8	1,62	1,12-2,33	0,0098
Usou medicamento para dormir no mês anterior à entrevista					
Não	1372	14,7	1	-	-
Sim	124	24,0	1,63	0,99-2,68	0,0464
Usou analgésicos no mês anterior à entrevista					
Não	791	12,8	1	-	-
Sim	707	18,2	1,42	1,04-1,94	0,0262
Usou tranqüilizantes no mês anterior à entrevista					
Não	1464	15,3	1	-	-
Sim	33	26,9	1,76	0,69-4,33	0,2853
Usou emagrecedores no mês anterior à entrevista					
Não	1464	14,9	1	-	-
Sim	33	50,0	3,35	1,50-7,38	0,0017
Razão de vinda ao serviço no dia da entrevista					
Pré-natal	341	11,4	1	-	-
Problemas reprodutivos ou sexuais	555	18,3	1,60	1,04-2,49	0,0336
Dores diversas	192	17,8	1,56	0,89-2,72	0,1306
Problemas crônicos	141	16,5	1,44	0,77-2,69	0,2877
Realizar ou buscar exames	207	15,6	1,37	0,78-2,40	0,3064
Outros	55	7,3	0,69	0,20-2,14	0,6548
Vinda ao serviço se relaciona com violência					
Não	1079	15,4	1	-	-
Sim	107	87,7	5,70	3,67-8,84	0,0000
Gostaria de ser perguntada sobre violência nos serviços					
Não	25	31,6	1	-	-
Sim	1460	15,2	2,29	0,84-6,53	0,1166
Total	2156	100,0			

* A diferença entre o total geral e o total para algumas variáveis deve-se a informações ignoradas. ** OR – Odds ratio

5.6 Análise multivariada

No primeiro bloco, que analisou as características sócio-demográficas, as variáveis que mantiveram associação estatística, após ajustadas, foram *grau de escolaridade*, *raça/cor da pele*, *razão de saída da casa em que foi criada* e *situação conjugal*. No que se refere à escolaridade, percebe-se que a OR ajustada reduz-se nas categorias “analfabeta e até a 4ª série” e “5ª a 8ª série”, passando de 4,29 e 2,47 para 3,2 e 2,1, respectivamente. O mesmo acontece com a variável *razões de saída da casa em que foi criada*, onde também se reduzem as razões de chance em todas as categorias. De igual modo, para a variável *situação conjugal* as OR ajustadas são reduzidas também em todas as categorias. Já no que se refere à variável *raça/cor*, a associação ganha significância, elevando as chances para todas as categorias: preta (2,1), parda (1,9) e outras (1,6).

Tabela 15 - Associação entre características sócio-demográficas e violência física recorrente cometida por parceiro ou ex-parceiro alguma vez na vida – análise multivariada. Recife, 2006.

Variável	OR* ajustada	IC 95%	Valor de p
Grau de Instrução			
Nível médio ou superior	1	-	0,000
Analfabeta ou até 4ª série	3,22	1,31-3,42	0,000
5ª a 8ª série	2,12	1,95-5,31	0,002
Raça/Cor da Pele			
Branca	1	-	0,011
Preta	2,10	1,25-3,52	0,005
Parda	1,90	1,26-2,86	0,002
Outras	1,68	0,59-4,78	0,330
Razões de saída da casa em que foi criada			
Ainda mora na casa em que foi criada	1	-	0,000
Por violência doméstica ou uso de álcool/drogas	4,58	2,25-9,32	0,000
Para casar	3,04	1,74 – 5,29	0,000
Para viver só, trabalhar ou estudar	2,62	1,34 – 5,12	0,005
Situação conjugal			
Namorando	1	-	0,001
Sem parceiro atual	2,53	1,39 – 4,61	0,002
Unida	1,82	1,04-3,17	0,034
Casada	0,84	0,40 – 1,76	0,654

* OR – Odds ratio.

No segundo bloco foram analisadas as características da vida sexual e reprodutiva, mantendo-se no modelo as variáveis *uso de preservativos para a prevenção de dst*, *recusa do parceiro em usar preservativos*, *uso de álcool ou outras drogas durante a gestação* e *filhos nascidos com baixo peso*. Para a *recusa de uso de preservativo*, o ajuste foi de 2,07 para 2,70

e para o uso de preservativos como proteção contra DST, a OR ajustada passou de 1,73 para 2,42. No caso de *uso de álcool ou outras drogas* e de *filhos nascidos com baixo peso*, houve pequena variação para baixo: de 2,29 para 2,00 e de 2,07 para 2,05.

Tabela 16 - Associação entre características da vida sexual e reprodutiva e violência física recorrente cometida por parceiro ou ex-parceiro íntimo alguma vez na vida – análise multivariada. Recife, 2006.

Variável	OR* ajustada	IC 95%	Valor de p
Companheiro já recusou o uso de preservativo			
Não	1	-	-
Sim	2,70	1,50 – 4,87	0,001
Já usou preservativos para prevenir DST			
Sim	1	-	-
Não	2,42	1,35 – 4,36	0,003
Usou álcool e/ou outras drogas na gestação			
Não	1	-	-
Sim	2,00	1,11 – 3,61	0,021
Já teve filhos nascidos com baixo peso			
Não	1	-	-
Sim	2,05	1,04 – 4,07	0,000

** OR – Odds ratio.

O terceiro bloco analisou as associações entre características de saúde e violência, mantendo-se no modelo apenas três variáveis: *dor na relação sexual*, *dor no baixo ventre* e *se a mulher achava que a visita à unidade de saúde naquele dia se relacionava com as experiências de violência*. Nos três casos, as ORs foram ajustadas para baixo: de 1,92 para 1,74 no caso da dor na relação sexual e de 2,01 para 1,73 no caso da dor no baixo ventre e de 5,70 para 3,71, para a terceira variável.

Tabela 17 - Associação entre características de saúde e violência física recorrente cometida por parceiro ou ex-parceiro íntimo alguma vez na vida – análise multivariada. Recife, 2006.

Variáveis	OR ajustada*	IC 95%	Valor de p
Sentiu dor na relação sexual no mês anterior à entrevista			
Não	1	-	-
Sim	1,74	1,04 – 2,90	0,032
Sentiu dor no baixo ventre no mês anterior à entrevista			
Não	1	-	-
Sim	1,72	1,00 – 2,96	0,049
Vinda à unidade de saúde se relaciona com violência			
Não	1	-	-
Sim	3,71	2,12 – 6,48	0,000

** OR – Odds ratio.

Para a análise do efeito conjunto das variáveis que foram significativas, construiu-se o modelo final (tabela 18). Nele, as variáveis sócio-demográficas fortemente associadas à

ocorrência de violência foram a *cor da pele* e a *situação conjugal*. Ser preta e parda representou um maior risco de estar em situação de violência, com OR ajustada de 1,94 e 1,89, respectivamente ($p < 0,05$), quando comparada a ser branca. Não ter parceiro no momento de realização da pesquisa mostrou-se associado à vivência de violência freqüente em algum momento da vida, com uma chance 3,73 maior, quando comparado a estar namorando. Estar unida também mostrou uma associação forte com a ocorrência de violência (OR=3,22; $p < 0,05$). *Estar casada*, porém, quando controlada pelas outras variáveis, não permaneceu no modelo.

No que se refere ao comportamento sexual e reprodutivo, mantiveram-se no modelo com as variáveis *ter tido filho nascido com baixo peso*, *uso de álcool e/ou outras drogas durante a gravidez* e *parceiro nunca ter usado preservativos para prevenir DST*. A associação estatisticamente mais forte foi com ter tido filho nascido com baixo peso, cuja *odds ratio* ajustada ficou em 1,84 ($p < 0,05$). Para o uso de substâncias durante a gravidez, observou-se 76% ($p < 0,05$) a mais de chances de associação com violência, do que na ausência deste comportamento. Em relação à falta de proteção para DST, observou-se uma probabilidade 1,54 maior de ter violência, quando comparada às que se protegem.

Finalmente, ter relatado *dor no baixo ventre* e *durante a relação sexual* nas quatro semanas anteriores à realização da pesquisa mantiveram-se associadas à ocorrência de violência, com *odds ratio* ajustadas de 1,61 e 1,62, respectivamente, e nível de significância menor que 0,05.

Tabela 18 - Fatores associados à violência física recorrente cometida por parceiro ou ex-parceiro íntimo alguma vez na vida – análise multivariada. Recife, 2006.

Variáveis	OR ajustada*	IC 95%	Valor de p
Raça/Cor da Pele			
Branca	1	-	0,045
Preta	1,94	1,06 – 3,56	0,031
Parda	1,89	1,19 – 2,99	0,006
Outra	1,67	0,49 – 5,73	0,409
Situação Conjugal			
Namorando	1	-	0,000
Sem parceiro	3,73	1,84 – 7,56	0,000
Casada	1,28	0,56 – 2,96	0,550
Unida	3,22	1,70 – 6,10	0,000
Já usou preservativos para prevenir DST			
Sim	1	-	-
Não	1,54	1,06 – 2,24	0,023
Companheiro já recusou o uso de preservativo			
Não	1	-	-
Sim	1,99	1,36 – 2,92	0,000
Usou álcool e/ou outras drogas na gestação			
Não	1	-	-
Sim	1,76	1,19 – 2,60	0,004
Já teve filhos nascidos com baixo peso			
Não	1	-	-
Sim	1,84	1,16 - 2,92	0,009
Sentiu dor na relação sexual no mês anterior à entrevista			
Não	1	-	-
Sim	1,69	1,10 – 2,58	0,015
Sentiu dor no baixo ventre no mês anterior à entrevista			
Não	1	-	-
Sim	1,62	1,08 – 2,43	0,017
Gostaria de ser perguntada sobre violência nos serviços			
Não	1	-	-
Sim	3,95	2,30 – 6,77	0,000

* OR – Odds ratio.

6 DISCUSSÃO

Jovens, negras e pobres: eis as principais características das mulheres entrevistadas neste estudo e que, grosso modo, correspondem ao perfil das usuárias do SUS no Nordeste e, em especial, do Programa Saúde da Família, que se volta prioritariamente para contextos sociais precários.

Mais de 40% da amostra tem menos de 25 anos e uma em cada cinco mulheres tem até 19 anos de idade. Para a população total do Recife (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Prefeitura da Cidade do Recife, 2005), este percentual é bem menor: 19,2% para a faixa até 24 anos (dados de 2000). Essa diferença pode indicar uma sobre-representação desta faixa de idade nos serviços de saúde, dada pelos eventos da vida reprodutiva. Como referido anteriormente, 57% das mulheres estavam na unidade de saúde no dia da entrevista para realizar consultas de pré-natal ou resolver problemas relacionados à saúde sexual e reprodutiva. Do ponto de vista das experiências de violência, seria de se esperar que, com este perfil etário fosse menor o tempo de exposição a uma relação conjugal que pudesse levar à violência, o que supostamente levaria a menores prevalências de violência. Mas a forte associação entre ser jovem e sofrer violência, encontrada em muitos estudos (CASTRO, 2003; MACCAULEY, 1995) pode explicar as altas taxas encontradas para o total da população estudada, dadas pelo peso relativo das faixas mais jovens.

Somando-se pardas e pretas, tem-se que mais de dois terços das mulheres (67,4%) pertencem à população negra que, sabidamente, apresenta maior concentração em áreas de pobreza (BATISTA et al., 2004; CARNEIRO, 2003; GUIMARÃES, 2002; GUIMARÃES, 2004; KILSZTAJN et al., 2005; VARGAS, 2005) revelando a discriminação racial existente em nosso país.

Apesar de Recife ser um pólo regional que, historicamente, tem atraído migrantes de diferentes cidades e estados, o que se observa na amostra é uma proporção muito pequena de mulheres que vieram a morar de Recife com mais de 18 anos. Esse dado chama a atenção para o provável esgotamento da capital como foco de recepção de população migrante. Com a ampliação da Região Metropolitana, hoje com 14 municípios, é possível que os fluxos migratórios tenham para aí se desviado. O objetivo da questão em tela foi identificar a

mobilidade motivada pelo casamento. Estudos revisados por Heise et al. (1999) indicam que, à medida que se agrava a violência masculina, é comum o afastamento das mulheres de seu círculo familiar e dos amigos, sendo a mudança de cidade uma forma extrema de isolar a mulher de suas redes de apoio, junto às quais ela poderia buscar apoio para sair da situação violenta. O que os resultados deste estudo demonstram, porém, é que são muito poucas as mulheres nesta situação, apenas 178.

A despeito das recentes melhorias nos índices de escolarização das mulheres (IBGE, 2006), a população estudada apresenta baixa escolaridade, o que revela que, assim como a renda, também o direito à educação não se distribui de modo uniforme entre os diferentes grupos sociais. Ressalta-se o fato de que menos de 1% das entrevistadas (n=17) tinham concluído alguma série do nível superior. Quase 70% têm, no máximo, oito anos de estudo e uma em cada quatro só fez até a quarta série do ensino fundamental, sem qualquer garantia de tenha sido efetivamente alfabetizada, uma vez que 10% não sabe ler nem escrever, independentemente de terem freqüentado a escola. A baixa escolaridade pode representar um limite para o enfrentamento das situações de violência, uma vez que pode estar relacionada a um baixo grau de informações sobre direitos e seus mecanismos de acesso e de participação em redes sociais mais amplas, que possam auxiliar na saída da situação.

Situação oposta se encontra com relação às práticas religiosas. Assim como para a população brasileira em geral (IBGE, 2006), também se ressalta no presente estudo a grande proporção de mulheres que não pratica nenhuma religião (31%).

Chama a atenção a pequena proporção de mulheres vivendo em moradias precárias (13,8%), especialmente ao se levar em conta a precariedade das áreas em que habitam. Há que considerar, porém, que a forma de categorizar as respostas a esta questão – juntando casa e apartamento em uma única categoria -- talvez não tenha sido sensível o suficiente para captar a precariedade das casas e apartamentos situados nas áreas cobertas pelo PSF. A maior parte destas áreas é ocupada por casas, mas a pequena área construída, o material de construção, a cobertura do telhado bem como as instalações sanitárias e elétricas, em geral, deixam muito a desejar quando se pretende avaliar qualidade de vida. De qualquer modo, é possível que se tenha captado um diferencial importante de precariedade, com um conjunto grande de pessoas vivendo em condições ainda distantes do ideal e necessário e um grupo razoável (297) exposto a condições subumanas de moradia.

Do mesmo modo, no que se refere à ocupação, o questionário não permitiu captar se o emprego doméstico era formalizado pela assinatura da carteira de trabalho e pela observação dos demais direitos trabalhistas, razão pela qual teve que ser tratado como categoria à parte, separada do “trabalho regular e sistemático”. Ainda que se juntem as duas categorias, há apenas 27,4% das mulheres envolvidas em uma ocupação que provê rendimentos regulares, ou seja, que estão em melhores condições de enfrentar uma situação de violência, pela autonomia financeira conferida pelo salário. Mais da metade das mulheres são donas de casa, desempregadas ou realizam apenas atividades esporádicas, o que lhes torna mais vulneráveis à violência masculina (CASTRO, 2003; D’OLIVEIRA, 2007; HEISE et al., 1999; KRUG et al., 2002).

Independentemente do fato de possuir renda pessoal, quase a totalidade da amostra pode ser categorizada como pobre ou muito pobre. Apenas 17% foram classificadas como nível C, que seria classe média, e 0,8% como nível B, uma classe média mais abastada. Classificam-se como pobres 1150 mulheres, entre as quais 53,3% estão envolvidas em trabalho regular e sistemático. Como muito pobres há 623 respondentes, entre as quais apenas 19% estão em situação ocupacional regular. A renda auferida pelas mulheres não é suficiente para lhes dar qualidade de vida, mas é um diferencial importante entre pobreza e miséria, que pode ter impacto nas condições que encontram para evitar ou escapar da violência masculina.

Sendo jovem a população estudada, era esperada a proporção de 29% ainda residindo na casa em que nasceram. Metade das mulheres deixou a casa de origem para casar e apenas 12% experimentaram a situação de morar sem companheiro ou marido. Para a análise da violência, porém, importa mais a proporção de mulheres que informou ter saído da casa de origem em razão de violência doméstica, contra elas mesmas ou entre os pais, ou por uso de álcool e drogas na família: 140 (6,5%) mulheres informaram ter vivido essa situação, que é referida pela literatura como um dos fatores mais fortemente associados à violência (CASTRO, 2003; DAY et al., 2007; D’OLIVEIRA, 2007; KRUG et al., 2002).

A situação de união conjugal, vivida por quase metade das mulheres no momento de realização da entrevista, pode se justificar pelo baixo custo deste tipo de arranjo conjugal quando comparado ao casamento, uma vez que prescinde de documentação e de cerimônias legais ou religiosas. A maior parte das mulheres viveu apenas uma relação conjugal, mas pouco mais de um quarto já havia vivido duas ou mais relações desse tipo. Considerando que o foco da análise é a violência física em algum momento da vida, o número de uniões – e,

conseqüentemente, o tempo de convivência com parceiros íntimos do sexo masculino – pode definir diferenças importantes quanto às chances de ocorrência de violência. O número razoável de mulheres que já haviam vivido uma relação conjugal, mas estavam sem parceiro no momento da pesquisa (n=348 ou 17,3%), chama a atenção para a possibilidade de a violência ter motivado as separações.

Em geral, as mulheres se relacionavam ou se relacionaram com homens mais velhos que elas e com grau de escolaridade similar ao dela, mas 14,2% estavam ou estiveram envolvidas com homens mais jovens e 21,6% com homens que tinham menor escolaridade que elas. Alguns autores caracterizam estas situações como um padrão moderno e mais igualitário de conjugalidade, no qual haveria menor rigidez com relação aos papéis e atribuições de homens e mulheres e, conseqüentemente, menor coerção masculina sobre a vida das mulheres (HEILBORN, 1993; SALEM, 1989), reduzindo a violência. As análises aqui apresentada, porém, não autorizam conclusões nessa direção e requerem estudos para confirmação.

No que se refere à ocupação dos parceiros, quando comparada à das mulheres, observam-se grandes diferenças. Dois terços dos homens estavam em situação de trabalho regular e sistemática, enquanto que, entre as mulheres, esse percentual foi de 16,2%. Apenas 14,6% dos homens estavam em situação de não auferir rendimentos, contra 32,5% das mulheres. Esses dados apontam para o registro tradicional das relações entre homens e mulheres, tendo os primeiros maior acesso a recursos financeiros e a direitos instituídos. Há que considerar, porém, que a maior parte dos parceiros eram mais velhos que as mulheres, o que também pode explicar esse diferencial com relação à ocupação.

A média de idade de início da vida sexual (16,8 anos; DP=3,5) está consonante com dados recentes sobre vida sexual da população brasileira (ABDO, 2006), embora pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) tenha encontrado uma média um pouco mais alta (19,6 anos). Por outro lado, em relação ao uso de métodos, o fato do estudo ter sido realizado em serviços de saúde, traz alguns vieses, que necessitam de esclarecimento. É grande o número de grávidas, quase um quarto da amostra, em virtude de se tratar de unidades de atenção básica, responsáveis pela oferta da assistência pré-natal. Assim, ao analisar os dados para o conjunto da amostra, excluídas as histerectomizadas e as mulheres na menopausa, tem-se que 8,5% das mulheres estão em situação de desproteção, ou seja, com possibilidade de

engravadar e sem fazer uso de nenhum tipo de contracepção – o que parece pouco. Do mesmo modo, 23,3% estão esterilizadas, percentual mais baixo do que os 40% encontrados para Pernambuco, pela última PNDS, realizada em 1996 (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997). Se forem excluídas as grávidas, e desconsiderando-se o fato de que as gestações podem ter ocorrido em parte pela falta de contracepção, tem-se 12% das mulheres que não usam nenhum método, 54,8% utilizando métodos modernos e 33% já esterilizadas. Levando-se em conta que se trabalhou com população jovem, que pode apontar para futuras esterilizações, esse quadro parece agora mais próximo daquele encontrado pela PNDS. Estudo realizado em serviços de saúde de cinco estados do Brasil, com 304 mulheres, encontrou que 41,4% estavam esterilizadas, 54,3% usavam métodos modernos e apenas 1% usando métodos tradicionais. Para Pernambuco, das 60 mulheres entrevistadas, 46 estavam utilizando algum método contraceptivo; entre essas, 45,7% estavam esterilizadas e 54,3% usavam métodos reversíveis modernos (PORTELLA et al., 2006).

Com relação às DST, o grau de desproteção é bastante semelhante ao que se encontra no caso da contracepção: 37% das mulheres nunca usaram preservativos com essa finalidade, o que se aproxima do somatório das grávidas (22,8%) com as que não usam métodos (8,5%). É possível pensar, portanto, em um padrão de relação conjugal que dificulta o uso de proteção tanto para a gravidez quanto para as DST. A recusa do preservativo pelo companheiro, por sua vez, apresenta proporção semelhante (35%), indicando as dificuldades existentes para as práticas preventivas.

Mais da metade das mulheres, porém, já fez o exame para detecção da infecção pelo HIV, 75% das quais como parte da assistência pré-natal. Como se pode deduzir, para muitas mulheres a prevenção não é feita, e o primeiro cuidado com relação ao HIV só se dá quando uma gravidez acontece. Nesse contexto, a grande maioria das mulheres (85%) já experimentou pelo menos uma gravidez na vida, embora a média de filhos por mulher seja baixa (1,9). Apenas 25% das mulheres têm três ou mais filhos, o que está em consonância com o perfil de fecundidade tanto das áreas estudadas quanto do estado de Pernambuco (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Prefeitura da Cidade do Recife, 2005). O aborto é uma realidade para um terço das mulheres e, entre essas, cerca de 30% revelou ter provocado a interrupção da gravidez. Considerando as dificuldades de revelação

da experiência do aborto provocado, dada a sua criminalização, pode-se aventar a hipótese de que esse número seja maior.

Não foram muitas as mulheres (3,4%) que tiveram filhos natimortos e/ou que perderam os filhos antes que completassem um ano de idade (6,8%). Isso pode ser revelador do maior acesso aos serviços de saúde, dado tanto pelo parto hospitalar quanto pelo acompanhamento domiciliar das crianças que tem sido feito pelo PSF. Situação diferente se encontra com relação às crianças nascidas com baixo peso (15,6%), que dependem da conjugação entre uma assistência pré-natal de qualidade e condições de vida minimamente razoáveis para a mulher – das quais, evidentemente, deve estar excluída a violência. Uma em cada quatro mulheres, porém, relatou ter usado álcool ou outras drogas durante a gravidez o que, como se sabe, está associado ao baixo peso ao nascer (FIORENTIN et al., 2006; FREIRE et al., 2005).

O escore médio encontrado para a avaliação de presença de transtorno mental comum foi de 8.1, ou seja, para o conjunto das mulheres tem-se uma situação *borderline*. Mais da metade, porém, alcançou escore igual ou maior a 8, o que indica presença de transtorno mental comum, independentemente da presença de violência masculina. A ideação e a tentativa de suicídio são indicadores importantes de sofrimento mental e as altas proporções de mulheres que já haviam pensado em (31%) e realmente tentado (37,7%) acabar com a própria vida reforçam os dados obtidos com o SRQ-20.

Com relação às características de saúde, verificou-se que cerca de metade das mulheres referiu ter sentido dores freqüentes e um conjunto de sintomas, apontado pela literatura como associado à violência (D'OLIVEIRA, 2003; D'OLIVEIRA, 2005; HEISE et al., 1999; KRUG et al., 2002). Em média, conviviam com as dores há cerca de três anos e meio (DP=5,1). Número semelhante referiu o uso de medicamentos, especialmente analgésicos, o que pode se configurar com um quadro único de sofrimento físico ou adoecimento. Foi baixo, porém, o número de mulheres que utilizou medicamentos para aliviar o sofrimento mental, o que pode ser atribuído a dificuldades de relato e identificação dos problemas psicológicos nos serviços – dada pela ausência de profissionais dessa área – e pela conseqüente dificuldade de obtenção dos medicamentos apropriados, que dependem de prescrição médica. Reforça este raciocínio o fato de que, no dia da entrevista, apenas 3,1% das mulheres procuraram a unidade de saúde por queixas difusas, mal estar ou outras relacionadas ao sofrimento mental. Quase

10%, porém, encontrava uma relação direta entre a violência sofrida em casa e os problemas de saúde que lhes trazia aos serviços mas, independentemente dessa condição, a quase totalidade das mulheres entende que a violência deve ser investigada quando do atendimento nos serviços de saúde, o que revela o grau de consciência das usuárias com relação aos efeitos da violência sobre a saúde.

Ressalta-se o alto percentual de respostas relacionadas a sintomas que podem ter origem na violência sexual, como a dor no baixo ventre (74,1%) e a dor durante a relação sexual (23,2%). E de modo consistente, com o verificado padrão de desproteção com relação às DST, é bastante razoável a proporção de mulheres que relataram corrimento vaginal e sintomas dolorosos ligados à função urinária, além da dor.

O quadro descritivo das principais características da população estudada sinaliza para as possibilidades de existência de prevalências preocupantes de violência. A violência psicológica foi a mais freqüente, atingindo 46,4% das mulheres pelo menos alguma vez na vida. No último ano, 35,8% relataram ter sofrido esse tipo de violência, que foi recorrente para 37,1% delas. Essas proporções são maiores do que aquelas encontradas nas pesquisas nacional da Fundação Perseu Abramo (VENTURI, 2004), 27%; muito próximas das verificadas no estudo da OMS (SCHRAIBER et al., 2007) realizado em São Paulo, 41,8%, e na Zona da Mata de Pernambuco, 48,9%, e menores do que as encontradas para Recife (73,5%) por Reichenheim (2006) e as verificadas em Porto Alegre, 55%, por Kronbauer e Meneghel (2005). Nesses casos, o esperado é que nos estudos de base domiciliar as prevalências sejam menores do que as obtidas nessa dissertação, que levantou dados em serviços de saúde. Os estudos de Reichenheim (2006) e Kronbauer e Meneghel (2005) destoam do conjunto, mas certamente há razões metodológicas que permitem explicar esta diferença. As prevalências de violência psicológica encontradas pelo presente estudo, portanto, se aproximam das verificadas em outras pesquisas em serviços de saúde. Em São Paulo, Schraiber et al. (2003a) encontrou-se 52,8% de violência psicológica e, em Ribeirão Preto, Marinheiro (2006), verificou prevalência da ordem de 41,5%. Na Bahia, Silva (2003) trabalhou a violência psicológica de forma desagregada, encontrando prevalências diferenciadas para distintos atos dentro da mesma categoria: de 19,5% para xingamentos a 22,3% para ofensas. É possível que, agregando-se as categorias, as cifras se aproximassem das encontradas nessa dissertação.

A violência física apresenta prevalências discretamente menores que a psicológica: 35,8% para a ocorrência alguma vez na vida e 54,8% para a ocorrência no último ano, sendo, nesse caso, recorrente para 29,8% das mulheres. A prevalência de violência física recorrente ocorrida no último ano, tomada como a variável dependente deste estudo, foi de 10%. Esses números são semelhantes aos encontrados em estudo populacional realizado na Zona da Mata de Pernambuco (33,7%) (SCHRAIBER, 2007), o que chama a atenção para a magnitude do problema na Zona da Mata, uma vez que se tratava de estudo domiciliar, no qual se esperam menores prevalências. É o caso do estudo de REICHENHEIM (2006) que, em Recife, encontrou uma prevalência de 27,5% de violência física, próximo dos resultados nacionais de Venturi (2004), de 33%.

Comparada com prevalências encontradas em serviços de saúde, há proximidade entre resultados de dois estudos: um, em São Paulo (SCHRAIBER et al., 2003a), em que 40,4% das mulheres relataram violência física e outro na Bahia (SILVA, 2003), em que a prevalência foi de 36,5%. Em Ribeirão Preto (MARINHEIRO, 2006), porém, estudo utilizando o mesmo desenho e o mesmo questionário dessa investigação encontrou menor prevalência: 26,4%. Diferenças de contexto social e dos serviços podem explicar a discrepância entre os resultados obtidos.

A violência sexual é, em todos os estudos, aquela que apresenta menores prevalências, seja porque é a mais difícil de ser relatada, envolvendo sentimentos de vergonha e culpa, ou porque é difícil de ser identificada como violência pela própria mulher, que, muitas vezes, tende a compreender os atos masculinos como parte das obrigações conjugais a que ela tem que ceder. Além disso, a violência sexual é um tipo de violência física, categorizada de forma específica pelo seu forte significado social e psicológico, e, por isso, ao relatar a violência física muitas mulheres podem entender que nela estaria incluída a violência sexual sofrida.

Neste estudo as prevalências de violência sexual estão próximas às encontradas em estudos populacionais e em apenas um estudo realizado em serviços de saúde; foram menores, todavia, do que as prevalências estimadas em outros dois estudos realizados em serviços de saúde. Na presente investigação, encontrou-se 11,1% para a violência sexual cometida alguma vez na vida e, entre estas, 55,4% sofrida no último ano, sendo que para 37,1% das mulheres essa violência foi recorrente. Observa-se que, pelo grau de recorrência, essa pode ser uma forma grave de violência, apesar de ser menor a prevalência quando comparada com as outras

formas. Os estudos populacionais encontraram prevalências que variaram de 9% a 14,3% (SCHRAIBER, 2007; VENTURI, 2004; KRONBAUER E MENEGHEL, 2005). Em Ribeirão Preto, a prevalência encontrada foi de 9,8% (MARINHEIRO, 2006), mais próxima, portanto, ao que se observou no presente estudo. Schraiber (2003a) encontrou 21% nos serviços de saúde do município de São Paulo e, na Bahia, Silva (2003) encontrou 18,6%.

Finalmente, 37,8% das mulheres relataram ter sofrido pelo menos um episódio de violência física ou sexual alguma vez na vida, sendo que pouco mais da metade (56,5%) destes aconteceu no último ano e, para 66,4% destas mulheres, a violência foi recorrente nos 12 meses anteriores à realização da pesquisa.

Ao se considerar qualquer tipo de violência cometida por parceiro, tem-se a dimensão do problema entre as usuárias do PSF do Recife: mais da metade da amostra (52,2%) relatou já ter vivido esse tipo de problema alguma vez na vida. Observe-se que, quando se trata da violência cometida por outras pessoas, esta proporção reduz-se para 38,8% -- o que não é, de modo algum, uma prevalência baixa. Para 70,1% das mulheres, os episódios de violência foram vividos no último ano, e para 29,3%, foram episódios recorrentes. Pode-se considerar, portanto, que pelo menos 30% das usuárias do PSF de Recife estavam em situação atual de violência grave, no momento em que essa pesquisa foi realizada.

A maior parte das variáveis estudadas pela análise univariada demonstrou estar associada à ocorrência de violência, tal como é amplamente sugerido pela literatura. Diferenças importantes, porém, devem ser ressaltadas, como é o caso da idade. A maior parte dos estudos indica que são as mulheres mais jovens aquelas que estariam em maior risco de sofrer violência masculina, dada a sua menor autonomia diante do parceiro. Nesta investigação, porém, o que se encontrou foi uma elevação do risco para as mulheres com mais de 34 anos. Compreende-se que o maior tempo de vida significa maior tempo de exposição à convivência com parceiros violentos, o que pode explicar esse resultado, mas significa também a maior possibilidade de ter saído da situação violenta e, portanto, não ter vivenciado nenhum episódio recente. Fica como uma questão, porém, o problema do viés de memória: seria razoável supor que os episódios mais recentes viessem mais facilmente à tona em uma entrevista desse tipo ou que, na mesma linha, as mulheres jovens relatassem mais violência justamente pela maior facilidade em recordar. Mas o que se obteve foi a menor ocorrência

entre jovens concomitante ao maior relato de episódios que podem ter se dado, em grande medida, na juventude.

A pouca escolaridade esteve fortemente associado à violência, como era esperado. De fato, o maior acesso e o melhor manejo de informações dados pelas habilidades adquiridas na escola se constituem como um fator de proteção das mulheres diante da violência masculina, de forma consistente com os estudos revisados (CASTRO, 2003; D'OLIVEIRA, 2007; HEISE et al., 1999; KRUG et al., 2002).

O mesmo não se pode dizer da raça/cor da pele, que não aparece nos estudos como fator associado à violência contra as mulheres. Na presente investigação verifica-se um gradiente em que se eleva o risco à medida que escurece a cor da pele. Esta associação já foi amplamente identificada e comprovada em inúmeros estudos sobre violência em geral e sobre violência letal, em particular (ADORNO, 2002; BRASIL, 2005; PAIXÃO, 1983; SOARES, 1999; ZALUAR, 1983; ZALUAR, 2004). Análise realizada por esta autora (PORTELLA, 2005b) também sugere que a raça/cor da pele é uma das variáveis importantes para se compreender a dinâmica de ocorrência da violência contra as mulheres, não podendo ser tratada como *proxy* de classe social, justamente pelas diferenças que revela quando se estuda um mesmo estrato sócio-econômico. Trata-se, portanto, de uma inflexão de cunho marcadamente racial.

A prática religiosa associa-se à violência de dois modos: pelo conhecido rigor moral dos credos pentecostais e, em um aparente paradoxo, pela ausência de prática religiosa. Ressalta-se aqui o “aparente” pelo que se observou anteriormente: como não é possível precisar, em estudos transversais, a precedência da exposição sobre o agravo, é razoável supor, considerando a matriz cultural brasileira, que parte dessas mulheres já tenha professado alguma fé, podendo tê-la abandonado em razão das experiências de violência. Estudos futuros podem investigar esta questão com maior profundidade. Por outro lado, estudos qualitativos (PETCHESKY e JUDD, 2005; PORTELLA et al., 2005) documentam a presença importante de violência entre mulheres que professam a fé evangélica pentecostal, demonstrando ainda como instituições religiosas atuam como impeditivos para a saída das mulheres da situação violenta, seja justificando a própria violência como um fardo a ser carregado pela mulher que haverá de lhe trazer recompensas futuras ou apelando para a indissolubilidade do casamento.

Características relacionadas às condições de vida mostraram-se significativamente associadas à ocorrência de violência: moradia precária e ser pobre ou muito pobre. Estudos

voltados para outros tipos de violência já haviam demonstrado a força dessa relação (ADORNO, 2002; BRASIL, 2005; PAIXÃO, 1983; SOARES, 1999; ZALUAR, 1983; ZALUAR, 2004). Ressalta-se no presente estudo, tal como proposto por Saffioti (1999; 2004), Portella (2005b) e também retomado por Gregori (*apud* GROSSI et al., 2006), o terceiro vértice das relações sociais que explicam o modo particular como a violência contra as mulheres se expressa em diferentes grupos sociais: a situação sócio-econômica, que junta-se assim ao sexo/gênero e a raça/cor da pele. Quanto mais pobre e quanto mais negra maior é o risco de sofrer violência masculina.

De modo consistente com outros estudos (CASTRO, 2003; D'OLIVEIRA, 2007; MCCAULEY, 1995), ter vivenciado violência ou uso de álcool e outras drogas na família de origem foi, entre as razões de saída da casa em que foi criada, aquela que apresentou a mais forte associação com a experiência de violência masculina. Da mesma forma, estar sem parceiro no momento de realização da entrevista foi a situação mais fortemente associada à violência. Tal como no quesito prática religiosa e como se investiga a ocorrência de violência alguma vez na vida, é possível que as mulheres tenham rompido as relações justamente em razão da violência sofrida. Reforça esta proposição a associação encontrada entre o número de uniões ou casamentos e a violência sofrida. Estar sem parceiro, portanto, longe de representar um risco em si, pode ser visto como um indicador de uma situação vivida no passado, sendo ele mesmo a solução para o problema investigado. De qualquer forma, estudos transversais, a não ser que definam claramente os marcos temporais de cada episódio violento, não permitem avançar nesta explicação, ficando a sugestão de aprofundamento para futuras investigações.

Apenas duas áreas de localização das UBSs se mostraram associadas à maior ocorrência de violência contra as mulheres – Macaxeira e Imbiribeira – e, dessas, só a última foi identificada na observação etnográfica como situada em um contexto particularmente grave de violência criminal. Análises posteriores podem esclarecer melhor esse achado.

Assim como nas variáveis sócio-demográficas, também entre as características da vida sexual e reprodutiva foram encontradas associações importantes com a ocorrência de violência. Mas antes de analisar as associações estatisticamente significantes, alguns comentários sobre o que não se encontrou são também relevantes.

O fato de não se ter encontrado associação entre a testagem de HIV pode estar relacionado ao fato de que a grande maioria das mulheres fez o teste como parte da assistência

pré-natal e não por iniciativa própria, a partir de alguma situação sugestiva de maior risco em função da violência. Apesar dos demais achados, o fato de estar grávida não se mostrou associado à violência, o que pode ser um indicador de gravidez desejada ou planejada ou ocorrida por falha de método e não necessariamente pela desproteção trazida pelo não uso de contracepção – essa, sim, associada à violência. Do mesmo modo, apesar das associações encontradas entre a violência e indicadores de saúde neonatal e infantil e aborto provocado, não se verificou o mesmo com relação ao abortamento espontâneo. Aventam-se duas possibilidades para isso: a menor ocorrência de violência durante a gravidez, que concorreria para o abortamento espontâneo, ou o maior acesso aos serviços de saúde, que permite o atendimento rápido e o tratamento das gestações em risco de abortamento, mesmo naquelas situações em que a mulher tenha sofrido violência. Dados sobre violência na gravidez estão disponíveis no mesmo banco de dados desta pesquisa, mas não foram parte desta análise.

Um conjunto de situações mostrou-se associado à violência, de forma consistente com o que é relatado pela literatura (HEISE et al., 1999; KRUG et al., 2002). Não usar contraceptivos nem preservativos para prevenir DST, junto com a recusa explícita do companheiro em fazer uso desse método, são situações indicadoras da ausência de comunicação entre o casal que define a natureza mesma das situações violentas. Atestam a impossibilidade de negociação do uso de preservativos e a ingerência masculina sobre a autonomia das mulheres para decidir a respeito do uso de contracepção. A esterilização é compreendida por muitas mulheres (CITELI et al. 1998; PETCHESKY e JUDD, 2006; PORTELLA, 2005a), como a melhor alternativa para evitar conflitos com os parceiros no campo da contracepção e, também nessa investigação, mostrou-se associada com a violência, reforçando o argumento.

Apesar da violência não estar associada à gravidez atual, mostrou-se associada à chance de já ter engravidado, de já ter tido filhos e de já ter provocado um aborto. Para as mulheres que sofreram violência, portanto, parece haver uma trajetória óbvia: menor uso de contraceptivos, maior chance de gestações indesejadas, de mais filhos e, conseqüentemente, de mais abortos. Nas gestações que são levadas a termo, é maior a chance de uso de álcool e outras drogas que, por sua vez, eleva o risco de filhos nascidos com baixo peso entre as mulheres que sofreram violência. Os impactos da violência se estendem após a gravidez, atingindo a saúde das crianças: foram fortes as associações entre violência e ter tido filhos natimortos e mortos antes de completar um ano. Esse quadro é consistente com a literatura

sobre os riscos da violência para a saúde materna e neonatal (HEISE et al., 1999; KRUG et al., 2002; MCFARLANE et al., 1992).

Finalmente, no que se refere às características de saúde das mulheres, também se confirmam muitos dos achados da literatura nacional e internacional. Com exceção das dores especificadas por local do corpo, do uso de tranquilizantes e da opinião sobre o *screening* de violência nos serviços, todas as demais variáveis estiveram associadas à violência. Esses achados confirmam o que é amplamente documentado e debatido: a violência produz impactos graves sobre a saúde física e mental das mulheres, o que traz desafios importantes para os serviços de saúde. Particularmente preocupante é a associação com a ideação e a tentativa de suicídio, que acrescentam mais uma situação de alto risco trazida pela violência ao elevado risco de adoecimento e de morte por homicídio. Ou seja, as mulheres que sofrem violência cometida por parceiro apresentam pelo menos três situações de maior risco quando comparadas às mulheres que não vivem esta situação: maior risco de adoecimento, maior risco de morrer pelas próprias mãos do agressor e maior risco de provocar a própria morte.

Quando controladas pela presença de todas as variáveis dos blocos específicos, porém, nem todas as variáveis acima discutidas se mantiveram associadas à violência. Raça/cor da pele e situação conjugal foram as variáveis sócio-demográficas mantidas no modelo e, entre essas, os fatores mais fortemente associados à violência foram: ser preta e estar sem parceiro no momento da pesquisa.

Mantiveram-se também associadas à ocorrência de violência o não uso de preservativos para a prevenção de DST, a recusa do parceiro em usar o preservativo, o uso de álcool e/ou outras drogas na gestação e ter tido filhos com baixo peso ao nascer, de modo consistente com a literatura (CASTRO, 2003; HEISE et al., 1999; KRUG et al., 2002). As variáveis ligadas à contracepção, gravidez, aborto e filhos perderam significância, contrariando o que está descrito em muitos estudos (HEISE et al., 1999; KRUG et al., 2002).

Finalmente, permaneceram associadas à violência duas variáveis ligadas à violência sexual – dor na relação sexual e no baixo ventre – e, ainda, aquela que relaciona a visita à unidade de saúde com a violência sofrida.

As variáveis mais diretamente ligadas à condição social econômica – moradia e nível sócio-econômico – perderam significância, provavelmente em função da grande homogeneidade da amostra. É possível que, em estudos com maior representatividade de

diferentes estratos sócio-econômicos, elas voltem a ganhar força. Do modelo final foram excluídos dois importantes fatores associados à violência contra as mulheres: a baixa escolaridade e a ter vivenciado ou presenciado violência na família de origem.

Do ponto de vista sócio-demográfico, o que permanece, portanto, é o fator racial que, embora fortemente relacionado às condições sócio-econômicas, não pode ser com elas confundido, pois, como analisado pela literatura (CARNEIRO, 2003; GUIMARÃES, 2002; GUIMARÃES, 2004; VARGAS, 2005), o racismo possui uma dinâmica sócio-histórica própria que deve ser analisada como tal. Além disso, o fator “situação conjugal” está de tal modo relacionado à variável resposta que torna qualquer análise mais complexa. Explica-se: conceitualmente a violência contra as mulheres cometida por parceiro depende, para a sua ocorrência, da existência de uma relação amorosa, familiar ou sexual de uma mulher com um homem, o que corresponde justamente à situação conjugal. O que se analisa é a forma tomada pela relação conjugal e se esta forma associa-se à violência. Verificam-se duas situações, uma mais simples: a situação de união, com menor formalidade, parece favorecer a ocorrência de violência. Alguns autores analisam este tipo de resultado pelo valor associado ao casamento formal que, por extensão, associa-se também à mulher, que estaria assim mais protegida da violência (SCHRAIBER, 2002A). A outra situação é mais complexa: estar sem parceiro implica em maior risco sem que se saiba qual a forma que a relação tomou antes da separação, podendo se ter omitido uma proporção de casamentos formais ou uniões que poderiam alterar os resultados finais. Sugere-se para próximas pesquisas que este tipo de informação seja registrada.

7 CONCLUSÕES

A amostra estudada apresenta o perfil esperado para a população usuária do SUS: pobres e negras, vivendo em situação de precariedade ocupacional e domiciliar. Alguns resultados encontrados, porém, merecem destaque pelo que podem aportar em termos analíticos e metodológicos.

São altas as prevalências de violência cometida por parceiro íntimo entre as usuárias do PSF do Recife, em todas as modalidades. Ao se considerar qualquer tipo de violência sofrida em algum momento, tem-se que uma em cada duas mulheres já passou por este tipo de situação. Apesar de também ser alta, a prevalência de violência cometida por outras pessoas é bem menor do que aquela perpetrada por parceiro íntimo. A violência sofrida pelas mulheres pode ser entendida como decorrente das relações patriarcais de gênero, mas a ela se articulam outras formas de violência que podem ou não estar articuladas aos processos de dominação masculina.

De forma consistente com a literatura, foram identificadas conseqüências importantes da violência para a saúde das mulheres: maior risco de sofrimento mental, de ideação e tentativa de suicídio e de ocorrência de sintomas ligados a enfermidades sexuais e reprodutivas. Isso amplia a responsabilidade dos serviços de saúde para com a identificação e a oferta de assistência adequada a esta população.

A violência produz impactos sobre a vida reprodutiva das mulheres, sendo maior o risco de engravidar e contrair DST pelo menor uso de contracepção e preservativos. Do mesmo modo, afeta a saúde materna e neonatal, ao aumentar as chances de uso de álcool e outras drogas durante a gestação, de abortamento provocado, de natimortos e de filhos nascidos com baixo peso. O uso de álcool e outras drogas, por sua vez, pode ser um indicador de redução do auto-cuidado, que afeta a saúde da própria mulher.

Metade das mulheres apresentou transtorno mental comum, embora apenas uma proporção mínima estivesse fazendo uso de medicamentos ou tivesse procurado os serviços de saúde em busca de assistência psicológica ou psiquiátrica. É possível que se revele aqui a pouca atenção dada ao sofrimento mental pelas unidades básicas de saúde, o que se configura em um sério limite para se lidar com a violência contra as mulheres.

Estar separada ou unida foram situações associadas à ocorrência de violência cometida por parceiro. É preciso levar em conta, porém, que a violência relatada pode ter acontecido quando a mulher estava casada ou unida, podendo mesmo ter sido o motivo da separação. Questões que indaguem sobre o momento em que a violência ocorreu, identificando a situação conjugal da mulher naquela ocasião, podem conferir maior precisão a esta informação. A datação dos episódios, ademais, pode dar maior precisão à associação entre a ocorrência de violência e a faixa de idade das mulheres. As diferenças encontradas entre a situação de união ou casamento, por sua vez, requerem maiores estudos para se identificar os fatores que levam a essa distinção.

A forte associação encontrada entre ser preta ou parda e ter sofrido violência reforça a importância de se estudar a violência contra as mulheres a partir dos contextos sócio-culturais diferenciados das mulheres. Os resultados encontrados no presente estudo demonstram que o racismo é um componente importante da subordinação das mulheres, na medida em que eleva o risco de violência masculina para as mulheres negras.

Do mesmo modo, ainda que não tenham permanecido no modelo final, as associações encontradas entre baixa escolaridade, precariedade da moradia e da ocupação das mulheres reforça o terceiro elemento teórico – a precariedade da situação sócio-econômica – que auxilia na compreensão das diferentes formas de expressão da violência contra as mulheres. Nesse aspecto, o estudo da violência contra as mulheres pode se beneficiar das análises sobre outras formas de vitimização da população pobre e negra do Brasil. Por outro lado, o enfoque feminista sobre a violência contra as mulheres e sobre as formas contemporânea de dominação patriarcal podem colaborar para uma melhor compreensão da vitimização da população feminina nesses estratos sociais.

A distinção entre aborto espontâneo e provocado revelou-se metodologicamente acertada, uma vez que um percentual importante de mulheres, mesmo no contexto de criminalização da interrupção da gravidez, informou já ter passado por esta situação. Teoricamente, a violência pode estar associada os dois tipos de abortamento: as agressões podem ser direcionadas à barriga, provocando danos diretos que levam ao abortamento; a situação de tensão e maus tratos frequentes pode afetar a saúde da mulher e da criança; ou na impossibilidade de negociar o uso de contracepção, a gravidez é indesejada e o aborto provocado é a melhor alternativa para a mulher. Para esta população, a análise demonstrou

que apenas o aborto provocado está associado à violência, o que reforça o achado das dificuldades de uso de contracepção e sinaliza para a possibilidade de maior acesso a cuidados médicos nos casos de gravidez desejada, o que pode ser decorrente da própria expansão do PSF.

A definição do recorte etário da população estudada, embora estivesse ancorada na literatura que indica ser o grupo em idade reprodutiva aquele que mais apresenta problemas de saúde e que mais vivencia situações de violência, representa um limite para a análise. Muitos dos resultados encontrados relacionam-se à faixa de idade da população – 15 a 49 anos – sendo inteiramente esperados. Este é o caso do perfil de uso de contracepção e de uso dos serviços (pré-natal e problemas de saúde sexual e reprodutiva foram os motivos mais indicados para a ida ao serviço de saúde). É possível que este recorte também oriente as prevalências de violência e as associações encontradas, o que sugere a necessidade de se alargar a faixa de idade em futuros estudos. Outros aspectos reforçam essa sugestão. A elevação da expectativa de vida da população requer estudos sobre a população com mais de 49 anos que também tem sido alvo de muitas formas de violência. Embora a juventude seja apontada em muitos estudos como uma situação de maior risco para a violência por parceiro, não está dado que a subordinação de gênero seja reduzida ou superada com o passar do tempo. Do mesmo modo, os estudos sobre a violência na infância e adolescência carecem de uma perspectiva de gênero que explique as diferenças nas experiências de meninas e meninos quanto a essa questão e apontem os nexos entre essa situação e o futuro envolvimento com parceiros violentos. O alargamento da faixa de idade poderia atender a essas duas problematizações.

No que se refere à moradia, é importante captar informações sobre materiais de construção, cobertura do telhado e acesso à água encanada, saneamento e eletricidade como forma de caracterização do domicílio. Em cidades como o Recife, de grande diferenciação sócio-espacial, e em contextos precários como os estudados, a simples distinção casa/apartamento e outras formas de moradia precária não traduz as reais condições de vida de população.

O mesmo se aplica à caracterização da ocupação. Nesse caso, informações sobre rendimentos, em termos de valores e regularidade, bem como sobre a formalização do vínculo empregatício, dizem mais sobre a autonomia das mulheres do que a informação sobre

emprego, desemprego e ocupação informal. O acesso a benefícios sociais, por sua vez, pode ser um componente importante da autonomização das mulheres e deve ser revelado em estudos dessa natureza, pois, muitas vezes, se constituem na diferença entre pobreza e miséria.

Finalmente, cabe uma observação metodológica geral. Nos estudos epidemiológicos sobre violência contra as mulheres, e esse não é diferente, observa-se a tendência de se procurar principalmente nas características do perfil e da vida das vítimas as condições favorecedoras ou limitantes da ocorrência de violência. Para além de suas determinações estruturais e macrossociais, a violência é um agravo cometido por outro ser humano, ou seja, é um ato de vontade, motivado por intenções subjetivas e imediatamente determinado por fatores ligados principalmente ao perfil e à vida do agressor e às condições sociais e culturais nas quais a violência se expressa. Com isso, não se pretende minimizar o aspecto relacional do problema, -- que necessariamente requer o estudo de vítimas, agressores, da relação entre eles e do contexto em que se desenvolve a violência --, mas tão somente observar que a ênfase no perfil de vítimas pode trazer implícita a idéia de que haveria mulheres mais “sujeitas” à violência o que, no limite, pode ser entendido como culpabilização da mulher por esta situação. É possível que, no caso da epidemiologia, ocorra uma certa confusão entre agravo e doença, que leva a se olhar para a violência a partir de modelos analíticos semelhantes aos utilizados para se estudar doenças, nos quais às predisposições biológicas para a ocorrência de doenças corresponderia certas predisposições sociais dadas pelo perfil das vítimas e pelo seu contexto social. É necessário, portanto, que novos estudos lancem luz sobre agressores, fatores de risco para se tornar agressor e sobre as condições sociais favorecedoras da ocorrência da violência, valendo-se também dos modelos explicativos das ciências sociais para uma melhor compreensão do problema.

Os resultados encontrados nessa investigação podem contribuir para ampliar o conhecimento sobre as condições de vida e saúde das usuárias do PSF no Recife. A descrição da ocorrência de violência cometida por parceiro íntimo e de suas associações com a situação de saúde das mulheres pode auxiliar no desenho e implementação de políticas e programas voltados para o enfrentamento desta questão. Além disso, pode se constituir em subsídio para o reordenamento dos serviços de saúde de modo a atender as mulheres que passam por essas situações.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS INSTITUTOS DE PESQUISA DE MERCADO. **Critério de classificação econômica, 2001.** Disponível em <www.ufrn.br/sites/fonaprace/perfil_anexo3.doc>. Acesso em: 15 jul. 2006.

ADORNO, Sérgio. Exclusão socioeconômica e violência urbana. **Sociologias**. São Paulo, n.8, p.84-135, dez. 2002.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA. **Diagnostic and guidelines on domestic violence.** Chicago, 1992.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA. **Featured Report: American Medical Association Data on Violence Between Intimates.** Chicago: American Medical Association Interim Meeting, 2000.

ANISTIA INTERNACIONAL. **O impacto das armas na vida da mulher.** Londres, AI/Iansa/Oxfam, 2005. Disponível em: <http://www.desarme.org/publique/media/impacto_das_armas_mulher.pdf> Acesso em: 15 mar. 2008.

ASTELARRA, Judith. **Libres e iguales? Sociedad y política desde el feminismo.** Havana: Ciencias Sociales, 2005.

BARSTED, Leila Linhares. A Violência contra as mulheres no Brasil e a convenção de Belém do Pará: Dez Anos Depois. In Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher. **O Progresso das Mulheres no Brasil.** Brasília: 2006. p. 247-289.

BATISTA, K. B. C. Violência contra a mulher e Programa Saude da Família: a emergência da demanda na visão dos profissionais. In: VILELA, Wilza; MONTEIRO, Simone (Org.). **Gênero e Saúde: Programa de Saúde da Família em Questão.** São Paulo: Arbeit Factor, 2005, v. 1, p. 11-16.

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, p. 630-639, 2004.

BRASIL. Presidência da República **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Brasília, DF: Casa Civil, 2006. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>> Acesso em: 15 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/Aids**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2005: Uma Análise da Situação de Saúde no Brasil**. Brasília, 2005.

BRASIL. Senado Federal. **Relatório de pesquisa: violência doméstica contra a mulher**. Brasília, DF: Senado Federal, 2005.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. **Estudos avançados**. São Paulo, v. 17, n. 49, p. 117-132, 2003.

CASTRO, Roberto; Riquer, Florinda. Research on violence against women in Latin America: from blind empiricism to theory without data. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 135-146, jan-fev 2003.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. **Intimate partner violence prevention scientific information: definitions**. Disponível em <www.cdc.gov/ncipc/IPV/ipv-definitions.htm>. Acesso em: 15 mar. 2008.

CHAUÍ, Marilena. Participando do debate sobre mulher e violência. In: FRANCHETO, Bruna; CAVALCANTI, Maria Laura V. C.; HEILBORN, Maria Luiza. **Perspectivas Antropológicas da Mulher vol. 4**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1985. p. 25-62.

CITELI, Tereza; MELLO E SOUZA, Cecília de; PORTELLA, Ana Paula. Revezes da Anticoncepção entre Mulheres Pobres. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 57-77.

COLLIN, Françoise. **Práxis da diferença**. Notas sobre o trágico do sujeito. Recife: SOS Corpo, 1992.

CROWELL, N.; BURGESS, A. W. (Ed). **National Research Council - Understanding violence against women – Panel on research on violence against women.** Washington: National Academy, 1996.

DAY, Vivian Peres et.al. **Violência doméstica e suas diferentes manifestações.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, v. 25, suppl. 1, p. 9-21.

DOBASH, R.E.; DOBASH, R.P. **Women, Violence and Social Change.** London: Routledge, 1992.

D'OLIVEIRA, Anna Flávia Lucas. **Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços de atenção primária.** Tese (doutorado). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

D'OLIVEIRA, Anna Flávia Lucas e SCHRAIBER, Lilia B. **Violence Against Women in Brazil: overview, gaps and challenges.** Genebra: UN Division for the Advancement of Women, 2005.

D'OLIVEIRA, Anna Flávia Lucas, SCHRAIBER, Lilia Blima; FRANÇA-JR., Ivan; PORTELLA, Ana Paula; LUDERMIR, Ana Bernarda; DINIZ, Simone. **Fatores associados à violência por parceiros íntimos em mulheres de duas regiões brasileiras.** Recife: 2008. Mimeografado.

FAÚNDES, Aníbal et. al. **Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro.** **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 126-135, fev. 2006.

FIorentin, Cássia; VARGAS, Divane de. O uso de álcool entre gestantes e seus conhecimentos sobre os efeitos do álcool no feto. **SMAD Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas.** Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, ago. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762006000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: jan. 2008.

FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL, Dominique. **Violence against women in France: the context, findings and impact of the Enveff survey.** Genebra: UN Division for the Advancement of Women, 2005.

FREIRE, Tácio de Melo et. al. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 27 n. 7, p. 376-381, jul. 2005.

FREYRE., Gilberto. **Casa grande e senzala**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1987.

GARCIA-MORENO, Claudia et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **Lancet**. Londres, v. 368, n. 9543, p. 1260-9, 2006.

GAZMARARIAN, J.A. et al.. Prevalence of violence against pregnant women. **JAMA**. Chicago, v. 275, n. 24, pp.1915-1920, jun. 1996.

GOMES, Maria Laura Mota et al.. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendidas em um Serviço de Apoio à Mulher, Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**. Recife, v. 6, suppl. 1, p. 27-34, maio 2006.

GOMES, Romeu. A violência social em questão: referenciais para um debate em saúde pública. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 93-100, abr. 1997.

GREGORI, Maria Filomena. **Cenas e queixas**. Um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

GROSSI, Miriam. Novas e velhas violências contra a mulher no Brasil. **Estudos Feministas**. Rio de Janeiro, n. especial, p. 473-483, 2º sem. 1994.

GROSSI, Miriam; MINELLA, Luzinete Simões; PORTO, Roseli. **Depoimentos**: trinta anos de pesquisas feministas brasileiras sobre violência. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2006.

GUIMARÃES, Antonio S.A. Raça e pobreza no Brasil. In: **Classes, Raças e Democracia**. São Paulo: Ed.34, 2002. p. 47-78.

GUIMARÃES, Antonio S. A. Preconceito de cor e racismo no Brasil. *Revista de Antropologia*. São Paulo, v. 47, n. 1, p. 9-43, 2004.

HARDING, T. W. et. al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**. London, v. 10, p. 231-241, 1980.

HEILBORN, Maria Luiza. Gênero e hierarquia: a costela de Adão revisitada. **Estudos Feministas**. Rio de Janeiro, v. 1, p.50-82, 1993.

HEISE, Lori; ELLSBERG, Mary; GOTTEMOELLER, Megan. Ending violence against women. **Population Reports**. Baltimore, v. 27, n. 4, p. 1-43, 1999.

HEISE, Lori; PITANGUY, Jaqueline; GERMAIN, Adrienne. **Violence against women**. The hidden health burden. Washington (DC): World Bank, 1994.

IBGE. **Participação político-social** (subtema: Justiça e vitimização). Suplemento da PNAD 1988. Rio de Janeiro: 1988.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais, 2006**. Rio de Janeiro: 2006.

JACOBUCCI, Patrícia Gugliotta; CABRAL, Mara Aparecida Alves. Depressão e traços de personalidade em mulheres vítimas de violência doméstica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.26, n..3, p.215-215, set. 2004.

JOHNSON, Michael. **Two types of violence against women in the american family: identifying patriarchal terrorism and common couple violence**. In: Annual meeting of the National Council on Family Relations, Irvine, CA, nov. 1999. Disponível em: <<http://www.personal.psu.edu/mpj/1999%20NCFR.doc>>. Acesso em: mar. 2008.

KILSZTAJN, Samuel et al . Victims of color: homicides in Greater Metropolitan São Paulo, Brazil, 2000. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, P. 1408-1415, 2005.

KISHOR, Sunita. **Domestic violence measurement in the demographic and health surveys: the history and the challenges**. Genebra: UN Division for the Advancement of Women, 2005.

KLEIN, Carlos Henrique; BLOCH, Kátia Vergetti. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, Roberto A et al.. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 125-150.

KOSS, M. M.; KOSS, P. K.; WOODNUFF, W.J.. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. **Archives of Internal Medicine**. Chicago, n. 151, p. 342-347, 1991.

KRONBAUER, José Fernando Dresch; MENEGHEL, Stela Nazareth. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, nº 5, out. 2005.

KRUG, Etienne et. al. (Eds) **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002.

LIMA, M. S. et. al. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. **International journal of psychiatry in medicine**. Nova York, v. 26, n. 2, p. 211-22, 1996.

LUDERMIR, Ana Bernarda; MELO FILHO, Djalma Agripino de. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002 .

MARI, J. J.; WILLIAMS, P.. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ20) in primary care in the city of São Paulo. **British Journal of Psychiatry**. Londres, v. 148, p. 23-26, 1986.

MARINHEIRO, André Luis Valentini; VIEIRA, Elizabeth Meloni; SOUZA, Luis de. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 40, n. 4, p. 604-610, 2006.

MCCAULEY, Jeanne et. al. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. **Annals of Internal Medicine**. Filadélfia, v. 123, p. 737-746, 1995.

MCFARLANE, J. et. al. Assessing for abuse during pregnancy - severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. **JAMA**. Chicago, v.267, n. 23, p.3176-3178, jun. 1992.

- MENEZES, Telma Cursino et. al. A violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 309-316, 2003.
- MINAYO, Maria Cecília. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, (Sup.), p. 1259-1268, 2007.
- MORAES, Claudia Leite; REICHENHEIM, Michael. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. Limerick, v. 79, p. 269-277, 2002.
- NASIR, J.; HYDER, A. Violence against pregnant women in developing countries. Review of evidence. **European journal of public health**. Estocolmo, v. 13, n. 2, p. 105-107, 2003.
- ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher “Convenção de Belém do Pará”**. Belém do Pará, 1994. Disponível em: <<http://www.oas.org/juridico/spanish/Tratados/a-61.html>>. Acesso em: 12 dez. 2007.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção pela eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres**. Genebra, 1981.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração da II Conferência Internacional de Direitos Humanos**. Viena, 1993.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Violencia contra la mujer**. Un tema de salud prioritario. Genebra, 1998.
- PAIXÃO, L. Crimes e criminosos em Belo Horizonte. In: PINHEIRO, P. S. (org.) **Crime, Violência e Poder**. São Paulo: Brasiliense, 1983. p. 11-44
- PATEMAN, Carole. **O contrato sexual**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.
- PETCHESKY, Rosalind; JUDD, Karen (Orgs.). **Negociando direitos reprodutivos: perspectivas das mulheres em diferentes países e culturas**. Recife: SOS Corpo, 2005

PHEBO, Luciana. Impacto da arma de fogo na saúde da população no Brasil. In: ISER/Viva Rio. **Brasil: as armas e as vítimas**. Rio de Janeiro: Iser/Viva Rio, 2005. p.11-36.

PIERUCCI, Antônio Flávio. **Ciladas da diferença**. São Paulo: Ed. 34, 1998.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO/PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. **Metodologia de divisão do território do Recife adotada pelo Atlas Municipal do Desenvolvimento Humano**. Recife, 2005. Disponível em: <www.recife.pe.gov.br>. Acesso em: abr. 2008.

PORTELLA, Ana Paula et. al. **Os sentidos da violência**: consensos e dissensos entre mulheres e homens. Recife: SOS Corpo, 2004. Mimeografado.

PORTELLA, Ana Paula et. al. "Nunca como nossas mães!" Brasil - escolhas reprodutivas e a emergência da cidadania entre trabalhadoras rurais, trabalhadoras domésticas e donas de casa. In: PETCHESKY, Rosalind; JUDD, Karen. (Orgs.). **Negociando Direitos Reprodutivos: Perspectivas das Mulheres em Diferentes Países e Culturas**. Recife: SOS Corpo, 2005. p. 53-92.

PORTELLA, Ana Paula et. al. **Contracepção e planejamento reprodutivo na percepção de usuárias do SUS**. Recife, SOS Corpo, 2006. Relatório de pesquisa.

PORTELLA, Ana Paula. Novas faces da violência contra as mulheres. In: CASTILLO-MARTIN, Márcia; OLIVEIRA; Suely. (Orgs.). **Marcadas a Ferro. Violência contra a Mulher: Uma Visão Multidisciplinar**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para mulheres, 2005. p. 93-99.

REICHENHEIM, Michael Eduardo et. al.. Magnitude da violência entre parceiros íntimos no Brasil: retratos de 15 capitais e Distrito Federal. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 425-437, 2006.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**. Campinas, v. 16, p. 115-136, 2001.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. O estatuto teórico da violência de gênero. In: DOS SANTOS, José Vicente Tavares. (Org.) **Violência em tempo de globalização**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 142-163.

SAFFIOTTI, Heleieth I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAGOT, Monteserrat. **La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar em América Latina: estudos de caso en diez países**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2000.

SALEM, Tânia. O casal igualitário: princípios e impasses. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v. 3, nº 9, p. 24-37, fev. 1989.

SALTZMAN, L. E. et. al. **Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements. Version 1.0**. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

SCHRAIBER, Lilia Blima, D'OLIVEIRA, Anna. Flávia Pires Lucas. **Violência contra mulheres: interfaces com a saúde**. Interface - Comunicação Saúde Educação. Botucatu, v. 3, p. 11-27, 1999.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Anna. Flávia Pires Lucas; FRANÇA-JR, Ivan; DINIZ, Carmen Simone; PORTELLA, Ana Paula; LUDERMIR, Ana Bernarda; VALENÇA, Otávio; COUTO, Márcia Thereza; PINHO, Adriana. **A O Brasil no estudo multipaíses sobre saúde da mulher e violência doméstica e sexual contra a mulher**. Preliminar report. São Paulo: FMUSP, 2002a.

SCHRAIBER, Lilia Blima et. al. **Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde**. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2002.

SCHRAIBER, Lilia Blima et. al. **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**. São Paulo: FMUSP, 2003a (Relatório final de pesquisa a FAPESP, Processo n.º 98/14070-9).

SCHRAIBER Lilia Blima et. al. **Violência vivida: a dor que não tem nome**. **Interface - comunicação, saúde e educação**. Botucatu, v. 7, n. 12, p. 41-54, 2003.

SCHRAIBER, Lilia Blima; PORTELLA, Ana. Paula; SCOTT, Russel .Parry; COUTO, Márcia Thereza; DURAND, Júlia; KISS, Lygia; FERREIRA, Verônica. **Diagnóstico Como**

andam as relações de gênero no PSF: relatório final. Recife: Prefeitura da Cidade do Recife, 2004.

SCHRAIBER, Lilia Blima et. al. **Violencia dói e não é direito.** A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Unesp, 2005.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Anna Flávia Lucas; FRANÇA-JR., Ivan; LUDERMIR, Ana Bernarda; PORTELLA, Ana Paula; DINIZ, Simone; VALENÇA; Otávio. Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 41, n. 5, p. 797-807, 2007.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **Relatório de pesquisa.** Saúde da mulher, relações familiares e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) em duas capitais – Recife e São Paulo. São Paulo: FMUSP, 2007. Mimeografado.

SILVA, Iracema Viterbo. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2, p. 263-272, 2003.

SOARES, Bárbara Musumeci. **Mulheres invisíveis.** Violência conjugal e as novas políticas de segurança. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

SOARES, Luis Eduardo. **Meu casaco de general.** Quinhentos dias no *front* da segurança pública do Rio de Janeiro. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL-BEMFAM. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996.** Brasília, 1997.

SEMPRE VIVA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA. **Feminismo.** Dicionário. São Paulo. Disponível em: <www.sof.org.br>. Acesso em: 24 abr. 2008.

STEPHENSON, Rob; KOENIG, Michael; AHMED, Saifuddin. Domestic violence and symptoms of gynecologic morbidity among women in North India. **International Family Planning Perspectives.** Nova York, v. 32, n. 4, p. 201-208, 2006.

SUGG, N. K.; INUI, T. Primary care physician's response to domestic violence. **JAMA**. Chicago, v. 267, p. 3157-3160, 1992.

TAQUETTE, Stella et. al. A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v.51, n.3, p.148-152, jun. 2005.

VARGAS, João H. Costa. **Apartheid brasileiro: raça e segregação residencial no Rio de Janeiro**. Revista de Antropologia. São Paulo, v. 48, n. 1, p. 75-131, 2005 .

VENTURI, Gustavo; RECAMÁN, Marisol; OLIVEIRA, Suely (orgs) **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

WALBY, Sylvia. **Improving the statistics on violence against women**. Genebra: UN Division for the Advancement of Women, 2005.

WALBY, Sylvia. **Theorizing patriarchy**. Oxford: Basil Blackwell, 1990.

WATTS, Charlotte et al. **“Putting womern first”**: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2001. Disponível em: <whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.1.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2008.

WULKAN, Marcelo; PARREIRA, José Gustavo; BOTTER, Denise Aparecida. Epidemiologia do trauma facial. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 51, n. 5, p. 290-295, 2005.

ZALUAR, Alba. Violência e crime: saída para os excluídos ou desafios para a democracia? In: ZALUAR, Alba. **Integração Perversa: Pobreza e Tráfico de Drogas**. Rio de Janeiro, Ed. FGV, 2004. p. 217-278.

ZALUAR, A. Condomínio do Diabo: as classes populares e a lógica do “ferro” e do fumo. In In: PINHEIRO, P. S. (Org.). **Crime, Violência e Poder**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

ZANOTTA MACHADO, Lia; MAGALHÃES, Maria Tereza Bossi de. Violência conjugal: os espelhos e as marcas. In: SUARÉZ, Mireya e BANDEIRA, Lourdes. (Orgs.). **Violência, gênero e crime no Distrito Federal**. Brasília: Ed.UNB, 1999.

ANEXOS

Anexo A - Ficha de recusa

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Departamento de Medicina Preventiva
Faculdade de Ciências Médicas da Irmandade Santa Casa de Misericórdia
Departamento de Medicina Social e Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Projeto CNPq – Processo nº 506705/2004-8

**Saúde da Mulher, Relações familiares e Serviços de Saúde
do Sistema Único de Saúde (SUS) em duas capitais
– Recife e São Paulo**

QUESTIONÁRIO
Ficha de identificação para casos de recusa

- RECIFE -

Coordenação:
Lília Blima Schraiber – FMUSP

09 de maio de 2005

Anexo B - Questionário

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Departamento de Medicina Preventiva
Faculdade de Ciências Médicas da Irmandade Santa Casa de Misericórdia
Departamento de Medicina Social e Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Projeto CNPq – Processo nº 506705/2004-8

*Saúde da Mulher, Relações familiares e Serviços de Saúde
do Sistema Único de Saúde (SUS) em duas capitais
– Recife e São Paulo*

QUESTIONÁRIO
Atenção Primária - Recife

Coordenação:
Lília Blima Schraiber – FMUSP

16 de agosto de 2005

1. SERVIÇO _____ nº questionário _____ 1. _____
2. DATA DA APLICAÇÃO: ____/____/____ 2. ____/____/____
3. NÚMERO DE MATRÍCULA NO SERVIÇO: _____ 3. _____
- 3a. INICIAIS DA ENTREVISTADA: _____ 4. ____/____/____
4. DATA DO NASCIMENTO: ____/____/____ 4a. ____
- 4a. NASCEU NO MUNICÍPIO DE RECIFE?
1. [] sim 2. [] não 4b. ____
- 4b. ESTÁ AQUI DESDE QUE IDADE? _____ anos
Escolaridade: _____ 5a. ____
- 5a. SABE LER E ESCREVER? 1. sim 2. não 5b. ____
- 5b. VOCÊ JÁ FREQUENTOU A ESCOLA? 1. sim 2. não [ir para Q. 6] 5c. ____
- 5c. ATÉ QUE SÉRIE/ ANO VOCÊ ESTUDOU?
Ensino Fundamental _____ ano
Ensino Médio /Técnico _____ ano
Ensino Superior _____ ano 6. ____
6. QUAL A SUA COR?
1. BRANCA
2. PRETA
3. AMARELA
4. PARDA
5. INDÍGENA 7. ____
7. QUAL É A SUA PRÁTICA RELIGIOSA? (resposta múltipla)
1. Católica
2. Judaica
3. Muçulmana
4. Evangélica Histórica
5. Evangélica Pentecostal
6. Espírita kardecista
7. Umbanda
8. Candomblé
9. Sem prática religiosa
10. Outras _____ 8. ____
8. VOCÊ DIRIA QUE MORA EM:
1. CASA/APARTAMENTO
2. QUINTAL COMUM/ CORTIÇO
3. BARRACO/ FAVELA/ PALAFITAS
4. MORA NO EMPREGO
5. MORADORA DE RUA
6. INSTITUIÇÃO. Qual? _____
7. OUTROS _____
- ATENÇÃO** – Para os moradores de rua, quem mora no emprego ou em instituição, a **próxima questão**, se refere a quantos itens ela possui. Para as outras, a questão se refere a quantos destes itens a casa da entrevistada possui.
9. VOCÊ POSSUI QUANTOS DESTES ÍTENS? 9 a. ____
a) TELEVISÃO COLORIDA 9 b. ____
b) VÍDEO CASSETE 9 c. ____
c) RÁDIO 9 d. ____
d) BANHEIRO 9 e. ____
e) AUTOMÓVEL DE PASSEIO 9 f. ____
f) EMPREGADA MENSALISTA 9 g. ____
g) ASPIRADOR DE PÓ 9 h. ____
h) MÁQUINA DE LAVAR ROUPA 9 i. ____
i) GELADEIRA 9 j. ____
j) FREEZER (isolado ou geladeira duplex)
10. QUAL A SUA OCUPAÇÃO? (resposta múltipla): _____ 10 a. ____
1. do lar / dona de casa 10 b. ____
2. empregado doméstico
3. estudante
4. trabalho regular e sistemático (trabalhadora de empresa ou autônoma)
5. outro trabalho esporádico
6. desempregada
7. outros _____

11. VOCÊ SAIU DA CASA EM QUE FOI CRIADA? QUAL O MOTIVO DA SAÍDA?

11a. ____

(resposta múltipla)

11b. ____

1. ainda vive na casa onde foi criada (ir para Q.13)
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. Por quê? _____
10. uso de álcool e/ou outras substâncias por familiares
11. para estudar / trabalhar
12. outros _____

12. COM QUE IDADE VOCÊ SAIU DE CASA?: _____ anos

12. ____

13. COM QUE IDADE VOCÊ TEVE SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL?:

13. ____

_____ anos

[Se virgem=00, ir para Q.43]

14. VOCÊ JÁ ENGRAVIDOU?

14. ____

1. sim 2. não [ir para Q.23] 99. não sei [ir para Q.23]

15. QUANTAS VEZES? _____

15. ____

16. QUANTOS FILHOS NASCERAM VIVOS? _____

16. ____

17. JÁ TEVE ALGUM ABORTAMENTO?

17. ____

1. sim 2. não [ir para Q.19]

18. Se SIM: ELES FORAM

18a. ____

18a espontâneos. QUANTOS? _____

18b. ____

18b. provocados. QUANTOS? _____

19. JÁ TEVE ALGUM FILHO NASCIDO MORTO?

19. ____

1. sim 2. não [ir para a Q.20]

19a SE SIM, QUANTOS? _____

19a. ____

20. ALGUM DOS SEUS FILHOS FALECEU ANTES DE 1 ANO DE IDADE?

20. ____

1. sim 2. não [ir para a Q.21]

20a SE SIM, QUANTOS? _____

20a. ____

21. ALGUM DE SEUS FILHOS NASCEU ABAIXO DO PESO (ABAIXO DE 2,5 KG)?

21. ____

1. sim 2. não [ir para a Q.22]

21a QUANTOS? _____

21a. ____

22. VOCÊ USOU ÁLCOOL, CIGARROS OU OUTRAS SUBSTÂNCIAS DURANTE QUALQUER UMA DE SUAS GESRAÇÕES?

22. ____

1. sim 2. não [ir para a Q.23]

22a QUAIS? _____

22a. ____

ATENÇÃO ENTREVISTADORA:

Até aqui foram feitas perguntas sobre a entrevistada e sua situação socioeconômica. Agora as perguntas vão abordar aspectos ligados aos relacionamentos íntimos da entrevistada, seu parceiro atual ou mais recente e a saúde dela

23. ATUALMENTE VOCÊ ESTÁ CASADA OU TEM UM COMPANHEIRO(A)?

23. ____

1. atualmente casada
2. vivendo com um companheiro/ amigada
3. vivendo com uma companheira
4. tem um parceiro/namorado (mantendo relação sexual), mas não vive junto
5. tem parceira/namorada (mantendo relação sexual), mas não vive junto
6. tem um parceiro/ namorado, sem relação sexual
7. tem uma parceira/ namorada, sem relação sexual
8. não está casada, nem vivendo com alguém, nem namorando

Se a entrevistada respondeu SIM ao item 6, 7 ou 8 da Q. 11, perguntar Q.12.

Senão, vá para a Q. 13

24. SE VOCÊ FOI CASADA OU VIVEU COM ALGUÉM, QUANTAS VEZES? INCLUIR O ATUAL COMPANHEIRO(A)?

24. ____

Número de casamentos/ uniões _____

25. ____

25. INDEPENDENTE SE FOI CASADA OU VIVEU COM ALGUÉM, POR QUANTO TEMPO VOCÊ ESTEVE COM O (A) MAIS RECENTE COMPANHEIRO (A) COM QUEM TEVE RELAÇÕES SEXUAIS?

_____ anos _____ meses [] não lembra / não sabe

26. QUAL A IDADE DO(A) COMPANHEIRO(A): _____ anos [] não sabe

26. _____

Escolaridade do companheiro(a):

27. ELE (A) SABE LER E ESCREVER?

27. _____

1. sim 2. não 3. não sabe

28. ELE (A) JÁ FREQUENTOU A ESCOLA?

28. _____

1. sim 2. não [ir para Q. 30] 3. não sabe [ir para Q. 30]

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

Ensino Fundamental _____ano Ensino Médio _____ano
Ensino Superior _____ano Não sabe : 99 _____

29. _____

30. QUAL É A OCUPAÇÃO DO(A) COMPANHEIRO(A)? _____

30 a. _____

(resposta múltipla)

30 b. _____

1. Do lar
2. Doméstico(a) [cozinheiro(a), copeiro(a), faxineiro(a), jardineiro(a), etc]
3. Estudante
4. Trabalho regular e sistemático [trabalhador de empresa e/ou autônomo(a)]
5. Outro trabalhador esporádico
6. Desempregado(a)
7. Outros _____
9. Não sabe

31. QUAL É A COR DELE (A)?

31. _____

1. BRANCA
2. PRETA
3. AMARELA
4. PARDA
5. INDÍGENA

32. QUAL É A PRÁTICA RELIGIOSA DELE(A)?

32a. _____

1. Católica
2. Judaica
3. Muçulmana
4. Evangélica Histórica
5. Evangélica Pentecostal
6. Espírita kardecista
7. Umbanda
8. Candomblé
9. sem prática religiosa
10. Outras _____
99. não sabe

ATENÇÃO ENTREVISTADIRA:

As próximas 7 perguntas (Q. 33 a 37) só devem ser aplicadas para as mulheres sem companheiro atual, mas que tiveram companheiro anteriormente.

33. ESTE (A) EX-PARCEIRO (A), NA OCASIÃO EM QUE VOCÊS CONVIVIAM, ERA:

33. _____

1. [] NAMORADO
2. [] VIVIA JUNTO, MAS NÃO ERA CASADA
3. [] VIVIA JUNTO E ERA CASADA
4. [] NÃO QUER RESPONDER

34. ESTE (A) EX-PARCEIRO (A), NA OCASIÃO EM QUE VOCÊS CONVIVIAM, ERA:

34. _____

1. [] MAIS VELHO(A) QUE VOCÊ, MAIS DE DOIS ANOS
2. [] MAIS NOVO(A) QUE VOCÊ, MAIS DE DOIS ANOS
3. [] DA MESMA IDADE QUE VOCÊ (DIFERENÇA DE DOIS ANOS A MAIS OU A MENOS)
4. [] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

35. NA OCASIÃO EM QUE VOCÊS CONVIVIAM, ELE(A) TINHA:

35. _____

1. [] MAIS ESCOLARIDADE QUE VOCÊ
2. [] MENOS ESCOLARIDADE QUE VOCÊ
3. [] VOCÊS TINHAM O MESMO GRAU DE ESCOLARIDADE
4. [] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

36. QUAL ERA A COR DELE/A?

36. _____

1. [] BRANCA
2. [] PRETA
3. [] AMARELA
4. [] PARDA
5. [] INDÍGENA

37. QUAL ERA A PRÁTICA RELIGIOSA DELE(A)?

1. Católica
2. Judaica
3. Muçulmana
4. Evangélica Histórica
5. Evangélica Pentecostal
6. Espírita kardecista
7. Umbanda
8. Candomblé
9. sem prática religiosa
10. Outras _____
99. não sabe

37. ____

38. VOCÊ OU SEU PARCEIRO ATUAL OU MAIS RECENTE 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, amamentação...)
11. Não se aplica (na menopausa, sem parceiro sexual, histerectomizada, mulheres que fazem sexo com mulheres, infértil)

38a. ____

38b. ____

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

1. Sim
2. Não

39. ____

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

1. Sim
2. Não

40. ____

41. 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.

1. Sim
2. Não [ir para Q. 40]
3. Não sabe [ir para Q. 40]

41. ____

42. QUAL O MOTIVO DA REALIZAÇÃO DO TESTE?

1. iniciativa própria
2. orientada por profissional de saúde
3. orientada por outro profissional
4. o parceiro adoeceu
5. foi pedido no Pré-Natal
6. outros: _____

42. ____

43. 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	43a. ____
b) TEM FALTA DE APETITE?.....	1	2	43b. ____
c) DORME MAL?.....	1	2	43c. ____
d) ASSUSTA-SE COM FACILIDADE?.....	1	2	43d. ____
e) TEM TREMORES NAS MÃOS?.....	1	2	43e. ____
f) SENTE-SE NERVOSA, TENSA, PREOCUPADA?.....	1	2	43f. ____
g) TEM MÁ DIGESTÃO?.....	1	2	43g. ____
h) TEM DIFICULDADE EM PENSAR COM CLAREZA?.....	1	2	43h. ____
i) TEM SE SENTIDO TRISTE ULTIMAMENTE?.....	1	2	43i. ____
j) TEM CHORADO MAIS QUE DE COSTUME?.....	1	2	43j. ____
k) ENCONTRA DIFICULDADES EM REALIZAR COM SAFISTAÇÃO SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS?.....	1	2	43k. ____
l) TEM DIFICULDADE PARA TOMAR DECISÕES?.....	1	2	43l. ____
m) TEM DIFICULDADES NO SERVIÇO? (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?.....	1	2	43m. ____
n) É INCAPAZ DE DESEMPENHAR UM PAPEL ÚTIL EM SUA VIDA?....	1	2	43n. ____
o) TEM PERDIDO O INTERESSE PELAS COISAS?.....	1	2	43o. ____
p) VOCÊ SE SENTE UMA PESSOA INÚTIL, SEM PRÉSTIMO?.....	1	2	43p. ____
q) TEM TIDO A IDÉIA DE ACABAR COM A VIDA?	1	2	43q. ____
r) SENTE-SE CANSADA O TEMPO TODO?.....	1	2	43r. ____
s) TEM SENSações DESAGRADÁVEIS NO ESTÔMAGO?	1	2	43s. ____
t) VOCÊ SE CANSa COM FACILIDADE?.....	1	2	43t. ____

44. NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, VOCÊ TEVE:

NÃO

	SIM		
a) TONTURAS	1	2	44a. _____
b) CORRIMENTO VAGINAL	1	2	44b. _____
c) FERIDA VAGINAL	1	2	44c. _____
d) VERRUGA VAGINAL	1	2	44d. _____
e) DOR NA RELAÇÃO SEXUAL	1	2	44e. _____
f) DOR EM BAIXO VENTRE	1	2	44f. _____
g) INFECÇÃO URINÁRIA/ CISTITE/DOR OU ARDOR AO URINAR	1	2	44g. _____

45a. ATÉ AGORA FALAMOS SOBRE PROBLEMAS QUE PODEM TER INCOMODADO VOCÊ NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS. AGORA, GOSTARIA DE LHE PERGUNTAR SE EM ALGUM MOMENTO DE SUA VIDA VOCÊ JÁ PENSOU EM SE MATAR? 45a _____

1. Sim 2. Não

45b. _____

45b. VOCÊ JÁ TENTOU SE MATAR?

1. Sim 2. Não

45c. VOCÊ TEM DORES FREQUENTEMENTE ? 45c. _____

1. Sim 2. Não (ir para a Q.48)

46. EM QUE LUGARES DO CORPO? (resposta múltipla)

	SIM	NÃO	
a. cabeça/ pescoço	1	2	46a. _____
b. membros superiores	1	2	46b. _____
c. membros inferiores	1	2	46c. _____
d. costas	1	2	46d. _____
e. peito	1	2	46e. _____
f. estômago	1	2	46f. _____
g. baixo ventre	1	2	46g. _____
h. corpo todo	1	2	46h. _____
i. ânus	1	2	46i. _____
j. outros	1	2	46j. _____

47. HÁ QUANTO TEMPO ISSO ACONTECE? _____ meses 47. _____
 999. não sabe

48. QUAL O MOTIVO DE SUA VINDA AO SERVIÇO? _____ 48. _____

49A. NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, VOCÊ TOMOU REMÉDIOS PARA:

	não	1 ou 2 vezes por mês	1 a 2 vezes por semana	Todos os dias/ quase todos os dias	Com receita médica
1. AJUDÁ-LA A FICAR MAIS CALMA OU DORMIR?	1	2	3	4	5
2. ALIVIAR AS DORES?	1	2	3	4	5
3. AJUDÁ-LA A NÃO SE SENTIR TRISTE E DEPRIMIDA?	1	2	3	4	5
4. EMAGRECER?	1	2	3	4	5

49b. QUAIS?

- A) _____
 B) _____
 C) _____
 D) _____

ATENÇÃO ENTREVISTADORA:

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

Se não a entrevistada não se encaixa em nenhum desses casos, vá para a Questão 67

50. Quero que você me diga se seu atual ou mais recente marido/companheiro(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

51. _____

51. EM ALGUMA DESSAS OCASIÕES VOCÊ ESTAVA GRÁVIDA?

- 1.
-
- Sim 2.
-
- Não

52. OCORREU DE SEU COMPANHEIRO(A)/ PARCEIRO(A) / MARIDO (A), NO MOMENTO DOS EPISÓDIOS ACIMA, ESTAR ALCOOLIZADO (A) OU SOB EFEITO DE OUTRAS DROGAS?

52. _____

1. [] Sim, em um episódio
2. [] Sim, alguns episódios.
3. [] Sim, todos os episódios
4. [] Nunca [ir para Q. 54]
9. [] Não quis ou não sabe informar [ir para Q. 54]

53. QUAIS DROGAS? (múltipla escolha)

	SIM	NÃO	Não sabe
a) Alcool	1	2	3
b) Inalantes (cola, lança perfume etc.)	1	2	3
c) Maconha	1	2	3
d) Crack	1	2	3
e) Cocaína aspirada	1	2	3
f) Cocaína injetável	1	2	3
g) Outras drogas. Quais? _____	1	2	3
h) Não sabe	1	2	3

53a. _____

53b. _____

53c. _____

53d. _____

53e. _____

53f. _____

53g. _____

53h. _____

54. ALGUM DOS ATOS MENCIONADOS ACIMA ACONTECEU COM ALGUM OUTRO COMPANHEIRO (A) / PARCEIRO (A)?

54. _____

1. [] Sim 2. [] Não [ir para Q. 55]

54a. COM QUE FREQUÊNCIA?

54a. _____

1. [] uma vez 2. [] poucas vezes 3. [] muitas vezes

55. Alguma vez, o seu atual ou mais recente marido/companheiro (a) 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) 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

56. EM ALGUMA DESSAS OCASIÕES VOCÊ ESTAVA GRÁVIDA?

1. Sim 2. Não

56. _____

57. OCORREU DE SEU COMPANHEIRO(A)/ PARCEIRO(A) / MARIDO (A), NO MOMENTO DOS EPISÓDIOS ACIMA, ESTAR ALCOOLIZADO (A) OU SOB EFEITO DE OUTRAS DROGAS?

1. Sim, em um episódio
 2. Sim, alguns episódios.
 3. Sim, todos os episódios
 4. Nunca [ir para Q. 59]
 9. Não quis ou não sabe informar [ir para Q. 59]

57. _____

58. QUAIS DROGAS? (múltipla escolha)

	SIM	NÃO	Não sabe
a) Alcool	1	2	3
b) Inalantes (cola, lança perfume etc.)	1	2	3
c) Maconha	1	2	3
d) Crack	1	2	3
e) Cocaína aspirada	1	2	3
f) Cocaína injetável	1	2	3
g) Outras drogas. Quais? _____	1	2	3
h) Não sabe	1	2	3

58a. _____

58b. _____

58c. _____

58d. _____

58e. _____

58f. _____

58g. _____

58h. _____

59. ALGUM DOS ATOS MENCIONADOS ACIMA ACONTECEU COM ALGUM OUTRO COMPANHEIRO (A) / PARCEIRO (A)?

1. Sim 2. Não [ir para Q. 60]

59. _____

59a. COM QUE FREQUÊNCIA?

1. uma vez 2. poucas vezes 3. muitas vezes

59a. _____

60. Alguma vez, o seu atual ou mais recente marido/companheiro (a) 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) 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

61. EM ALGUMA DESSAS OCASIÕES VOCÊ ESTAVA GRÁVIDA?

1. Sim 2. Não

61. _____

62. OCORREU DE SEU COMPANHEIRO(A)/ PARCEIRO(A) / MARIDO (A), NO MOMENTO DOS EPISÓDIOS ACIMA, ESTAR ALCOOLIZADO (A) OU SOB EFEITO DE OUTRAS DROGAS?

62. _____

1. Sim, em um episódio
 2. Sim, alguns episódios.
 3. Sim, todos os episódios
 4. Nunca [ir para Q. 64]
 9. Não quis ou não sabe informar [ir para Q. 64]

63. QUAIS DROGAS? (múltipla escolha)

	SIM	NÃO	Não sabe	
a) Alcool	1	2	3	63a. _____
b) Inalantes (cola, lança perfume etc.)	1	2	3	63b. _____
c) Maconha	1	2	3	63c. _____
d) Crack	1	2	3	63d. _____
e) Cocaína aspirada	1	2	3	63e. _____
f) Cocaína injetável	1	2	3	63f. _____
g) Outras drogas. Quais? _____	1	2	3	63g. _____
h) Não sabe	1	2	3	63h. _____

64. ALGUM DOS ATOS MENCIONADOS ACIMA ACONTECEU COM ALGUM OUTRO COMPANHEIRO (A) / PARCEIRO (A)?

64. _____

1. Sim 2. Não [ir para Q. 65]

64a. COM QUE FREQUÊNCIA?

64a. _____

1. uma vez 2. poucas vezes 3. muitas vezes

As perguntas 65 e 66 devem ser feitas para as mulheres que responderam SIM a qualquer das alternativas das perguntas 50, 55 e 60 (sobre atos de agressão pelo(a)s parceiro(a)s atual ou mais recente)

65a. QUANTO TEMPO DEPOIS DO INÍCIO DO RELACIONAMENTO COM ESTE PARCEIRO COMEÇARAM OS ATOS VOCÊ DESCREVEU? ____ [meses]

65a. _____

65b. NESSA ÉPOCA, VOCÊ JÁ TINHA FILHOS COM ELE?

65b. _____

- Sim. [responder 52c] 2. Não

65c. QUANTOS? _____

65c. _____

66a. ALGUMA DESTAS VEZES VOCÊ PROCUROU AJUDA?

66a. _____

- Sim. [responder 53b] 2. Não

66b. De quem? _____

66b. _____

ATENÇÃO ENTREVISTADORA:

As próximas questões dizem respeito aos agressores(as) diversos(as), que não sejam parceiros(as) ou namorados(as) da entrevistada.

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

1. sim 2. não [ir para Q. 71] 3. não quis responder [ir para Q. 71]

68. QUEM?

69. QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA? (resposta múltipla)

70. QUANTAS VEZES ISSO ACONTECEU? 71. ESTAVA GRÁVIDA, EM PELO MENOS 1 DESTAS VEZES?

	69. QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA? (resposta múltipla)			70. QUANTAS VEZES ISSO ACONTECEU?			71. ESTAVA GRÁVIDA, EM PELO MENOS 1 DESTAS VEZES?	
	Antes dos 12	12-18	19 e+	Uma	Poucas	Muitas	Sim	Não
a. filho/ filha	1	2	3	1	2	3	1	2
b. mãe/mãe adotiva	1	2	3	1	2	3	1	2
c. pai/pai adotivo	1	2	3	1	2	3	1	2
d. irmão/ irmã	1	2	3	1	2	3	1	2
e. outros familiares	1	2	3	1	2	3	1	2
f. namorado(a) sem relação sexual	1	2	3	1	2	3	1	2
g. vizinho/ vizinha	1	2	3	1	2	3	1	2
h. amigo ou conhecido/ amiga ou conhecida	1	2	3	1	2	3	1	2
i. patrão / chefe masculino	1	2	3	1	2	3	1	2
j. patroa / chefe feminina	1	2	3	1	2	3	1	2
k. cliente de profissional do sexo	1	2	3	1	2	3	1	2
l. estranho/a identificável	1	2	3	1	2	3	1	2
m. estranho/a não identificável	1	2	3	1	2	3	1	2
n. outros _____	1	2	3	1	2	3	1	2

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

72. _____

1. sim 2. não [ir para Q. 77] 3. não quis responder [ir para Q. 77]

73. QUEM?	74. QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA? 75. QUANTAS VEZES ISSO ACONTECEU?						76. ESTAVA GRÁVIDA, EM PELO MENOS 1 DESTAS VEZES?	
	(resposta múltipla)			ACONTECEU?			Sim	Não
	Antes dos 12	12-18	19 ou +	Uma	Poucas	Muitas		
a. filho/ filha	1	2	3	1	2	3	1	2
b. mãe/ mãe adotiva	1	2	3	1	2	3	1	2
c. pai/ pai adotivo	1	2	3	1	2	3	1	2
d. irmão/ irmã	1	2	3	1	2	3	1	2
e. outros familiares	1	2	3	1	2	3	1	2
f. namorado(a) (sem relação sexual)	1	2	3	1	2	3	1	2
g. vizinho/ vizinha	1	2	3	1	2	3	1	2
h. amigo/a ou conhecido/a	1	2	3	1	2	3	1	2
i. patrão / chefe masculino	1	2	3	1	2	3	1	2
j. patroa / chefe feminina	1	2	3	1	2	3	1	2
k. cliente de profissional do sexo	1	2	3	1	2	3	1	2
l. estranho/a identificável	1	2	3	1	2	3	1	2
m. estranho/a não identificável	1	2	3	1	2	3	1	2
n. outros _____	1	2	3	1	2	3	1	2

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

77. _____

1. Sim
2. Não [ir para Q.82]
3. não quis responder [ir para Q.82]

78. QUEM?	79. QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA? 80. QUANTAS VEZES ISSO ACONTECEU?						81. ESTAVA GRÁVIDA, EM PELO MENOS 1 DESTAS VEZES?	
	(resposta múltipla)			ACONTECEU?			Sim	Não
	Antes dos 12	12-18	19 ou +	Uma	Poucas	Muitas		
a. filho/ filha	1	2	3	1	2	3	1	2
b. mãe/ mãe adotiva	1	2	3	1	2	3	1	2
c. pai/ pai adotivo	1	2	3	1	2	3	1	2
d. irmão/ irmã	1	2	3	1	2	3	1	2
e. outros familiares	1	2	3	1	2	3	1	2
f. namorado(a) (sem relação sexual)	1	2	3	1	2	3	1	2
g. vizinho/ vizinha	1	2	3	1	2	3	1	2
h. amigo/a ou conhecido/a	1	2	3	1	2	3	1	2
i. patrão / chefe masculino	1	2	3	1	2	3	1	2
j. patroa / chefe feminina	1	2	3	1	2	3	1	2
k. cliente de profissional do sexo	1	2	3	1	2	3	1	2
l. estranho/a identificável	1	2	3	1	2	3	1	2
m. estranho/a não identificável	1	2	3	1	2	3	1	2
n. outros _____	1	2	3	1	2	3	1	2

82. ANTES DOS SEUS 15 ANOS, VOCÊ SE LEMBRA SE ALGUÉM TOCOU EM VOCÊ SEXUALMENTE, OBRIGOU A UMA ATIVIDADE SEXUAL QUE VOCÊ NÃO QUERIA?

1. Sim
2. Não [leia o próximo quadro "Atenção Entrevistadora"]
3. Não quis responder [leia o próximo quadro "Atenção Entrevistadora"]

83. QUEM?	84. QUANTAS VEZES ISSO ACONTECEU?		
	Uma	Poucas	Muitas
a) mãe/mãe adotiva	1	2	3
b) pai/pai adotivo	1	2	3
c) irmão/ irmã	1	2	3
d) outros familiares	1	2	3
e) namorado(a) (sem relação sexual)	1	2	3
f) vizinho/ vizinha	1	2	3
g) amigo ou conhecido/ amiga ou conhecida	1	2	3
h) estranho/ estranha identificável	1	2	3
i) estranho/ estranha não identificável	1	2	3
j) outros _____	1	2	3

ATENÇÃO ENTREVISTADORA

Esta seção deve ser aplicada às mulheres que tenham respondido SIM para violência física, violência psicológica ou violência sexual, seja por parceiro (a) atual, anterior ou qualquer outra pessoa. Se não houve relato de agressão por parte da entrevistada, ir para a Q.89

85a. OCORREU DE VOCÊ AUMENTAR OU INICIAR O CONSUMO DE ÁLCOOL OU OUTRAS SUBSTÂNCIAS APÓS VIVENCIAR ALGUMAS DESSAS SITUAÇÕES QUE VOCÊ RELATOU? **85a.** _____

1. Sim
2. Não

85b. QUAIS? _____ **85b.** _____

86a. OCORREU DE VOCÊ EM ALGUMAS DESSAS SITUAÇÕES RELATADAS ESTAR ALCOOLIZADA OU TER USADO ALGUMA OUTRA SUBSTÂNCIA? **86a.** _____

1. Sim
2. Não

86b. QUAIS? _____ **86b.** _____

87. DURANTE AS VEZES EM QUE VOCÊ FOI AGREDIDA, VOCÊ ALGUMA VEZ REVIDOU FISICAMENTE OU REAGIU PARA SE DEFENDER? SE SIM, COM QUE FREQUÊNCIA **87.** _____

- 1 [] Nunca
2 [] 1 ou 2 vezes
3 [] Algumas vezes
4 [] Muitas vezes / o tempo todo

88. VOCÊ ACHA QUE A SUA VINDA AO SERVIÇO TEM RELAÇÃO COM OS EPISÓDIOS DE AGRESSÃO QUE VOCÊ RELATOU? **88.** _____

1. Sim
2. Não
9. Não sei

89. NA SUA VIDA, VOCÊ JÁ AGREDIU ALGUÉM? **89.** _____

1. [] sim
2. [] não [ir para Q. 98]

890. QUEM? (resposta múltipla) **90a.** _____

- [] Marido ou namorado/companheira ou namorado/a
[] Filho/filha
[] Ex-marido ou ex-namorado / ex-companheira ou ex-namorada
[] mãe/mãe adotiva
[] pai/pai adotivo
[] irmão/ irmã
[] outros familiares do sexo masculino
[] outros familiares do sexo feminino
[] Vizinho/ vizinha
[] amigo ou conhecido/ amiga ou conhecida
[] estranho/ estranha identificável
[] estranho/ estranha não identificável

90b. _____

91a. NESSA OCASIÃO VOCÊ ESTAVA SOBRE EFEITO DE ÁLCOOL OU DE ALGUMA OUTRA SUBSTÂNCIA? **91a.** _____

1. [] sim 2. [] não

91b. QUAIS? _____ **91b.** _____

92. COMO VOCÊ SE SENTIU APÓS A ENTREVISTA? **92.** _____

1. [] BEM/MELHOR
2. [] MAL / PIOR
3. [] INDIFERENTE / NÃO SEI

93. VOCÊ GOSTARIA QUE PREGUNTASSEM TODAS AS VEZES A VOCÊ, ASSIM COMO A TODAS AS USUÁRIAS DESTE SERVIÇO DE SAÚDE, SOBRE AGRESSÕES, MAUS TRATOS, VIOLÊNCIA FÍSICA OU SEXUAL? **93.** _____

1. [] gostaria. Por quê? _____
2. [] não gostaria. Por quê? _____
3. [] indiferente / não sei. Por quê? _____

94. ENTREVISTADORA: _____ **98.** _____

OBSERVAÇÕES DA ENTREVISTADORA:

Anexo Ca - Referências utilizadas para a elaboração do instrumento de pesquisa

Tópico	Dimensões investigadas	Referências
Perfil sócio-econômico	Idade	CNPq, 1996
	Escolaridade	Schraiber et al., 2001
	Cor	IBGE
	Prática religiosa	Couto, 2000
	Tipo de moradia	Schraiber et al., 2001; Schraiber et al., 2003
	Posse de bens de consumo duráveis	Abipeme, 2001; Schraiber et al., 2001
	Ocupação	Krug et al., 2002
Relacionamentos íntimos	Situação afetivo-conjugal	
	Término de relacionamento íntimo	Schraiber, 2002
	Número de casamentos e/ou uniões	Schraiber, 2002
	Duração do relacionamento atual ou mais recente	
Perfil sócio-econômico do companheiro atual ou mais recente	Idade	CNPq, 1996
	Escolaridade	Schraiber et al., 2003
	Ocupação	Schraiber et al., 2001
	Cor	IBGE
	Prática religiosa	Couto, 2000
Uso de cigarro, álcool e/ou outras drogas pelo companheiro atual ou mais recente e pela Entrevistada	Uso de substância	Schraiber et al., 2002
	Tempo de uso	Barbor et al., 1992
	Frequência de uso	
	Problemas relacionados ao uso	
Vínculo familiar da entrevistada	Motivo de saída da casa em que foi criada	Schraiber et al., 2002
	Idade com que saiu da casa em que foi criada	Schraiber et al., 2000
Histórico sexual e reprodutivo	Idade da primeira relação sexual	Schraiber et al., 2001
	Número de vezes que engravidou	Schraiber et al., 2001
	Número de crianças nascidas vivas	Schraiber et al., 2002
	Histórico de abortamentos	Macro internacional, 1998
	Número de crianças natimortas	Graham et al., 1995
	Número de filhos nascidas com baixo peso	Schraiber et al., 2002
	Uso de cigarro, álcool, outras drogas na gravidez	Schraiber et al., 2002
	Uso de contraceptivos	
	Uso de condom para prevenção de DST	
Realização de sorologia para HIV		
	Motivo de realização da sorologia	
Transtorno mental comum	SRQ-20	Harding, 1980; Mari e Williams, 1986
Sintomas associados à violência	Teste para a verificação de presença de sintomas associados à violência	AMA, 1992
	Presença de dores crônicas	Holtz, 1996; Heise et al., 1994'
	Localização das dores	MacGrath et al., 1998
	Duração das dores	Hathaway et al., 2000
Uso de medicamentos	Verificação do uso	Schraiber et al., 2002
	Frequência de uso	
Experiência de violência perpetrada por parceiro íntimo atual ou mais recente	Frequência no último ano e antes do último ano:	Schraiber et al., 2002
	Insulto, humilhação, ameaça de agressão	
	Tapas, empurrões, socos, surras, estrangulamento, ameaça ou uso de armas	
	Sexo forçado, por ameaça ou degradante	
	Se isto ocorreu durante a gravidez	
Características do parceiro agressor e do relacionamento da entrevistada com ele	Tempo de relação quando começaram as agressões	Schraiber et al., 2002
	Presença de filhos	
	Número de filhos	
	Busca de ajuda	

Anexo Cb - Referências utilizadas para a elaboração do instrumento de pesquisa

Tópico	Dimensões investigadas	Referências
Experiência de violência perpetrada por parceiros anteriores ao atual ou mais recente	Frequência no último ano e antes do último ano: Insulto, humilhação, ameaça de agressão Tapas, empurrões, socos, surras, estrangulamento, ameaça ou uso de armas Sexo forçado, por ameaça ou degradante Se isto ocorreu durante a gravidez Quantos companheiros praticaram violência contra a entrevistada Busca de ajuda Características do parceiro agressor mais recente (idade, escolaridade, cor)	Schraiber et al., 2002
Experiência de violência perpetrada por outras pessoas (sem parceria afetivo-sexual) depois dos 12 anos	Insulto, humilhação, ameaça de agressão Tapas, empurrões, socos, surras, estrangulamento, ameaça ou uso de armas Autor dos atos de agressão Idade da entrevistada à época da agressão Frequência dos episódios Se ocorreu durante a gravidez Se ocorreu no último ano	Schraiber et al., 2001
Experiência de violência sexual (sem parceria afetivo-sexual) antes dos 15 anos	Sexo forçado e indesejado Autor da agressão Frequência dos episódios	Schraiber et al., 2001 Schraiber et al., 2002
Uso de álcool e/ou outras drogas e violência	Verificação do uso de álcool e/ou outras drogas por um ou mais agressores Descrição das substâncias Início do consumo de substâncias pela entrevistada motivado pela violência sofrida Verificação do uso de substâncias pela entrevistada em momento anterior à violência sofrida	
Agressão perpetrada pela entrevistada	Se agrediu alguém em sua vida A quem dirigiu a agressão Uso de substâncias antes da agressão Revide à agressão sofrida por parceiro Agressão ao parceiro quando não agredida por ele	Schraiber et al., 2002
Uso dos serviços de saúde	Motivo de ida ao serviço Relação da ida aos serviços com a violência	Schraiber et al., 2003
Sentimento em relação à entrevista	Avaliação dos sentimentos da entrevistada após responder ao questionário	Schraiber et al., 2003
Screening	Sentimento em relação à possibilidade de introduzir procedimentos de screening de violência nos serviços de saúde	Schraiber et al., 2003

Anexo D - Autorização de uso do banco de dados



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Departamento de Medicina Preventiva

Ilma. Sra.
Yara Gomes
Coordenadora do Mestrado em Saúde Pública
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Prezada Senhora,

Na qualidade de coordenadora da pesquisa *Violência contra a mulher e saúde entre usuárias do SUS em duas capitais – São Paulo e Recife*, com apoio do CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo n. 506705/2004-8), venho autorizar o uso do banco de dados, pela mestranda **Ana Paula Portella**, do material coletado nos serviços de atenção primária em Recife – PE em 2005 e 2006, tendo em vista que a pesquisadora utilizará estes dados como base para sua dissertação.

Cordialmente,

São Paulo, 15 de janeiro de 2007.

Prof.ª Dr.ª Lilia Blima Schraiber
Professor Associado
Departamento de Medicina Preventiva
Faculdade de Medicina da USP

Anexo E - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

HC HOSPITAL DAS CLÍNICAS
 HOSPITAL DAS CLÍNICAS
 DE SÃO PAULO
 HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE SÃO PAULO

APROVAÇÃO

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

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

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

CAPPesq, 27 de Janeiro de 2005.


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

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e da FMUSP
 Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
 Rua Ulisses Peres de Campos, 395 - SP - Brasil - CEP 05403-000 - São Paulo - SP
 Fone: (55) - 0800-9432 Fax: (55) - 0800-9492 e-mail: comissaoetica@hcfm.usp.br / comissaoetica@fcm.usp.br

Anexo F - Termo de Consentimento Informado**CONSENTIMENTO INFORMADO**

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

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

Recife, de de 2005

Assinatura Entrevistada

Recebimento: _____

Assinatura Pesquisadora

Obs.: Se você tiver dúvidas sobre essa pesquisa sinta-se à vontade para perguntar agora ou à coordenação (**Ana Paula Portella**, tel.: 3445 20 86)

Anexo G - Folheto com endereços úteis para mulheres em situação de violência

<p>Centro de Referência Clarice Lispector Plantão 24 horas Rua Bernardo Guimarães, 470 Boa Vista - Recife - PE 0800-2810107</p> <p>Emergência Policial: 197</p> <p>SAMU: 192</p> <p>Disque-Denúncia: 3421-9595</p> <p><i>Tenha sempre à mão um documento de identidade, seu e de seus filhos.</i></p>	<p>Coordenação: Lilia Blima Schraiber e Ana Flávia P. L. d'Oliveira (FMUSP/DMP/Saúde, Gênero e Violência) Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar, sala 2241, Cerqueira César 01246-903 São Paulo SP (11) 3066 70 94 e-mail: vawbr@usp.br</p> <p>Coordenação Local: Ana Paula Portella SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia Rua Real da Torre, 593, Madalena 50610-000 Recife PE (81) 3445 20 86 e-mail: sos@soscorpo.org.br</p> <p>Criação/artefinal: Ricardo Góes</p>	<p>Guia de Serviços Saúde, Gênero e Violência</p>  <p>FMUSP/DMP e SOS Corpo Recife - PE 2005</p>
<p>Plantão da Mulher 1ª. Delegacia Especializada da Mulher Plantão 24 horas Rua do Pombal, s/nº, Santo Amaro - Recife-PE. 3222-2622 / 3301-1387 Contato: Delegada Verônica</p> <p>Centro Integrado de Saúde Amaury Medeiros – CISAM (Maternidade da Encruzilhada) Plantão 24 horas Rua Visconde de Mamanguape, s/no. - Encruzilhada (81) 3427-3700 34279311 cisam@cisamupe.com.br</p>	<p><i>Conhecer, respeitar e promover os direitos humanos é responsabilidade de todos, homens e mulheres.</i></p> <p><i>Se você se sente humilhada, maltratada, ou se sofre agressão física de qualquer espécie – tapas, empurrões, beliscões, puxões de cabelo – procure ajuda.</i></p> <p><i>Este problema não é só seu e o silêncio não vai protegê-la. Você pode e merece ser atendida! Este guia pode ajudá-la a chegar até nós. Tenha-o sempre à mão. Uma vida sem violência é um direito de todos.</i></p>	<p>Núcleos de Assistência Judiciária da PCR Bairro do Recife Prefeitura do Recife Av. Cais do Apolo, 925, B. do Recife - Térreo - CEP 50030-230 (81) 3232 8138/3232-8415 Resp.: Juliana César Cel. 8856 6445</p>

Anexo H – Variáveis do estudo

Variáveis Sócio-Demográficas

Idade: Contínua; **Faixa etária** (15 a 19; 20 a 24; 25 a 29; 30 a 34; 35 a 39; 40 a 44; 45 a 49 anos); **Desde quando vive em Recife** (Desde que nasceu ou chegou até 18 anos; chegou com mais de 18 anos); **Grau de Instrução** (Nenhum, 1ª a 4ª série do ensino fundamental; 5ª a 8ª série do ensino fundamental; nível médio ou superior); **Raça/cor da pele** (branca; preta; parda; amarela; indígena); **Prática religiosa** (Católica; pentecostal; evangélica histórica, kardecista, afro-brasileira; outras, sem prática religiosa); **Moradia** (Casa ou apartamento; baraco, favela ou palafita; quintal comum ou cortiço; mora no emprego ou outras); **Ocupação** (Dona de casa; trabalho regular e sistemático; estudante; empregada doméstica; desempregada; outro trabalho esporádico; outras); **Nível sócio-econômico** (Níveis B, C, D e E); **Razões de saída da casa em que foi criada** (Para casar; para viver só, trabalhar ou estudar; por violência doméstica ou uso de álcool/drogas; outras razões; ainda vive na casa em que foi criada); **Situação conjugal** (Unida; namorando; sem parceiro atual, casada, relaciona-se com mulheres); **Número de uniões ou casamentos** (Nenhuma; uma; duas ou mais); **Duração da união, casamento ou namoro atual ou mais recente:** Contínua; **Diferença de idade entre ela e parceiro** (Mais jovem; mesma idade; mais velho); **Diferença de escolaridade entre ela e parceiro** (Menor escolaridade; mesma escolaridade; maior escolaridade que ela); **Ocupação do companheiro atual** (Dono de casa; empregado doméstico; estudante; trabalho regular e sistemático; outro trabalho esporádico; desempregado; outras); **Bairro de localização da unidade de saúde** (Macaxeira, Imbiribeira, Água Fria, Pina, Alto José Bonifácio, Torre, Linha do Tiro, Iputinga, Afogados, Coelhos, Dois Unidos, Santo Amaro, San Martin).

Características da vida sexual e reprodutiva

Já teve relações sexuais (Não, sim); **Idade da primeira relação sexual:** Contínua; **Uso de contracepção** (Usa métodos modernos reversíveis; esterilizada; usa métodos naturais; está na menopausa ou histerectomizada; está grávida; não usa métodos); **Já usou preservativos para prevenir DST** (sim; não); **Companheiro já recusou o uso de preservativo** (Não; sim); **Já fez o teste anti-HIV** (Não; sim); **Motivo de testagem para HIV** (Iniciativa própria;

orientada por profissional de saúde; pré-natal; outros motivos); **Já engravidou** (Não; sim); **Já teve quantos filhos nascidos vivos** (Nenhum; 1 a 2; 3 a 5; 6 ou mais); **Já teve abortos** (Não; sim); **Já teve aborto provocado** (Não; sim); **Já teve aborto espontâneo** (Não; sim); **Já teve filhos natimortos** (Não; sim); **Já teve filhos mortos antes de um ano de idade** (Não; sim); **Já teve filhos nascidos com baixo peso** (Não; sim); **Usou álcool e/ou outras drogas na gravidez** (Não; cigarro; álcool; cigarro e álcool; outras drogas).

Características de Saúde

Presença de transtorno mental comum (Não; sim); **Já pensou em se matar** (Não; sim); **Já tentou se matar** (Não; sim); **Presença de dores no mês anterior à entrevista** (Não; sim); **Dor de cabeça ou no pescoço** (Não; sim); **Dor nos membros superiores** (Não; sim); **Dor nos membros inferiores** (Não; sim); **Dor nas costas** (Não; sim); **Dor no peito** (Não; sim); **Dor de estômago** (Não; sim); **Dor no baixo ventre** (Não; sim); **Dor no corpo inteiro** (Não; sim); **Dor em outros lugares do corpo** (Não; sim); **Há quanto tempo sente dores** (Há menos de um ano; há mais de um ano); **Sentiu tonturas no mês anterior à entrevista** (Não; sim); **Teve corrimento vaginal no mês anterior à entrevista** (Não; sim); **Teve ferida vaginal no mês anterior à entrevista** (Não; sim); **Teve verruga vaginal no mês anterior à entrevista** (Não; sim); **Sentiu dor na relação sexual no mês anterior à entrevista** (Não; sim); **Sentiu dor no baixo ventre no mês anterior à entrevista** (Não; sim); **Teve infecção urinária/cistite/dor/ardor ao urinar no mês anterior à entrevista** (Não; sim); **Usou medicamento para dormir no mês anterior à entrevista** (Não; sim); **Usou analgésicos no mês anterior à entrevista** (Não; sim); **Usou tranquilizantes no mês anterior à entrevista** (Não; sim); **Usou emagrecedores no mês anterior à entrevista** (Não; sim); **Razão de vinda ao serviço no dia da entrevista** (Pré-natal; problemas de saúde reprodutiva ou sexual; dores diversas; problemas dermatológicos; hipertensão, diabetes, problemas cardíacos; mal-estar, queixas difusas; problemas psicológicos; realizar ou buscar exames; outras); **Vinda ao serviço se relaciona com violência** (Não; sim); **Gostaria de ser perguntada sobre violência nos serviços** (Não; sim).

Experiências de violência

Violência psicológica cometida por parceiro alguma vez na vida (Não; sim); Violência física cometida por parceiro alguma vez na vida (Não; sim); Violência sexual cometida por parceiro alguma vez na vida (Não; sim); Violência física e/ou sexual cometida por parceiro alguma vez na vida (Não; sim); Qualquer tipo de violência cometida por parceiro alguma vez na vida (Não; sim); Violência física cometida por outras pessoas alguma vez na vida (Não; sim); Violência psicológica cometida por parceiro no último ano (Não; sim); Violência física cometida por parceiro no último ano (Não; sim); Violência sexual cometida por parceiro no último ano (Não; sim); Violência física ou sexual cometida por parceiro no último ano (Não; sim); Qualquer tipo de violência cometida por parceiro no último ano (Não; sim); Frequência de violência psicológica cometida por parceiro no último ano (Episódica-uma ou poucas vezes; recorrente-muitas vezes); Frequência de violência física cometida por parceiro no último ano (Episódica-uma ou poucas vezes; recorrente-muitas vezes); Frequência de violência sexual cometida por parceiro no último ano (Episódica-uma ou poucas vezes; recorrente-muitas vezes); Frequência de violência física ou sexual cometida por parceiro no último ano (Episódica-uma ou poucas vezes; recorrente-muitas vezes); Frequência de qualquer tipo de violência cometida por parceiro no último ano (Episódica-uma ou poucas vezes; recorrente-muitas vezes); Frequência de violência física cometida por parceiro alguma vez na vida (Nunca sofreu violência; episódica-uma ou poucas vezes; recorrente-muitas vezes).