

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – DEPTº. DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA INTEGRADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Ana Carolina da Costa Azevêdo

**A violência cometida pelo parceiro íntimo e outros fatores associados
à gravidez não-pretendida**

**Recife
2008**

ANA CAROLINA DA COSTA AZEVÊDO

**A violência cometida pelo parceiro íntimo e outros fatores associados
à gravidez não-pretendida**

Dissertação apresentada ao Programa Integrado de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFPE, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva - Área de Concentração: Epidemiologia.

Orientadora: Prof^a. Dra. Thália Velho Barreto de Araújo.

**Recife
2008**

Azevêdo, Ana Carolina da Costa
A violência cometida pelo parceiro íntimo e outros fatores
associados à gravidez não-pretendida / Ana Carolina da
Costa Azevêdo. – Recife: O Autor, 2008.

102 folhas: il., fig., tab.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de
Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2008.

Inclui bibliografia e anexos.

**1. VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO. 2. GRAVIDEZ NÃO
PRETENTIDA. I. TÍTULO.**

614
614

CDU (2.ed.)
CDD (22.ed.)

UFPE
CCS2008-123



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E
PÓS-GRADUAÇÃO



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A)
MESTRAND(O)A

ANA CAROLINA COSTA AZEVEDO

No dia 26 de junho de 2008, às 14:30 horas, no auditório do Núcleo de Saúde Pública – NUSP/ Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, os professores: Thália Velho Barreto de Araújo (DO – Departamento de Medicina Social da UFPE - Orientador) – Membro Interno, Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino (DO – Instituto de Saúde Coletiva da UFBA) – Membro Externo e Ana Bernarda Ludermir (DO – Departamento de Medicina Social da UFPE) – Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o(a) mestrando(a) Ana Carolina Costa Azevêdo, sobre a sua Dissertação intitulada: **"A violência cometida pelo parceiro íntimo e outros fatores associados à gravidez não pretendida"**. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Prof^a. Dr^a. Thália Velho Barreto de Araújo APROVADA

Prof^a. Dr^a. Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino APROVADA

Prof^a. Dr^a. Ana Bernarda Ludermir APROVADA

Prof^a. Dr^a. **Thália Velho Barreto de Araújo**

Prof^a. Dr^a. **Estela maria Motta Lima Leão de Aquino**

Prof^a. Dr^a. **Ana Bernarda Ludermir**

*Às mulheres da minha vida que, com
suas parcerias, ajudam-me a
compreender os labirintos do
universo feminino.*

AGRADECIMENTOS

À Thália, pelas horas infindáveis de orientação e dedicação a este trabalho, pela possibilidade de compartilhar histórias de vida, tornando muito valiosa a trajetória percorrida.

À amiga e pesquisadora Fátima Militão, a quem admiro e agradeço por ajudar sempre a discernir caminhos na minha trajetória acadêmica e pelas valiosas contribuições a este trabalho.

Aos professores que me deram a oportunidade de descortinar a Saúde Coletiva, em especial à Heloísa Mendonça, pelo resgate histórico que marca a trajetória da Saúde Coletiva, por aguçar o olhar crítico para os fenômenos sociais e pelas afinidades encontradas; à Ana Bernarda Ludermir, pela disponibilidade em contribuir para este estudo e pelo aquecimento despertado com os seminários de pesquisa; ao Prof. Ricardo Ximenes, que com sua acessível e paciente participação, ajudou-me a percorrer e traduzir alguns labirintos da bioestatística; à Luíza Lima, por oferecer a possibilidade de participação em eventos extra-curriculares sobre a Violência.

À Prof^a Estela Aquino pelas precisas contribuições desde a qualificação do projeto de pesquisa

Aos colegas de Mestrado, pela agradável convivência e pelas trocas científicas, em alguns momentos.

À secretaria do Mestrado, pelo apoio às questões logísticas e burocráticas.

Ao meu marido Eugenio, por contribuir sempre com todas as minhas produções, pelo estímulo à experiência acadêmica e aos projetos de vida.

Aos meus pais, pelo apoio e incentivo permanente e pelas alianças e investimentos que fazem nos caminhos por mim escolhidos.

Uma Mulher

*Uma mulher
Uma viagem
Uma doce perspectiva
No encontro do belo e do triste
Um novo embalo
No acalanto das orgias secas
No alvorecer de um novo tempo*

*Uma mulher
Um caminho
Pedços de estradas rotas
Alinhavando em fios de ouro
Encontros de céu e terra*

*Uma mulher
Uma bagagem assinalando o rumo
Na construção de uma estrela-guia*

*Uma mulher
Uma vida
No ponto de partida
A chegada...*

Vânia Simonetti

RESUMO

O estudo transversal aqui apresentado teve por objetivo investigar a associação entre estar em situações de violência cometida pelo parceiro íntimo atual ou ex-parceiro mais recente e a ocorrência de gravidez não-pretendida, assim como outros fatores associados ao desfecho, entre mulheres grávidas, com idade entre 18 e 49 anos, casadas ou unidas independente de coabitação, inscritas nas unidades do Programa de Saúde da Família do Distrito Sanitário II da cidade do Recife.

Para identificação dos fatores associados à pretensão de gravidez foi realizada uma análise de regressão logística múltipla não condicional hierarquizada, a partir da construção de um modelo teórico.

Entre os resultados encontrados, observou-se uma prevalência de 60,4% de gravidez não-pretendida. A violência cometida pelo parceiro íntimo manteve-se associada ao desfecho (OR:1,53; IC95%:1,15-2,06), mesmo quando ajustada por fatores sócio-econômicos e demográficos da mulher; por fatores sócio-econômicos e comportamentais do parceiro e por fatores de interação entre os parceiros.

A análise final revelou que entre os demais fatores associados à gravidez não-pretendida encontraram-se: estar engajada em projetos de estudo (OR:2,88; IC95%:1,34-6,20), estar separada do parceiro na ocasião da entrevista (OR:2,14; IC95%:1,17-3,82), estar inserida em um relacionamento recente (entre 6 meses e 4 anos) ou mais antigo, com tempo maior ou igual a 8 anos (OR:1,67; IC95%:1,15-2,44), estar usando contracepção no mês anterior à gravidez atual (OR:8,79; IC95%:5,90-13,01), ter um número de filhos maior do que o número de filhos pretendidos (OR:4,62; IC95%:3,05-7,02), estar com um parceiro que não pretendia a gravidez (OR:4,26; IC95%:3,04-5,95) e que se recusava ou tentava impedir o uso de métodos para evitar a gravidez (OR:1,98; IC95%:1,28-3,05).

Palavras-chave: violência cometida pelo parceiro íntimo, escolhas reprodutivas, gravidez não-pretendida.

ABSTRACT

This cross-sectional study aimed to investigate the association between the experiences of violence committed by intimate partner in the current or most recent relationship and the unintended pregnancy, as well as others factors associated to this outcome, among pregnant women aged 18-49 years, ever-married or having a partner although without cohabiting, registered on the Family Health Program of the 2nd Health District of the city of Recife.

Logistic regression analysis was used with a hierarchical strategy for entering variables into the model.

Unintended pregnancy was the reported outcome 60.4% of the pregnancies. The violence committed by the intimate partner was kept associated until the end (OR:1,53; IC95%:1,15-2,06), even when adjusted for the socio-economic and demographic factors of the women, for the socio-economic and behavioral factors of the partner and for the relations factors between the women and their partners.

Key factors associated with unintended pregnancy included: women within the study project (OR:2,88; IC95%:1,34-6,20), although outside the labor market, ever separated from the intimate partner (OR:2,14; IC95%:1,17-3,82), with recent relationships (between 6 months and 4 years) or older, 8 years or more (OR:1,67; IC95%:1,15-2,44), using contraception in the last month to actual pregnancy (OR:8,79; IC95%:5,90-13,01), who ever had more children than originally intended (OR:4,62; IC95%:3,05-7,02), with a partner who did not intend the pregnancy (OR:4,26; IC95%:3,04-5,95) and with a partner who refused or had tried to impede the use of contraception (OR:1,98; IC95%:1,28-3,05).

Key words: violence committed by intimate partner, reproductive choices, unintended pregnancy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos tipos de violência cometidas pelo parceiro, alguma vez, sem que a mulher estivesse grávida.	48
Tabela 2 - Formas combinadas da violência cometidas pelo parceiro, alguma vez, sem que a mulher estivesse grávida.	48
Tabela 3 - Tipos de violência cometida pelo parceiro íntimo e suas diferentes expressões.	49
Tabela 4 - Associação entre ter sofrido violência cometida pelo parceiro ou ex-parceiro mais recente e pretensão de gravidez.	50
Tabela 5 - Associação entre fatores sócio-econômicos e demográficos da mulher e pretensão de gravidez.	51
Tabela 6 - Associação entre fatores sócio-econômicos e comportamentais do parceiro e pretensão de gravidez.	51
Tabela 7 - Associação entre fatores relacionados à interação entre os parceiros e pretensão de gravidez.	52
Tabela 8 – Associação entre fatores relacionados às atitudes e intenções entre mulheres e parceiros em torno da gravidez e pretensão de gravidez.	53
Tabela 9 - Associação entre outras variáveis independentes e alguma forma de violência cometida pelo parceiro.	54
Tabela 10 - Análise hierarquizada dos fatores sócio-econômicos e demográficos da mulher associados à pretensão de gravidez.	55
Tabela 11 - Análise hierarquizada dos fatores socioeconômicos e comportamentais do parceiro associados à pretensão de gravidez.	56
Tabela 12 - Análise hierarquizada dos fatores relacionados às interações entre os parceiros associados à pretensão de gravidez.	57
Tabela 13 - Análise hierarquizada dos fatores relacionados às atitudes e intenções em torno da gravidez associados à pretensão de gravidez.	58

LISTA DE FLUXOGRAMAS E FIGURAS

Fluxograma 1 - População de Estudo

Figura 1 - Modelo hierárquico para análise da associação entre as variáveis independentes com a gravidez não pretendida entre mulheres grávidas (18-49 anos) em Recife - PE.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DS II - Distrito sanitário II

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAHO - Pan American Health Association

PSF - Programa de Saúde da Família

ZEIS - Zona Especial de Interesse Social

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	13
2 – REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 Das relações de gênero à violência cometida pelo parceiro íntimo: a dinâmica das interações entre os parceiros	16
2.2 Violência cometida pelo parceiro íntimo: aspectos conceituais e magnitude no Brasil e no mundo	23
2.3 As conseqüências para a saúde produzidas pela violência cometida pelo parceiro íntimo	26
2.4 A violência pelo parceiro íntimo e outros fatores associados à gravidez não- pretendida	30
3 – OBJETIVOS	37
3.1 Geral	37
3.2 Específicos	37
4 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	37
4.1 Área geográfica do estudo	37
4.2 População de estudo e desenho da pesquisa	39
4.3 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados	40
4.4 Definição de termos e variáveis	41
4.5 Plano de descrição e análise dos dados	46
4.6 Considerações Éticas	47
5 - RESULTADOS	49
6 - DISCUSSÃO	62
7 - CONCLUSÕES	71
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXO 1 - Questionário da Pesquisa	79

1- INTRODUÇÃO

A condição feminina e seus maus-tratos encontravam-se, até pouco tempo, sem um reconhecimento específico de seus determinantes e de suas conseqüências. As estimativas vêm desvelando e reposicionando o tema da violência contra mulheres em diferentes contextos populacionais, como um grave problema social e de saúde pública, em função da crescente proporção do fenômeno e dos desfechos adversos para a vida social, para a saúde física, mental, sexual e reprodutiva das mulheres.

A gravidez não-pretendida se inscreve neste contexto e para compreender a magnitude dos fenômenos implicados neste tema faz-se necessário percorrer territórios que expressem as vivências e atitudes de mulheres e seus parceiros concernentes à reprodução, o que se encontra relacionado ao desejo e à preparação em relação à gravidez, as atitudes relacionadas à contracepção, assim como considerar as circunstâncias de vida pessoal e a etapa de vida reprodutiva em que se encontra cada mulher, a intenção de gravidez do parceiro e suas influências em relação ao projeto reprodutivo (Morin et al, 2001; Barrett et al, 2003).

A assimetria de poder entre os gêneros na nossa cultura e a violência inscrita em muitas das relações afetivo-sexuais são outros aspectos contextuais de grande relevância que contribuem para as dificuldades de negociação enfrentadas pelas mulheres em torno do exercício da sexualidade e das escolhas reprodutivas. Além desta realidade, o acesso aos métodos contraceptivos efetivos, aos programas de planejamento familiar e a demanda por regulação da fecundidade ainda são precários e pouco consistentes para uma significativa parcela da população, constituindo-se, então, num terreno fértil para a ocorrência de gravidez não-pretendida com graves desdobramentos para a vida e para a saúde de mulheres, fetos e crianças (Pallitto, 2004).

No que se refere à violência cometida pelo parceiro íntimo, a literatura científica tem revelado muitas produções acerca da magnitude do fenômeno nos vínculos afetivo-sexuais, assim como a mobilização do tema em conferências internacionais expressa uma preocupação com a segurança de mulheres e a necessidade dos Estados-Partes da ONU incluírem em suas agendas políticas, a equidade de gênero, de raça/etnia, assim como intervenções sobre a violência contra mulheres e meninas (Barsted, 2006). Tal fato demonstra o reconhecimento internacional do caráter público e político das reivindicações de mulheres e a re colocação dos direitos reprodutivos como direitos

humanos, o que dá visibilidade à violência contra mulheres e auxilia na elaboração de programas e estratégias para enfrentá-la.

Contudo, o impacto desta violência nas escolhas reprodutivas e, sobretudo, na pretensão de gravidez é um recorte ainda pouco pesquisado, em especial, por estudos de base populacional em países em desenvolvimento (Pallitto et al, 2004). Constitui-se num campo de grande importância por focalizar uma abordagem que considera as interseções entre a Violência e a Reprodução, respaldado por aportes das Ciências Sociais e da Saúde Coletiva.

O primeiro estudo desenvolvido na América Latina para investigar a associação entre a violência pelo parceiro íntimo e a gravidez não-pretendida foi realizado por Pallitto e O'Campo (2004-b) na Colômbia no ano 2000, no qual foi encontrado maior risco de gravidez não-pretendida entre as mulheres que haviam sofrido abuso físico ou sexual pelo parceiro atual ou ex-parceiro mais recente. As autoras refletem sobre o contexto em torno do fenômeno pesquisado, destacando a influência de alguns elementos culturais que atravessam gerações como a iniquidade de gênero, o controle e a dominação masculina que dão sustentabilidade a manutenção de comportamentos violentos de homens em direção a suas parceiras e comprometem a autonomia social, sexual e reprodutiva das mulheres.

A gravidez não-pretendida pode expressar as dificuldades das mulheres de realizar suas intenções reprodutivas (Le et al, 2004), podendo-se localizar como um dos desfechos adversos da violência cometida pelo parceiro (Campbell, 2002; Pallitto, 2004-b), como pode seguir um caminho inverso, ou seja, motivar a vivência de violência nos relacionamentos conjugais, em função do sentimento de infelicidade que a gravidez desperte, do estresse associado à mudança de vida e dos desacordos entre os parceiros sobre o que fazer com a gravidez (Godwin, 2000), o que não será alvo da presente investigação.

Este é um terreno de difícil apropriação e de imprecisões conceituais, em especial porque os termos não-desejado, não-planejado e não-pretendido têm significados semânticos distintos para as mulheres entrevistadas e para os pesquisadores que formulam instrumentos para a apreensão do fenômeno, o que será explorado em capítulo específico do presente documento.

Klerman (2006) refere-se ao termo pretensão de gravidez como “um conceito em transição”, difícil de ser devidamente apreendido pela polissemia do termo e pelos distintos procedimentos metodológicos utilizados nas pesquisas, destacando que a

identificação pela mulher da gravidez como não-pretendida pode ser influenciada por alguns fatores situacionais como os econômicos e sociais.

Entre os recortes metodológicos, observa-se que em alguns estudos (Pallitto, 2004) a apreensão do termo pode basear-se no que as mulheres revelam sobre a pretensão de gravidez, antes de sua ocorrência (queria ou tentava engravidar; queria, mas não agora; não queria engravidar), enquanto que em outras pesquisas (Barret, 2002), os autores indicam que o termo planejamento tem pontos de interseção e superposição com a intenção de gravidez e elencam alguns critérios para classificar a gravidez como pretendida, tais como: clara intenção de ficar grávida associada a uma decisão deliberada de não usar contraceptivos, inclusão do parceiro no projeto de concepção e investimentos em estilos de vida que favoreçam a concepção, como por exemplo, participação em planejamento pré-concepcional nos serviços de saúde, busca por reorganizações econômico-sociais prevendo a chegada de um filho, dentre outros.

O presente documento consiste na apresentação de um estudo de corte transversal que integra parte do projeto: Aborto e Violência de Gênero, desenvolvido no âmbito da linha de pesquisa “Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva”, vinculado ao Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PIPASC) da Universidade Federal de Pernambuco.

Será apresentado o percurso teórico que norteou a compreensão do objeto de estudo pesquisado, os objetivos e procedimentos metodológicos utilizados, os resultados encontrados e sua discussão. Com o percurso aqui realizado, pretende-se fornecer dados locais de base populacional, uma vez que, a ausência de informações locais sobre a gravidez não-pretendida e fatores associados compromete a formulação de intervenções adequadas para minimizar sua ocorrência, prevenir ou reduzir seus impactos (Shupe et al, 2000).

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Das relações de gênero à violência cometida pelo parceiro íntimo: a dinâmica das interações entre os parceiros

Compreender a magnitude de qualquer associação que acene para as relações entre homens e mulheres pressupõe a necessidade de adentrar num território, onde se encontram desenhados os elementos constitutivos e o sistema de valores que dão sustentação aos padrões de relacionamento afetivo, social e sexual adotados.

apesar de diferentes correntes teóricas sobre o tema, há um consenso de que o gênero é uma categoria analítica e histórica, que abre caminho para repensar as questões relativas à mulher enquanto sujeito constituinte do seu próprio destino (Santos, 2005).

Em seu artigo, Santos (2005) compila as idéias de diferentes estudos sobre o tema e é em Joan Scott (1995) que se encontra a seguinte definição conceitual: “gênero é um elemento constitutivo das relações sociais, baseado em diferenças percebidas entre os sexos [...], constitui-se como um campo no qual ou através do qual o poder é articulado”.

A separação entre natureza e cultura vem sendo demarcada desde a época do Iluminismo, mas quando as relações de gênero estão em foco no cenário social, observam-se dificuldades em distinguir o que é culturalmente aprendido, do que é intrínseco à natureza. Nesta perspectiva há, marcadamente, referências à natureza feminina como cuidadora, maternal, reprodutora, intuitiva e inúmeros atributos que garantem a ordem do espaço doméstico e privado, o que contribui para uma realidade em que as mulheres “[...] são amputadas, sobretudo no desenvolvimento e uso da razão e no exercício do poder [...]” (Saffioti, 2004) e na qual “são definidas como seres para os outros e não como seres com os outros” (Chauí, 1984). Da essência ou natureza masculina se destaca a atuação no espaço público, a provisão material e outros atributos como poder, virilidade e força, sendo esta última, muitas vezes, atualizada através do exercício da força física, da dominação e exploração sexual e do controle reprodutivo sobre as mulheres.

As atribuições descritas correspondem, de acordo com Saffiotti (2004), às “[...] imagens que as sociedades constroem do masculino e do feminino [...]” e é o que pode ser entendido como gênero. Tais imagens se expressam através de símbolos culturais, conceitos normativos, instituições sociais e da subjetividade humana (Scott, 1995). Os

padrões de comunicação, os atributos e os pactos tácitos que envolvem as relações de gênero na nossa cultura contribuem para a “naturalização” das formas violentas de relação, o que dificulta o seu desvelamento e a compreensão dos fenômenos implicados.

Santos e Izumino (2005), baseando-se nos conceitos de poder de Foucault e de gênero de Scott, argumentam que é pertinente pensar as relações entre homens e mulheres nas sociedades como dinâmicas de poder. Para Chauí (1985), a violência se estabelece quando a assimetria entre os gêneros se transforma em uma relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, exploração e opressão. Dudgeona e Inhornb (2004) trazem reflexões sobre o exercício de poder, esclarecendo diferenças entre o poder como uma possibilidade positiva de cada pessoa (*power to*) e o poder utilizado negativamente nas relações como um instrumento de restrição sobre o outro (*power over*).

Sobre o poder, Arendt (2005) refere que consiste na capacidade humana de agir de comum acordo, não é propriedade do indivíduo e sim, legitimado por um grupo social. Para a autora, “o poder para existir não depende da relação ordem-obediência, mas sim da relação apoio à ordem e consentimento à obediência”. Observa-se neste último pressuposto, que a condição ativa do sujeito e a possibilidade de fazer escolhas permanecem presentes, o que difere das relações pautadas no binômio ordem-obediência, em que uma das partes sacrifica sua condição de sujeito da interação.

A transformação das diferenças em desigualdades entre os gêneros se constitui em um terreno fértil para que a violência de homens contra as mulheres se estabeleça e se perpetue, comprometendo, entre outros aspectos, a autonomia e o controle reprodutivo das mulheres.

Campbell et al (2005) menciona que, de forma mais abrangente, a autonomia se refere à possibilidade das mulheres de promover seus interesses pessoais e os de seus filhos, a liberdade na tomada de decisões que afetam suas vidas e a vida das pessoas em seu entorno. Difere do status, pois este consiste na posição da mulher na sociedade em relação ao homem. No estudo de Campbell, a autonomia foi avaliada, a partir de comportamentos que expressam a liberdade de participação na tomada de decisões no âmbito familiar, pessoal e sexual.

Percebe-se, então, que as relações sobrevivem e atravessam gerações sob a égide do controle androcêntrico, da dominação masculina e de acordo com a expressão citada por Mathieu (1985) citada por Saffiotti (2004), as mulheres seguem “cedendo, não consentindo”, uma vez que para consentir, precisariam desfrutar de igual poder.

Desde a década de 1960, os movimentos feministas se empenham na missão de compreender, explicar e dar visibilidade à subordinação feminina através de diferentes caminhos, desenvolvendo-se nos anos 80, os estudos sobre gênero e violência contra as mulheres em distintos locais do mundo. Apesar das diferentes vertentes sobre o tema, abriu-se um campo de discussões e de ações que desvelaram as atrocidades que as mulheres sofriam no mundo privado, buscando-se romper com a perpetuação do dito popular: “em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher”.

No Brasil, o movimento feminista empreendeu ações e pressões para que se instituíssem novas normas sociais e jurídicas para tratar a violência contra mulheres e para a efetivação de serviços que promovessem a igualdade, a equidade e a garantia de direitos em diversos contextos.

Sabo (2000), através de revisão da literatura, se refere à década de 80 como o período em que o tema de gênero foi adquirindo uma importância crescente nos estudos interdisciplinares, epidemiológicos e de sociologia médica, com enfoque mais dirigido ao gênero feminino. Nos anos 90, a violência consolida-se como tema da saúde pública pelas conseqüências para a saúde individual e coletiva, exigindo formulação de políticas específicas para sua prevenção e enfrentamento (Minayo, 2007).

Outras ações realçam o compromisso com o enfrentamento da violência neste período como a Organização das Nações Unidas (ONU), que aprovou a *Declaração sobre Eliminação da Violência contra as Mulheres* desde 1979, o que representou “um marco da doutrina internacional”. Esta declaração oferece, com os seus princípios e orientações, os subsídios para a elaboração da Convenção de Belém do Pará (1994) pela Organização dos Estados Americanos (OEA). Através deste instrumento, os países signatários acordaram com o compromisso de *Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres* (Barsted, 2006).

Ratificando a Convenção de Viena (1993), a Convenção de Belém do Pará definiu a violência contra mulheres como:

[...] qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado [...] a violência contra as mulheres inclui as violências física, sexual e psicológica: que tenham ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual; que tenham ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer outra pessoa e compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus-tratos, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como

em instituições educacionais, estabelecimento de saúde ou qualquer outro lugar e que seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

(Barsted, 2006)

A Constituição Federal brasileira de 1988 e os tratados internacionais ratificados pelo nosso país contribuíram para reformulações do Novo Código Civil (2003) e da Legislação Penal, com revisões importantes sobre a igualdade de direitos e obrigações de homens e mulheres, a classificação dos crimes hediondos, o assédio sexual, a violência doméstica e as queixas criminais (Barsted, 2006).

Uma das expressões de tais reformulações encontra-se na elaboração e aprovação do projeto de lei (nº 4.559/06) para enfrentamento da violência doméstica e familiar, que teve a lei (nº 11.340/06), conhecida como lei Maria da Penha¹, sancionada em 07 de agosto de 2006. A partir de suas disposições, encontra-se no âmbito circunscrito a estruturação de novos mecanismos e redes de enfrentamento, o empoderamento e a criação de novas medidas protetivas oferecidas à mulher, mediante a denúncia do agressor e intervenções para a diminuição da criminalidade e da impunidade, dentre outras.

Barsted (2006) reúne na íntegra as disposições da nova lei, que define a violência doméstica e familiar contra a mulher como:

[...] qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause, morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher ou dano moral e patrimonial: I - no âmbito da unidade doméstica [...]; II - no âmbito da família [...]; III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independente de coabitação (Título II, artigo 5º).

A violência cometida pelo parceiro íntimo é globalmente a forma mais comum de violência contra mulheres (OMS, 2002) e está inserida no âmbito da violência doméstica. Consiste, portanto, de atos que transgridem a integridade física, psicológica e sexual das mulheres infligidos pelo parceiro atual ou ex-parceiro com quem a mulher convive ou conviveu numa relação íntima, independente de situação conjugal formal.

¹ Em 1983, Maria da Penha Maia Fernandes sofreu tentativas de homicídio pelo marido e ficou paraplégica. Passaram-se mais de 15 anos sem uma decisão final pela justiça brasileira. Em 1998, o CEJIL-Brasil (Centro para a Justiça e o Direito Internacional) e o CLADEM-Brasil (Comitê Latino-americano do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher) juntamente com a vítima encaminharam uma petição contra o Estado Brasileiro à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (OEA), denunciando-se a omissão, negligência e a tolerância do Estado Brasileiro à violência doméstica e familiar contra as mulheres. Disponível em <http://www.agende.org.br/File/convencoes/belem/docs/casomariadapenha.pdf>.

Portella (2008) chama a atenção para a natureza processual da violência neste contexto, podendo envolver diferentes tipos e intensidades de agressão e se estender por longos períodos, o que difere dos episódios isolados cometidos por estranhos. É essa noção que dá subsídios ao termo “mulheres em situação de violência”.

A noção de vítima é um termo que Schraiber et al (1999) refletem sobre a adequação do seu uso quando inserido no campo jurídico, onde as pessoas em conflito serão sempre réus ou vítimas. Porém, a apropriação deste termo por outras esferas como a saúde e a assistência social, destitui da mulher o “autodomínio” e a “soberania de decisões”, assim como a condição de sujeito potente na situação.

A identidade masculina e sua associação ao exercício do poder é um tema destacado por Jewkes (2002) refletindo que, frente à inabilidade ou impossibilidade de atender as expectativas sociais em relação à virilidade, pode surgir uma crise de identidade masculina e a violência pode ser utilizada como uma forma de solução para este conflito, uma vez que, através dela é “permitida” a expressão do poder, o qual de outra forma seria proibido.

Como se comportam os homens, então, quando estão desapropriados do poder, com o desemprego, o subemprego e envolvidos em outras vivências de opressão social? Diante deste panorama, pode-se instaurar a chamada “síndrome do pequeno poder” (Saffiotti, 2004), que acomete aqueles que desejam apropriar-se de um macro-poder e não o alcançam, estabelecendo, portanto, relações mais íntimas carregadas pela mesquinhez, pelo mau-humor e pelo uso abusivo da suposta autoridade.

Os efeitos da pobreza sobre a identidade masculina e a relação entre a vulnerabilidade masculina e a violência perpetrada contra as mulheres têm despertado o interesse de cientistas sociais, encontrando-se associações entre a violência cometida pelo parceiro íntimo e as situações nas quais os homens têm comprometimentos no seu status social e menos recursos financeiros do que suas parceiras (Jewkes, 2002). Segundo a autora, nos contextos em que os grupos sociais vivem abaixo da linha de pobreza, o ideal de masculinidade passa a respaldar-se em fatores como a misoginia, o uso de drogas e o crime.

A “ambiência criminosa” é um termo destacado por Portella (2004)² e se refere à áreas geográficas, nas quais o crime e o tráfico de drogas se encontram presentes, em geral, periferias e bairros pobres das grandes cidades brasileiras. A autora chama a

² Palestra proferida no Seminário Binacional: Violência contra a mulher – consequências morais, econômicas e jurídicas. UFPE, Recife, dezembro de 2004.

atenção para um incremento da vulnerabilidade e da menor capacidade de enfrentamento das mulheres, nas comunidades em que a hierarquia autoritária e violenta demarca as relações entre os subgrupos. Tal hierarquia produz um reforço da desigualdade, legitimando-se o uso da força e de armas como forma de resolução de conflitos e aquisição de status, em detrimento de formas mais democráticas de relações.

Nos contextos mais pobres, pode-se ainda sugerir outro aspecto a ser refletido, que diz respeito à estruturação espacial das moradias. Estas, em geral, se configuram em pequenos espaços ou vãos confinados, com poucas delimitações físicas, onde os seus integrantes comem, dormem, fazem sexo, adoecem, compartilham afetos e privações, brigam e se enfrentam. Tais configurações também podem contribuir para a ausência de limites relacionais mais demarcados.

Apesar do consenso entre diferentes autores de que a violência contra mulheres atravessa todas as classes sociais, não se constituindo em “apanágio dos pobres” (Soihet, 1989), Portella (2005) destaca que é preciso ampliar a compreensão do problema, considerando as questões de classe e raça, inclusive para a formulação de políticas específicas. Tal aspecto é reforçado por Franco (2003) com dados de diferentes delegacias especializadas no Brasil, cujo universo é comumente representado por uma amostra de mulheres com faixa etária predominando entre 25 a 39 anos, exercendo atividades domésticas e residindo em bairros de periferia, o que caracteriza uma clientela proveniente de estratos econômicos mais baixos. A autora reúne reflexões de alguns autores sobre este panorama, evidenciando-se que a falta de privacidade entre os casais de baixa renda, deixa esta camada em evidência nos estudos realizados sobre a violência doméstica e denota a barreira de classe, uma vez que as classes mais abastadas têm dificuldades de revelar e informar sobre as vivências em torno do tema.

Outras pesquisas (Heise et al, 1999; Venturi et al, 2004) demonstram que as mulheres com maior grau de escolaridade, residentes em espaços urbanos que contam com serviços e equipamentos públicos, encontram mais acesso à ajuda e a garantia de direitos, assim como as vias para escapar da violência.

Sobre a permanência nas situações de violência e o sofrimento ocultado, Diniz (2006) chama a atenção para os fatores psicológicos implicados, entre os quais se encontram a dependência emocional do parceiro, o medo de criar filhos sozinha, os sentimentos de culpa e a baixa auto-estima, entre outros.

Entre os mecanismos expressivos da capacidade de enfrentamento, é possível destacar diferentes atitudes, entre as quais estão o revide e a denúncia das mulheres às

redes de apoio e aos aparelhos do Estado responsáveis. A denúncia policial é um movimento ainda pouco utilizado entre as mulheres agredidas. Meniccuci et al (2005) mencionam que “apenas uma em cada dez vítimas de violência sexual que recorre a um serviço de saúde por causa da violência, denuncia à polícia”.

As estatísticas da pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2001), intitulada “A mulher brasileira nos espaços públicos e privados”, demonstram que a denúncia mais freqüente ocorre na presença de ameaça à integridade física por armas de fogo (31%), espancamento com marcas, fraturas ou cortes (21%) e ameaças de espancamento à própria mulher ou aos filhos (19%).

Nesse sentido, na maioria das vezes em que as mulheres denunciam, elas não desejam incriminar o parceiro-agressor, mas apenas abrir as cortinas do cenário em que vivem e pedir ajuda para, de alguma forma, transformar a qualidade do vínculo estabelecido. Essa idéia é reforçada por Brandão (1988), analisando os contextos em que as queixas são registradas no Rio de Janeiro, e ressalta que “a suspensão da queixa é um instrumento de negociação com o parceiro, com vistas à manutenção, transformação ou dissolução da relação conjugal”. Neste âmbito, é válido refletir que as dificuldades encontradas pelas mulheres nas instituições estatais percorridas, assim como a fragilidade das redes de apoio social contribuem para desencorajar ou aplacar os movimentos de enfrentamento (Pasinato, 2004; Schraiber, 2007).

Os mecanismos de enfrentamento assumidos adotam configurações distintas, a depender da realidade individual e subjetiva, social, econômica e política que perpassam a história de vida das mulheres. Um estudo de Webster et al (1996) citado por Diniz e D’Oliveira (1998) ressalta algumas condições de vida das mulheres como fator de risco para a vivência de violência, tais como: apoio social precário, baixo nível de escolaridade, emprego informal, trabalho temporário ou desemprego, obstáculos nos serviços percorridos para acesso à saúde. Campbell (2002) menciona que recursos econômicos e educacionais não protegem as mulheres, mas facilitam a interrupção do ciclo de violência em diferentes contextos.

2.2 Violência cometida pelo parceiro íntimo: aspectos conceituais e magnitude no Brasil e no mundo

A violência num sentido mais amplo passou a ser visibilizada na medida em que a Modernidade incorpora a luta pela cidadania e os direitos humanos, a liberdade e a autonomia se tornam presentes no discurso político (Domenach, 1981).

Considerando a conceituação do termo de forma mais abrangente, *violentia* (latim) significa ato de força, impetuosidade, acometimento, brutalidade, veemência. Na perspectiva jurídica, a violência se traduz como um constrangimento posto em prática, exercido contra a vontade do outro, para obrigá-lo a submeter-se e vencer sua capacidade de resistência (Houaiss, 2001).

Difere da agressividade (do latim: aquilo que se movimenta ativamente), pois esta se constitui como uma força vital, como uma expressão instintiva de luta pela sobrevivência, sem necessariamente ser atualizada de forma hostil. O impulso criativo que faz nascer o desejo de mudança ou de reforma e a luta para sua obtenção é intrinsecamente agressiva. Para Costa (2003), torna-se essencial distinguir a agressão natural do ser humano, componente diário da vida, daquela que nada constrói e aparece sob inúmeros disfarces, que rompe com os controles sociais e individuais.

Costa (2003) destaca idéias presentes na obra de Freud que revelam “o que havia de mais destrutivo e agressivo no comportamento e nos desejos mais recônditos dos sujeitos”. Nesta obra o autor revela a trajetória do pensamento freudiano a respeito do tema, que aponta inicialmente para um instinto destrutivo do ser humano e que a violência tem sua origem na agressividade e na inclinação instintiva do sujeito para matar ou fazer sofrer seu semelhante. O autor menciona que Freud, ao longo do seu percurso, agrega outros elementos a essa realidade e refina novas perspectivas sobre o tema, refletindo sobre a força da Civilização para intervir sobre as pulsões humanas de agressão e autodestruição e reformula que o “instinto agressivo” coexiste com o “desejo de paz”.

A violência definida como agressividade e equiparada como um impulso instintivo é um pressuposto que, de acordo com Arendt (2005), trivializa o fenômeno e contribui para a sua perpetuação.

Outro atributo refletido por Costa (2003) se refere à irracionalidade versus emocionalidade implicadas nos atos de violência e sobre isso o autor esclarece que “a violência é fruto do excesso de emotividade, da perda do controle emocional e não da

dissociação da razão”. Pode ser compreendida como “o emprego desejado da agressividade para fins destrutivos” e é a percepção do sujeito violentado sobre o desejo de destruição do sujeito violentador, o que confere à ação agressiva a significação de violenta.

Portanto, para Costa (2003), “a violência nasce para arbitrar conflitos e satisfazer necessidades individuais e sociais, mas há sempre uma instância superior que determina seu início e decreta o seu fim”. O autor preciosamente acrescenta que:

[] a violência é um artefato da cultura e não o seu artífice, é uma particularidade do viver social, um tipo de negociação que através do emprego da força ou da agressividade visa encontrar soluções para conflitos que não se deixa resolver pelo diálogo e pela cooperação [].

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) define a violência como:

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

De acordo com Schraiber et al (2006), nesta definição se encontra presente “a intencionalidade do ato violento, excluindo-se os incidentes não intencionais” e o uso do poder se expressa por “ameaças de agressões ou intimidações e por negligências e omissões”.

Nas últimas décadas, estudos revelam que as situações mais freqüentes de violência contra mulheres ocorrem no âmbito familiar e conjugal, proveniente dos vínculos com parceiros e ex-parceiros (Saffiotti, 1994; Franco, 2002). Constitui-se num fenômeno difícil de ser apreendido em suas diferentes perspectivas, em função dos vínculos configurados entre homens e mulheres em diferentes contextos culturais, nos quais a noção de violação tem distintos sentidos, a depender das leis e normas sociais vigentes.

Uma revisão de mais de 50 estudos realizados em 35 países, antes de 1999, indicaram que, ao redor do mundo, a violência física sofrida pelo parceiro íntimo alguma vez na vida variou entre 10% e 52% e quanto à violência sexual infligida pelos respectivos parceiros, a variação foi de 10% a 30% (Garcia-Moreno et al, 2006).

Schraiber (2007) acrescentando resultados de outros estudos de base populacional menciona que, em diferentes locais do mundo, entre 10% a 69% das mulheres referiram que haviam sofrido violência física por seus parceiros íntimos

alguma vez na vida. Nesses estudos, quando a investigação da violência vivida se restringe ao ano anterior, as prevalências variaram de 3% a 27%. A autora coloca em relevo a difícil comparabilidade entre os achados, uma vez que há variabilidade dos recortes populacionais, dos instrumentos utilizados e treinamentos das entrevistadoras, das técnicas de coleta das informações, além de definições heterogêneas sobre a violência.

No Brasil, de acordo com dados divulgados pela Fundação Perseu Abramo (2001)³, a cada 15 segundos uma mulher é agredida, estimando-se que mais de dois milhões de mulheres são espancadas a cada ano por maridos, namorados e ex-parceiros.

As referências acenam para a magnitude da violência contra mulheres em diferentes locais do mundo, observando-se prevalências mais elevadas nas sociedades em que há um incremento do status sócio-econômico das mulheres, com sua maior inserção na vida pública e com uma mudança nas expectativas e valores que orientam as relações de gênero, do que naquelas sociedades em que os papéis de gênero são vivenciados de forma mais estática. (Campbell, 1999; Koenig et al, 2003; Pallitto e O`Campo, 2004-b).

Outra face dessa realidade foi revelada no estudo multipaíses da OMS sobre Violência Doméstica e Saúde da Mulher, realizado entre 2000 e 2003 com mulheres entre 15 e 49 anos (Garcia-Moreno et al, 2006). Neste estudo houve a participação de 15 cidades em 10 países distintos e, em cada país, foi pesquisada uma grande cidade e uma região com características rurais. Os dados encontrados apontam que as maiores prevalências de violência (violência física, sexual, psicológica e suas formas conjugadas) encontraram-se localizadas nas áreas rurais onde, em geral, os papéis de gênero são vividos de forma mais rígida e tradicional. As prevalências e a severidade foram mais elevadas nas regiões mencionadas, tanto no que se refere à violência vivida no último ano quanto à violência vivida por algum parceiro, alguma vez na vida.

Alguns resultados do estudo da OMS acima referido indicam que as prevalências de violência física sofrida por algum parceiro alguma vez na vida variaram de 13% (Japão) a 61% (Cusco-Peru). Outras regiões também se caracterizaram por prevalências elevadas como: Lima-Peru (48,6%), áreas rurais da Tanzânia, Bangladesh e Etiópia com variações entre 41,7% e 48,7%. No Brasil as proporções variaram entre 27,2 % e 33,8%

³ Pesquisa intitulada “A mulher brasileira nos espaços público e privado”, que se utilizou de trabalho de campo e de dados secundários da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - FIBGE (Saffioti, 2004).

em São Paulo e na Zona da Mata de Pernambuco, respectivamente. Quanto à violência física e/ou sexual, a investigação demonstrou uma variação de 15% a 71% em Tóquio e na zona rural do Peru, respectivamente e no Brasil encontrou-se uma prevalência de 37% na Zona da Mata de Pernambuco e 10% de violência sexual no município de São Paulo.

Nas diversas regiões, em geral, as prevalências de violência física foram maiores do que as de violência sexual, excetuando-se regiões rurais da Etiópia e de Bangladesh e em uma área urbana da Tailândia, onde as mulheres declararam mais violência sexual (Garcia-Moreno et al, 2006). A comparabilidade desses achados se torna factível com alguns dos resultados do estudo aqui apresentado, uma vez que o instrumento utilizado para a pesquisa da violência pelo parceiro foi o mesmo.

Este panorama no Brasil também é levantado em estudos com usuárias de serviços, o que pode ser bem visibilizado no estudo brasileiro de Schraiber (2003), no qual se destaca que entre as mulheres que mencionaram ter vivido uma relação conjugal, 52,8% referiram ter sofrido violência psicológica, 40,4% relataram violência física e 21% violência sexual.

2.3 As conseqüências para a saúde produzidas pela violência cometida pelo parceiro íntimo

A magnitude de alguns fenômenos sociais é, em sua maioria, dimensionada a partir dos impactos e das conseqüências que tais fenômenos produzem na vida das pessoas.

Uma realidade tão dilacerante e aviltadora da dignidade humana produzida pela violência, não se encontra acompanhada de conseqüências menos trágicas. A morbidade, a mortalidade de mulheres e a mortalidade materna produzidas pela violência são objetos de inúmeros estudos. Os impactos da violência contra mulheres também se expressam nos custos do setor saúde, uma vez que geram uma maior utilização de serviços de emergência e outros serviços de atenção à saúde, assim como através de custos indiretos que repercutem sobre o desenvolvimento econômico e a qualidade de vida como absenteísmo, perdas produtivas, mortes prematuras, incapacidades e disfunções. Deslandes et al (2000) apontam estimativas do Banco Mundial de Saúde (1993), revelando que “[...] a violência presente nas relações de

gênero representa um entre cada cinco dias de vida perdidos para mulheres em idade reprodutiva [...]”.

Entre as referências mencionadas no Brasil (Diniz e D’Oliveira, 1998), verifica-se que as causas externas se encontram como uma das responsáveis mais freqüentes pela mortalidade de mulheres em idade reprodutiva (25%), sendo os homicídios responsáveis por 13% das mortes. Deslandes et al (2000) ainda destacam que no Brasil, a violência doméstica e o estupro representam a sexta causa de anos de vida perdidos por morte ou incapacidade física em mulheres de 15 a 44 anos, ultrapassando o lugar ocupado pelos tipos de câncer, acidentes de trânsito e guerras.

Em Recife/Pernambuco, o estudo de Arnold et al (2007) destacou que as causas externas se constituíram como a terceira causa de morte de mulheres em idade fértil, representando 17,6% dos óbitos no período de 2000-2001, sendo superadas apenas pelas neoplasias e doenças do aparelho circulatório. Os homicídios foram o principal responsável por anos potenciais de vida perdido entre as mulheres do Recife, com um coeficiente de 8,82, seguidos de acidentes e demais causas.

De acordo com o SOS Corpo - Instituto Feminista para a Democracia, o feminicídio é o termo atualmente empregado para esta alarmante situação, cujos dados⁴, divulgados pela imprensa e demais órgãos governamentais, têm sido sistematizados e refletidos por aquela instituição. Considerando os dados revelados, observou-se que: 95% dos agressores são homens, dos quais predominam os familiares (61%) e conhecidos (22%) da vítima. Entre os familiares e conhecidos, a maior parte dos agressores se constitui de parceiros e ex-parceiros das vítimas, apresentando-se uma proporção de 63%.

Portella (2004) destaca que são as mulheres negras e pobres, as principais vítimas de homicídio e chama a atenção para a “democracia” no âmbito das agressões contra as mulheres, uma vez que se constituem como:

[...] um fenômeno que não respeita as fronteiras de raça, classe ou idade; mas os homicídios, expressão mais trágica dessa violência, têm um alvo certo e atingem apenas aquelas que não têm possibilidades de escapar do ciclo da violência [...].

Estudos de revisão da literatura expressam outros desfechos adversos produzidos pela violência para a saúde das mulheres, além da mortalidade, destacando-se então: lesões permanentes, abortos induzidos em condições de risco, dor crônica, infecções

⁴ Observatório da Violência – SOS Corpo, 2005. Disponível em <http://www.soscorpo.org.br/observatório>

vaginais, distúrbios do sono e da alimentação e doenças de efeito retardado, incluindo-se hipertensão arterial e doenças cardíacas. Sintomas e desordens gastrointestinais (ex: síndrome do intestino irritável) e outras lesões físicas como ruptura de útero na gravidez, fígado ou baço e fraturas pélvicas também são ocorrências freqüentes (Diniz e D'Oliveira, 1998; Campbell, 2002; Franco, 2003; Giffin, 1994).

As morbidades psiquiátricas também se incluem entre os agravos conseqüentes da violência pelo parceiro, sendo muito freqüente a depressão e o transtorno de estresse pós-traumático com co-morbidades como o suicídio, transtornos de ansiedade, insônia e disfunções sociais (Campbell, 2002; Coid et al, 2003; Ludermir et al, 2008). Dados do estudo multipaíses da OMS realizado entre 2000 e 2003 revelam expressões do sofrimento emocional, com elevadas proporções de pensamentos suicidas (32,6% a 56,1%) entre as mulheres brasileiras que sofriam violência física, sexuais ou ambas, tornando-as mais vulneráveis às tentativas de suicídio (Diniz, 2006).

Além dos agravos imediatos, a violência produzida neste âmbito relacional por ser, em geral, crônica e insidiosa, compromete a auto-estima e a auto-imagem de quem a sofre, deixa suas vítimas em situação de vulnerabilidade, acarretando outras seqüelas psíquicas e sociais, tais como alterações no estilo de vida e no modo de se relacionar com seus grupos sociais (Franco, 2003).

A violência cometida por parceiro íntimo corrói a autonomia sexual e reprodutiva das mulheres e corrompe a sua liberdade de expressar pretensões e desejos, de cuidar da própria saúde, de regular a fertilidade e planejar sua vida reprodutiva, assim como produz medo das reações do parceiro, dificuldades de negociações quanto ao uso de preservativos e métodos contraceptivos, um número maior de filhos e a gravidez não-planejada (Durand, 2005). Essas questões expressam como a organização social de gênero repercute na trama de submissão e exploração, na qual as mulheres se encontram inseridas e no campo da saúde sexual e reprodutiva, configurando-o num cenário para a violência (Heise et al, 2001).

No que se refere à violência cometida pelo parceiro íntimo, as conseqüências têm se revelado devastadoras para a saúde das mulheres na esfera sexual e reprodutiva. Neste campo, Pallitto (2004) apresenta uma ampla e crítica revisão da literatura, na qual se encontram diferentes achados acerca da associação entre a violência doméstica e a saúde materna, reprodutiva e infantil, destacando-se alguns estudos que focalizam as situações de violência cometida por parceiro íntimo.

Entre os achados mencionados pelo estudo acima citado, observa-se a associação entre a violência e problemas sexuais e ginecológicos, um risco aumentado de infecções por DST e por HIV, acesso tardio aos serviços de atenção pré-natal, uso reduzido de preservativos e grande probabilidade de ocorrência de gravidez não-pretendida, assim como níveis elevados de estresse, depressão e problemas de saúde física.

Estudos de base populacional nos Estados Unidos e em países em desenvolvimento denotam que o sexo forçado assim como outras condutas abusivas como a degradação sexual verbal, a recusa ao uso de condom e ao uso de métodos contraceptivos explicam as associações entre a violência cometida pelo parceiro íntimo e as DSTs, HIV e a gravidez não-pretendida (Campbell, 2002).

Um estudo de Faúndes et al (2000) pesquisou a associação entre a violência sexual com sintomas ginecológicos e disfunções sexuais. O instrumento de investigação do estudo focalizou o sexo vivenciado com o parceiro íntimo contra a vontade da mulher, com constrangimento e sem constrangimento, o que possibilitou dar maior visibilidade ao sexo forçado dentro do casamento. Entre os resultados obtidos, a partir de uma amostra com 1.838 mulheres, 54,8% referiram que, alguma vez, tiveram relações sexuais contra sua vontade, mas sem chegar ao extremo de ser obrigada; 31,8% disseram que isto ocorreu sem que elas tivessem se sentido constrangidas às relações e 23% mencionaram algum tipo de constrangimento. De acordo com os autores, o constrangimento foi expressivo da submissão de gênero, uma vez que “mulheres têm que servir aos seus maridos”, através das formas mais sutis de violência, ancoradas em justificativas como, por exemplo, evitar brigas entre o casal. Entre as conseqüências sexuais mais citadas foram encontradas a ausência de libido, anorgasmia e dispareunia, com maiores prevalências das disfunções entre as mulheres que declararam ter relações sexuais com constrangimento ou eram forçadas a fazer sexo.

No estudo da OMS no Brasil (Garcia-Moreno et al, 2006), 10% das mulheres em São Paulo e 14% na Zona da Mata pernambucana disseram que já haviam sido forçadas fisicamente a ter relações sexuais quando não queriam, forçadas a uma prática sexual degradante ou humilhante ou forçadas a práticas sexuais por medo do que o parceiro pudesse fazer. Heise (2001) chama a atenção para a interpretação social que é dada ao casamento em diferentes partes do mundo, destacando-se como uma garantia de sexo incondicional ao homem, um direito que se cumpre até mesmo através da força.

Diante do panorama apresentado, observa-se que a porta de entrada para as conseqüências adversas da violência doméstica têm sido os serviços de saúde, onde a medicalização dos corpos e sintomas se constitui como estratégia freqüentemente utilizada, sem relacioná-los com o contexto em que ocorrem (Franco, 2003).

Diniz (2006) chama a atenção para o olhar que os profissionais e as instituições de saúde dirigem a esses fenômenos, destacando que o atendimento prestado, em muitos sentidos, “invisibiliza ou mesmo nega a violência, já reduzida pelo jargão diagnóstico de quem atende ao ‘hematoma’, à ‘família disfuncional’, à ‘fratura’, ao ‘aborto incompleto’ ou ao ‘transtorno mental’, conforme a vocação do serviço”.

Tais expressões apontam para a realidade desenhada nos serviços de atenção à mulher, o que culmina em lacunas e distorções nas intervenções e nos encaminhamentos, tornando o caminho íngreme e sinuoso para as mulheres nos espaços que, a priori, deveriam ser competentes para acolher e lidar com essas questões. É esta visão compartimentalizada e reducionista dos sofrimentos manifestados pelas mulheres, que amplia a perpetuação dos ciclos de violência, inclusive, nas próprias instituições.

Frente aos descaminhos no contexto da assistência à saúde, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) aprovou uma resolução proveniente de assembléia realizada em Copenhague (1997) que, além de reconhecer a violência contra a mulher como um problema de saúde pública, recomenda a ginecologistas, obstetras e outros profissionais de saúde que se apropriem de conhecimento sobre o tema (extensão, tipos e conseqüências), desenvolvam a capacidade de identificar os seus determinantes e documentem suas conseqüências por meio de registro minucioso ao realizar o exame da vítima e, ainda, auxiliem nos processos legais, em casos de agressão sexual e estupro (Faúndes et al, 2000).

2.4 A violência cometida pelo parceiro íntimo e outros fatores associados à gravidez não-pretendida

Para compreender a magnitude dos fenômenos implicados na gravidez não-pretendida, faz-se necessário percorrer territórios que expressem as vivências e atitudes de mulheres e seus parceiros concernentes à reprodução, o que se encontra relacionado ao desejo, à intenção e à preparação para a gravidez, as atitudes em direção à contracepção, o tamanho de família pretendido, assim como as circunstâncias de vida

peçoal, a etapa da vida reprodutiva em que se encontra cada mulher, além das influências e reações do parceiro (Morin et al, 2001; Barrett et al, 2003).

O desejo, o planejamento e a pretensão de gravidez são termos geralmente utilizados como sinônimos, tanto no senso-comum como nos serviços de saúde. Um estudo de Barrett e Wellings (2002), através de grupos focais com mulheres grávidas ou no pós-parto, objetivou apreender os significados atribuídos à pretensão e planejamento da gravidez e desenvolver um instrumento de mensuração do evento. As autoras constataram que os termos mais freqüentes utilizados pelas mulheres, quando a gravidez não é pretendida são, em geral, “acidentes” ou “erros”, a depender dos sentimentos que acompanham a gravidez e dos seus desfechos, quer seja a continuação ou a interrupção da gravidez.

Os achados de Barrett e Wellings (2002) indicam que o termo planejamento tem pontos de interseção e superposição com a intenção de gravidez, destacando-se alguns critérios para classificar a gravidez como pretendida, tais como: clara intenção de ficar grávida associada a uma decisão deliberada de não usar contraceptivos, inclusão do parceiro no projeto de concepção e investimentos em estilos de vida que favoreçam a concepção, como por exemplo, participação em planejamento pré-concepcional nos serviços de saúde, busca por reorganizações econômico-sociais prevendo a chegada de um filho, dentre outras condutas.

Para as mulheres do estudo acima mencionado, a gravidez não-desejada se mostrou como um termo de difícil tradução, uma vez que pode abarcar inúmeros significados, desde sentimentos de tristeza e infelicidade quando a mulher tem a confirmação da gravidez, o desejo de realizar um aborto assim como as ambivalências afetivas em torno do evento, em função de algumas circunstâncias de vida.

Morin et al (2001) discorrem sobre esses termos e buscam recortar algumas distinções entre os conceitos de planejamento e desejo, ressaltando-se que o desejo pode expressar um sentimento, mas não corresponde, necessariamente, a atitudes conscientes em direção à gravidez, enquanto que o planejamento implica em ação, um processo contínuo e dinâmico em direção ao futuro, amparado por uma decisão. Neste estudo, os autores destacam que o planejamento familiar se refere aos meios que permitem um casal determinar o número de filhos que eles esperam ter, assim como o período de cada nascimento. Entre os fatores que interferem no planejamento familiar apontam para alguns aspectos da realidade, tais como: disponibilidade e uso efetivo de métodos contraceptivos, anos de escolaridade, trabalho feminino e instabilidade no emprego,

declínio da influência da Igreja e mudança de valores na sociedade acerca dos papéis conjugais. A intenção ou pretensão é outra face deste universo recortada pelos autores e segundo eles se encontra relacionada ao desejo da gravidez associado à fatores contextuais, particularmente o apoio de parceiros e pessoas significativas.

As pesquisas têm apontado um lugar de destaque para a influência do parceiro na intenção de gravidez e trazem contribuições para entender o interjogo entre os gêneros nesta esfera, destacando-se que o tipo de relacionamento estabelecido com o parceiro, os desejos deste último em relação à concepção, ao período para a ocorrência de gravidez e o tamanho de família pretendido interfere, significativamente, no desejo da mulher de conceber, de perceber a gravidez como pretendida e na decisão de manter ou interrompê-la (Stanford et al, 2000; Fischer et al, 1999; Dudgeona, 2004).

Tais referências são ratificadas por Green et al (2004), através de uma pesquisa com mulheres de 18-49 anos, casadas, brancas, com elevado status sócio-econômico e educacional, entrevistadas nos seis primeiros meses do pós-parto. Os resultados do estudo apontaram que dos 1.173 nascimentos, 29% não foram pretendidos, sendo maior a chance (ORaj = 7,3; IC 95%: 6,9- 7,5) de considerar a gravidez como não-pretendida entre as mulheres que referiram ter um parceiro sem desejo em relação à gravidez tinham.

O comportamento de homens e mulheres em torno da reprodução também pode ser apreendido através de outro elemento que desempenha importante papel nesta esfera, ou seja, os métodos contraceptivos, suas escolhas e formas de utilização. Kaye et al (2006) referem que a forma como a contracepção é utilizada e as falhas no seu uso podem ser um indicador proximal da gravidez não-pretendida.

Chumpitaz (2003) destacou referências da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) realizada em 1996 (Benfam, 1997), na qual se observou que aproximadamente 75% das mulheres e dos homens unidos usavam, na ocasião, um método anticoncepcional para limitar ou espaçar os nascimentos, sendo que nove de cada dez casais faziam uso de um “método moderno”⁵. A maior prevalência de tais métodos concentrava-se na esterilização feminina, correspondente a 40% das mulheres unidas, e na pílula usada por 21% delas, observando-se que entre os casais predominava a opção por um método usado exclusivamente pela mulher.

⁵ A definição de moderno inclui todos os tipos de contracepção hormonal, os dispositivos intra-uterinos, métodos de barreira, tais como diafragma e condom masculino e feminino, e a esterilização cirúrgica masculina e feminina (Faúndes et al, 2004).

O uso de métodos contraceptivos centrados na mulher (Chumpitaz, 2003) podem revelar a influência e a determinação do parceiro nos pactos em torno da reprodução, tornando-se mais decisiva nas situações em que este parceiro é o mediador dos recursos financeiros para acesso aos métodos (Dudgeona e Inhornb, 2004).

O padrão e o comportamento contraceptivo podem diferir, a depender do universo populacional, como revela o estudo de Duarte (1998) com estudantes de graduação, funcionários e docentes de uma universidade paulista. Neste estudo, os resultados apontam que 54% dos métodos implicavam na participação masculina, 92% expressaram que a prevenção é responsabilidade do casal e 55% referiram que a escolha do método contraceptivo havia sido realizada pelo casal. Para a autora, esses dados podem refletir maior igualdade nas relações de gênero estabelecidas nesse contexto específico, além de expressar outros referenciais quando o grupo em questão dispõe de outros recursos como: nível de escolaridade mais elevado, informação e envolvimento com a discussão dos problemas sociais do país.

O estudo de Green et al (2004) concorre com outros achados, acenando que 40% das mulheres com gravidezes não-pretendidas usavam método contraceptivo e 64% delas usavam métodos menos efetivos, como condom e diafragma. Neste estudo as variáveis associadas à gravidez não-pretendida, após ajustes por fatores de confundimento na análise dos dados foram: idade materna (menores de 25 anos, quando comparado com o subgrupo de 35-39 anos), paridade (maior ou igual a 2, quando comparado com o subgrupo das nulíparas) e a ausência de desejo pelo parceiro em relação à gravidez.

O primeiro estudo que investigou a associação entre a violência pelo parceiro íntimo e a gravidez não-pretendida no contexto da América Latina ocorreu na Colômbia (2000). Trata-se de um estudo transversal de base populacional com mulheres grávidas ou que haviam tido filhos nos últimos cinco anos, com idade entre 15 e 49 anos, com um casamento legalmente constituído ou em situação de coabitação conjugal. Considerando-se as diferenças contextuais de cinco regiões específicas do país, os resultados indicaram que 55% das respondentes tinham tido pelo menos uma gravidez não-pretendida e 38% haviam sido abusadas física ou sexualmente pelo parceiro atual ou mais recente. As mulheres que haviam sido física ou sexualmente violentadas, apresentaram maior risco ($OR_{aj}=1,4$; $p<0,001$) para uma gravidez não-pretendida (Pallitto e O'Campo, 2004-b).

Na análise dos dados da pesquisa acima referida, após ajustamentos por fatores de confundimento e interação, observaram-se os seguintes dados: quanto à idade, as mulheres mais velhas (acima de 28 anos) apresentaram menores riscos de gravidez não-pretendida (OR = 0,9; $p < 0,001$), enquanto que, considerando-se a paridade, mulheres com dois filhos ou mais evidenciaram maior risco (OR = 1,9; $p < 0,001$). O nível sócio-econômico apresentou-se como fator de interação, sendo fator de proteção para a gravidez não-pretendida apenas nas áreas urbanas. O nível de escolaridade não esteve associado ao desfecho pesquisado.

Pallitto e O'Campo (2004-b), analisando alguns trabalhos sobre o tema, chamam a atenção para o risco de subestimar-se a ocorrência de gravidez não-pretendida, quando nos estudos a resposta da mulher “queria a gravidez, mas não agora” é classificada como pretendida.

Finer et al (2006) avaliaram as taxas de gravidez não-pretendida e seus determinantes nos Estados Unidos, tomando como referência o período entre 1994 e 2001, destacando-se os seguintes achados: em 2001 havia uma prevalência de 49% de gravidez não-pretendida, sendo a média maior entre as mulheres entre 18-24 anos, solteiras que coabitavam com o parceiro, com baixa renda e baixa escolaridade e pertencentes a grupos étnicos e raciais excluídos socialmente. As taxas decresceram entre as adolescentes com bom nível sócio-econômico e educacional.

A violência sexual e a gravidez não-planejada foi uma associação pesquisada por Stewart e Cecutti (1993) em um estudo com mulheres grávidas, citado por Diniz et al (1998). No estudo, entre as mulheres que referiram sofrer violência sexual na gravidez, 88% declararam que a gravidez não havia sido planejada, enquanto que entre as que não referiram exposição à violência pelo parceiro, 30% mencionaram gravidez não-planejada.

Godwin et al (2000), num estudo de base populacional nos Estados Unidos, encontraram achados semelhantes, descrevendo que as gravidezes mencionadas como “inesperadas” ou não-desejadas estavam associadas a maior ocorrência de abuso físico nos 12 meses anteriores à gravidez ou durante a gestação (12,6% e 15,3% respectivamente), quando comparadas com as gravidezes pretendidas (5,3%).

Le et al (2004) apresentaram resultados de um estudo no Vietnã, 40º país mais populoso do mundo, onde o aborto é permitido por lei. Encontraram associações entre a gravidez não-pretendida e algumas variáveis específicas, como: idade das mulheres (maior risco de ocorrência no subgrupo com mais de 40 anos), casamento precoce

(mulheres que haviam casado antes dos 20 anos), passado de gravidez não-pretendida (com ou sem aborto anterior), uso de métodos contraceptivos anterior à gravidez (não-uso e uso inadequado), parceiro mais velho (diferença de idade maior que 4 anos).

A pesquisa de Cubbin et al (2002) realizada com mulheres no pós-parto na Califórnia (n = 7044) objetivou avaliar a associação entre os fatores sócio-econômicos e étnico-raciais e a gravidez não-pretendida. A diversidade populacional da amostra, envolvendo a participação de mulheres-imigrantes residentes na Califórnia, incluindo-se as africanas, asiáticas, européias (Leste Europeu), latinas e americanas de origem latina, expressou diferenças nos resultados para os referidos grupos populacionais. Concluíram que fatores sócio-econômicos como nível de pobreza, educação materna e paterna, status conjugal, idade, paridade, cobertura de seguro saúde, abuso sofrido e autonomia de vida estavam entre os fatores que, significativamente, interferiram na pretensão de gravidez e minimizaram o impacto dos fatores étnico-raciais na associação. Após os ajustes por fatores de confundimento, os resultados apontaram que, entre as mulheres investigadas, as que apresentaram maior chance de referir uma gravidez como não-pretendida, excetuando-se as latinas nascidas fora do país, tinham baixo nível de renda e escolaridade, estavam casadas, eram de cor negra e viviam abaixo da linha de pobreza.

Um dos desfechos mais freqüentes decorrente da gravidez não-pretendida é o aborto. O Instituto Guttmacher (1999) refere que 56% das gravidezes não-pretendidas que ocorrem com mulheres em países em desenvolvimento terminam em aborto induzido. Este se constitui num grave problema de saúde pública, sobretudo pelas condições de risco em que são realizados nos contextos de ilegalidade, tornando-se o responsável por elevadas taxas de morbimortalidade de mulheres em idade reprodutiva. Apesar dos subregistros, em especial nos países onde o abortamento é ilegal e criminalizado, as estimativas apresentam números elevados. Nos Estados Unidos estima-se que 1,6 milhões das gravidezes não-pretendidas terminam em aborto (Fisher et al, 1999).

Monteiro e Adesse (2006) atualizaram as estimativas de aborto induzido no Brasil, revelando que a taxa anual de abortamentos induzidos por 100 mulheres de 15 a 49 anos foi de 2,07 em 2005, encontrando-se maior ocorrência na região Nordeste com uma taxa de 2,73 e menor na região Sul, com 1,28 abortos/100 mulheres. Comparando-se ao ano de 1992, houve uma queda percentual de 50%, mas a proporção de abortos induzidos em relação ao número de nascidos vivos ainda foi de 30% em 2005. Tal fato “[...] consolida a idéia de que a anticoncepção no Brasil ainda não atingiu um volume

suficiente para evitar a elevada proporção de gravidezes indesejáveis [...]”, segundo os autores.

Os motivos que subsidiam a opção pelo abortamento são os mais diversos e recebem a influência do contexto sócio-cultural. No estudo de Menezes et al (2006) em três capitais brasileiras (Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre) com jovens de 18 a 24 anos, a autora buscou identificar os fatores associados ao aborto induzido na 1ª gravidez na perspectiva das mulheres, assim como de seus parceiros. Os resultados enunciam que, entre as mulheres, o nível de escolaridade mais elevado (ensino médio ou universitário), status social relacionado à classe média ou alta, relacionamento afetivo-sexual eventual (“ficar com”), instável ou sem a intenção de continuidade são fatores associados à opção pelo abortamento como desfecho da gravidez. Entre os homens, o aborto como desfecho da primeira gravidez de suas parceiras esteve relacionado ao fato de serem adolescentes, terem mais anos de estudo, não terem referências religiosas e o fato da gravidez ocorrer com uma parceira ocasional.

Um enfoque do estudo de Menezes et al (2006) se refere à opção pela gravidez em detrimento do aborto, mesmo na presença de gravidez não-pretendida, entre as jovens com baixo nível de renda e baixa escolaridade. A autora reflete que para este subgrupo, alijado das oportunidades, a maternidade é vivida como estratégia de inclusão e reconhecimento social, transformando-se no seu projeto de vida.

O caminho percorrido neste capítulo possibilita uma apropriação acerca da magnitude da gravidez não-pretendida e os aspectos discutidos em torno do tema, assim como a necessidade de reconhecê-la enquanto fenômeno da saúde coletiva, em especial no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva.

3 – OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Investigar a associação entre ter sofrido violência cometida pelo parceiro íntimo atual ou ex-parceiro mais recente e a ocorrência de gravidez não-pretendida entre mulheres grávidas, com idade entre 18 e 49 anos, casadas ou unidas independente de coabitação com o parceiro.

3.2 Objetivos Específicos

- Estimar a prevalência de gravidez não-pretendida entre as mulheres investigadas, considerando a gravidez atual;
- Descrever a frequência, os tipos de violência cometida pelo parceiro íntimo no cotidiano das relações, incluindo-se os tipos conjugados;
- Investigar a associação entre ter sofrido violência cometida pelo parceiro íntimo atual ou ex-parceiro mais recente e outros fatores associados à ocorrência de gravidez não pretendida;

4 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa integra parte do projeto intitulado: Aborto e Violência de Gênero, um estudo de corte transversal, desenvolvido no âmbito da linha de pesquisa “Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva”, vinculada ao Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PIPASC) da Universidade Federal de Pernambuco, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

4.1 Área geográfica do estudo

A área geográfica selecionada para a realização do referido estudo foi o DS II, que se encontra situado na Região Norte do Recife e é composto por vinte bairros a seguir relacionados: Arruda, Campina do Barreto, Campo Grande, Encruzilhada, Hipódromo, Peixinhos, Ponto de Parada, Rosarinho, Torreão, Água Fria, Alto Santa Terezinha, Bomba do Hemetério, Cajueiro, Fundão, Porto da Madeira, Beberibe, Dois Unidos e

Linha do Tiro, que estão distribuídos em três microrregiões. O território geográfico descrito compreende uma parte plana e uma parte de morros; encontra-se limitado ao norte e ao leste pelo município de Olinda e pelo DS III a oeste e ao sul. A extensão territorial do DS II é de 1.430 ha, que corresponde a 6,51% da área do município, representando a menor das seis regiões político-administrativas da cidade.

Segundo estimativas obtidas a partir do Censo 2000 (IBGE, 2000), o número de habitantes do distrito em 2005 era de 220.792, distribuídos em 52.383 domicílios, o que representa 14,48% da população recifense, sendo 53,46% mulheres e 46,54% homens. A população do distrito concentra-se em uma faixa etária entre 15 e 34 anos (36,9%). A densidade domiciliar corresponde a 3,79 hab/domicílio e a densidade demográfica é de 144 hab/ha, constituindo-se, então, o referido distrito na maior densidade demográfica e domiciliar do Recife. Do ponto de vista dos seus bairros, a maior densidade domiciliar encontra-se no bairro de Linha do Tiro (4,52 hab/domicílio) e a menor no Torreão (3,38 hab/domicílio). O referido distrito apresenta cinco zonas especiais de interesse social (ZEIS)⁶, onde residem aproximadamente 60% de toda a sua população, sendo uma das regiões do município do Recife que apresenta maior proporção de habitantes em ZEIS.

A ocupação do DS II é predominantemente residencial e de famílias nucleares, pertencentes a estratos de média e baixa renda. No Censo Demográfico (IBGE, 2000), entre os responsáveis pelo domicílio, 39,4% ganhavam até um salário mínimo ou não possuíam rendimento. Quanto à infra-estrutura, 95,4% dos domicílios do DS II estão ligados à rede geral de abastecimento de água, mas apenas 31,26% estão ligados à rede geral de esgotamento sanitário.

Considerando-se que os critérios para o cadastramento das famílias nas unidades dos PSFs são os mesmos em todas as áreas do município do Recife, optou-se por fazer a pesquisa em um único DS, visando minimizar os deslocamentos das entrevistadoras e eventuais transtornos operacionais. O critério utilizado para selecionar o referido distrito esteve relacionado à facilidade de acesso à diretoria do Distrito pela coordenação da pesquisa.

⁶ ZEIS (zonas especiais de interesse social): criadas em várias prefeituras desde a década de 80, consiste num instrumento urbanístico com padrões próprios para determinados assentamentos. As ZEIS visam incluir parcelas marginalizadas da cidade, a melhoria de condições de vida da população, através da inclusão de serviços e infra-estrutura urbana, dentre outros objetivos (Rolnik, 2006).

4.2 População de estudo e desenho da pesquisa

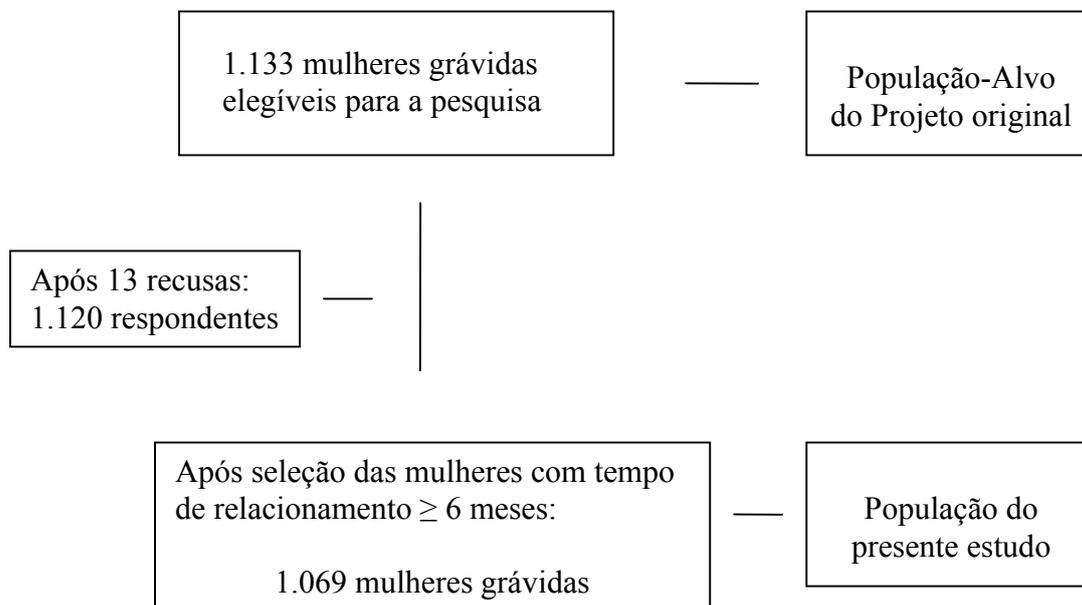
A população do projeto original constituiu-se de todas as mulheres grávidas com idade entre 18 e 49 anos, casadas ou unidas independente de coabitação com o parceiro, cadastradas no Programa de Saúde da Família (PSF) do distrito sanitário II (DS II) na cidade do Recife. Esta população foi identificada a partir dos cadastros para o pré-natal nas unidades do PSF ou através de registros das agentes comunitárias de saúde do referido distrito, totalizando 1.133 mulheres elegíveis. Após recusas de 13 mulheres, a população total foi composta por 1.120 respondentes, que compuseram o banco de dados da pesquisa original (fluxograma 1).

A idade mínima de 18 anos para participação na pesquisa esteve relacionada à autonomia da entrevistada para assinar o termo de consentimento, sem a necessidade de autorização de pessoas responsáveis. Em relação à investigação da violência, identificar situações de violência em menores de 18 anos, implicaria em cumprir com as exigências de notificação preconizadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

O desenho do estudo aqui apresentado consistiu num corte transversal de base populacional, utilizando-se o banco de dados da pesquisa acima mencionada, com os seguintes critérios de inclusão em relação à população investigada: mulheres grávidas, casadas ou unidas independente de coabitação, com um tempo de convivência mínimo correspondente a seis meses com o parceiro atual ou ex-parceiro mais recente de quem a mulher estava grávida.

No presente estudo foram excluídas as mulheres que mencionaram a ocorrência de uma gravidez decorrente de um relacionamento sexual ocasional e as que tinham menos de seis meses de relacionamento com o parceiro atual ou ex-parceiro mais recente, pois com este subconjunto não seria possível precisar informações relacionadas ao projeto reprodutivo do casal, havendo também lacunas de informação em relação às características sócio-econômicas e comportamentais do parceiro. Com os critérios estabelecidos, o estudo aqui apresentado trabalhou com 1.069 mulheres do universo de 1.133 mulheres elegíveis no projeto maior (fluxograma 1).

Fluxograma 1 – População de Estudo



4.3 Instrumento e procedimentos para a coleta de dados

O instrumento utilizado consistiu de um questionário estruturado com questões pré-codificadas, composto por um formulário de consentimento e 11 seções. No que se refere à investigação da violência pelo parceiro íntimo, o instrumento foi adaptado a partir do Questionário da Mulher do Estudo Multipaíses sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica da Organização Mundial de Saúde, previamente testado e validado para sua aplicação em qualquer contexto cultural (Garcia-Moreno et al, 2006).

No presente estudo foram selecionadas as informações das seguintes seções:

Seção 1 - Características sócio-econômicas e demográficas da mulher

Seção 2 - História Reprodutiva e Contraceptiva

Seção 3 - Gravidez atual

Seção 5 - Parceiro atual ou mais recente

Seção 7 - A entrevistada e seu parceiro atual (ou mais recente)

Seção 10 - Autonomia Financeira

Para a aplicação do questionário foram realizadas entrevistas face a face no período de julho de 2005 a março de 2006, com uma apresentação prévia do termo de

consentimento livre e esclarecido por entrevistadoras do sexo feminino, adequadamente treinadas. Independente da idade gestacional da mulher quando registrada no PSF, o período destinado para a realização das entrevistas correspondeu ao terceiro trimestre de gestação (31 semanas ou mais) por decisão da coordenação da pesquisa, considerando que investigar um fenômeno de tal magnitude como a violência pelo parceiro e suas implicações para a gravidez e para a saúde da mulher, poderia provocar maior mobilização emocional para as investigadas, assim como dificultar a abordagem ao tema no início da gravidez.

O local designado para realização das entrevistas foi acordado com as mulheres participantes da pesquisa (domicílio, serviço de saúde ou outro local), desde que condições de sigilo e privacidade estivessem preservadas. A maioria das entrevistas foi realizada em espaços dos serviços de saúde freqüentados pelas mulheres, excetuando-se algumas que foram realizadas nos domicílios das entrevistadas. Foi garantida às mulheres a possibilidade de interrupção da entrevista, caso alguma delas sentisse essa necessidade.

Visando garantir a qualidade na realização das entrevistas e a confiabilidade das informações coletadas, além do treinamento técnico especializado com a equipe de campo, foram adotados outros procedimentos, tais como: avaliação das informações obtidas com a correção dos questionários e checagem da consistência interna dos dados; reuniões semanais envolvendo a coordenadora de campo, as entrevistadoras e a coordenação da pesquisa para discussão sobre os achados; desenvolvimento de estratégias para a superação das dificuldades encontradas durante a realização das entrevistas e para o aperfeiçoamento do trabalho de campo.

4.4 Definição de termos e variáveis

A gravidez não-pretendida, variável dependente do presente estudo, foi operacionalizada a partir da seguinte pergunta do questionário: *Antes de saber que estava grávida, você:* (a)“estava tentando engravidar”; (b)“queria engravidar”; (c)“queria, mas não agora”; (d)“não queria engravidar”; ou (e)“não fazia diferença”. As respostas que classificaram a gravidez como não-pretendida foram as alternativas (c) e (d). As duas primeiras opções da questão caracterizaram a pretensão de gravidez pela mulher. Em relação a todas as respondentes que declararam que a gravidez “não fazia diferença” (n=50, o que correspondeu a 4,7% da amostra), foi realizada uma análise

detalhada dos questionários, considerando-se outros dados do projeto reprodutivo (motivos para a mulher não querer engravidar, sua reação à gravidez, se pensou em aborto ou fez alguma tentativa, número de filhos tidos e pretendidos, motivos para ter levado a gravidez adiante), além de observações adicionais registradas em cada questionário pelas entrevistadoras. Tal análise proporcionou a classificação da gravidez de 35 respondentes como pretendida e de 15 mulheres como não-pretendida. Com este percurso, a pretensão de gravidez pela mulher foi transformada numa variável dicotômica (não-pretendida versus pretendida).

A partir de revisão da literatura sobre o tema, foram selecionadas as variáveis independentes a seguir relacionadas.

- Bloco 1 - Características sócio-econômicas e demográficas da mulher: idade, cor da pele, anos de estudo, religião e inserção produtiva.

A variável idade foi construída considerando-se três níveis: as mulheres com idade igual ou inferior a 19 anos, as que tinham entre 20 e 29 anos e as que tinham 30 anos ou mais.

A variável cor da pele foi auto-referida pelas mulheres, diante das seguintes opções apresentadas: “branca”, “preta”, “parda”, “amarela”, “indígena” e “não sabe”. Para a análise bivariada a variável foi dicotomizada, utilizando-se dois níveis: não-brancas e brancas.

A religião foi uma variável construída a partir das referências “ter ou não ter alguma religião” e a frequência à missas, cultos ou outros eventos religiosos.

Os anos de estudo foram distribuídos em três níveis: 0 a 4 anos; 5 a 8 anos e 9 anos ou mais, em razão da distribuição de frequência encontrada revelar poucas mulheres com grau de instrução superior incompleto ou superior.

A inserção produtiva correspondeu à situação da mulher no mercado de trabalho e nesta variável foram consideradas três categorias: na primeira categoria foram incluídas as aposentadas, donas de casa e desempregadas, na segunda categoria as estudantes e na terceira categoria as mulheres com inserção produtiva, ou seja, que referiram estar empregadas, independente de carteira assinada, as autônomas e empregadoras. As estudantes, ainda que sem inserção no mercado de trabalho, foram localizadas em um subgrupo em separado, pois apresentaram maior proporção e maior chance para o desfecho na etapa bivariada da análise.

- Bloco 2 - Características sócio-econômicas e comportamentais do parceiro: inserção produtiva, uso abusivo de álcool e uso de drogas ilícitas.

A variável inserção produtiva mencionada neste bloco baseou-se em informação da mulher que referia se o parceiro tinha ou não alguma renda pessoal e se estava trabalhando, desempregado, aposentado ou estudando. No que refere aos anos de estudo, foi utilizada a mesma distribuição adotada para os anos de estudo da mulher.

Quanto ao uso abusivo de álcool, foi investigado se o parceiro usava ou não usava álcool e com que frequência a mulher referia tê-lo visto embriagado nos últimos 12 meses (semanal, mensal ou ocasional e a ausência de embriaguez). Considerando-se os dois primeiros níveis da variável, os dados da análise bivariada demonstraram não haver diferenças estatisticamente significantes entre as razões de chance de gravidez não-pretendida, o que levou a transformá-la em dicotômica. Quanto ao uso de drogas não foi considerada a frequência de uso, mas apenas se o parceiro usava ou não algum tipo de droga ilícita.

- Bloco 3 - Interação entre mulheres e parceiros: situação conjugal, tempo de convivência com o parceiro, atitudes de restrição social infligidas pelo parceiro e ter sofrido alguma forma de violência pelo parceiro íntimo antes da gravidez atual.

A situação conjugal foi categorizada em três níveis: “casadas ou vivendo junto com o parceiro”, “com um parceiro, mas sem viver junto” e “separadas ou sem parceiro na ocasião da entrevista”. Na etapa multivariada, a variável foi dicotomizada: estar sem parceiro ou ter parceiro, independente de coabitação.

O tempo de relacionamento com o parceiro foi a princípio categorizado em três níveis: 6 meses a 4 anos; 5 a 7 anos; 8 anos ou mais. Analisando-se as estimativas de risco entre os diferentes níveis na análise bivariada, verificou-se que o subgrupo com 8 anos ou mais de relacionamento apresentou um intervalo de confiança contido no intervalo apresentado pelo subconjunto com 6 meses a 4 anos (tabela 2), o que possibilitou dicotomizar a variável para a etapa multivariada da análise, agregando-se estas duas categorias. O subgrupo com 5 a 7 anos de relacionamento foi situado na linha de base, uma vez que na etapa exploratória, pertencer a esta categoria se revelou como um fator de proteção para o desfecho.

As atitudes de restrição social do parceiro para com a mulher encontraram suas expressões, a partir de respostas positivas da mulher a uma alternativa ou mais da questão: “pensando no seu marido/companheiro (atual ou mais recente), você diria que ele geralmente: (a) tenta impedi-la de visitar ou ver amigos, restringe o contato com a família, insiste em saber onde você está, trata-lhe com indiferença, fica zangado se você conversa com outro homem, suspeita de infidelidade, espera que lhe peça permissão

antes de procurar um serviço de saúde, impede ou tentou impedi-la de trabalhar ou estudar.

A violência cometida pelo parceiro íntimo foi identificada mediante a resposta afirmativa a qualquer dos itens que integraram as perguntas referentes às situações de violência psicológica, física e/ou sexual infligidas pelo parceiro atual ou ex-parceiro mais recente, sem que a mulher estivesse grávida. É válido destacar que a investigação das situações de violência foi dirigida a qualquer período da trajetória relacional com o parceiro, antes da ocorrência da gravidez atual.

Quanto às diferentes formas de manifestação da violência, a violência psicológica, considerada como “ação ou omissão que causa ou visa causar dano à auto-estima, identidade ou desenvolvimento da pessoa” (OPS/OMS, 2001), foi operacionalizada no estudo em função de respostas positivas da mulher a uma ou mais alternativas da pergunta: “alguma vez, sem que você estivesse grávida, seu atual marido/namorado/companheiro (a) insultou-lhe ou fez com que se sentisse mal a respeito de si-mesma; (b) depreciou ou humilhou-a na frente de outras pessoas, (c) fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito, (d) ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta”.

A violência física compreendida como “o uso intencional da força física com o risco potencial de causar morte, incapacidades, lesões ou outros danos” (OPS/OMS, 2001), foi identificada frente à resposta afirmativa a uma ou mais opções da pergunta: “alguma vez, sem que você estivesse grávida, seu atual marido/namorado/companheiro (a) deu-lhe tapas ou atirou-lhe algo que poderia machucá-la; (b) empurrou-lhe ou deu-lhe um tranco/chacoalhão; (c) machucou-lhe com socos ou algum outro objeto; (d) chutou, arrastou ou surrou-lhe, (e) tentou estrangulá-la ou queimá-la de propósito, (f) ameaçou ou usou arma de fogo, faca ou outra arma contra ela”.

A violência sexual compreendida como “todo ato sexual no qual uma pessoa em relação de poder e por meio da força física, coação ou intimidação psicológica, obriga a outra pessoa, grupo ou comunidade a executar ou a participar de atos sexuais contra a sua vontade para obtenção de gratificação do agressor” (OPS/OMS, 2001), foi operacionalizada a partir de respostas positivas a uma ou mais das seguintes alternativas: “alguma vez, sem que você estivesse grávida, seu atual marido/namorado/companheiro (a) forçou-lhe fisicamente a manter relações sexuais sem que você quisesse; (b) você teve relação sexual por medo do que o parceiro pudesse fazer, (c) o parceiro forçou-lhe a uma prática sexual que você considera humilhante”.

As formas combinadas se caracterizaram pela superposição de ocorrência de um ou mais tipos de violência ou por todos os tipos. A literatura tem documentado que a violência física, quando mencionada pelas mulheres, encontra-se, em geral, acompanhada pela violência psicológica e nas declarações que afirmam a presença de violência sexual, há expressões imbricadas da violência física (Schraiber, 2007).

- Bloco 4 - Atitudes e intenções em relação à gravidez: uso de algum método contraceptivo no mês anterior à gravidez, intenção reprodutiva, pretensão de gravidez pelo parceiro; negação do parceiro ao uso de contracepção.

Para o uso de algum método contraceptivo no mês anterior à gravidez foram consideradas duas categorias: uso e não-uso.

A intenção reprodutiva, que se referiu à relação entre o número de filhos nascidos vivos e o número de filhos pretendidos revelados pela mulher, foi categorizada em dois níveis: nível 1 - número de filhos nascidos vivos maior que o pretendido e nível 2 - número de filhos nascidos vivos menor ou igual ao pretendido.

A pretensão de gravidez pelo parceiro foi avaliada a partir da seguinte pergunta presente na seção 3 do questionário: Na época em você ficou grávida, seu marido ou parceiro: (a)“queria a gravidez”, (b)“queria esperar mais um pouco”, (c)“não queria filhos/mais filhos”, (d)“não fazia diferença” e (e)“outras”. A primeira alternativa expressa claramente a pretensão de gravidez, as alternativas (b) e (c) revelam a ausência de pretensão no momento atual. Diante da opção (d) que expressa a indiferença, foi realizada uma análise minuciosa considerando-se outros dados desta seção relacionados ao parceiro (reação dele à gravidez, participação e atitudes no uso de contraceptivo, motivo do casal não evitar a gravidez, atitudes em relação ao aborto), assim como eventuais observações assinaladas pelas entrevistadoras, o que possibilitou avaliar a reclassificação dos indiferentes. Neste subgrupo foram encontrados 73 respondentes, o que correspondeu a 6,8% das respostas. Após análise dos dados relacionados, todas as respostas pertencentes a esta categoria foram classificadas como não-pretensão de gravidez pelo parceiro.

A negação do parceiro ao uso de contracepção foi avaliada em função de resposta afirmativa da mulher a pergunta que investigou se: “alguma vez o parceiro se recusou, desaprovou ou tentou impedi-la de usar algum método para evitar a gravidez”.

No presente estudo optou-se pela seleção de variáveis independentes que expressaram as interações das mulheres com os respectivos parceiros e as atitudes de ambos em relação à gravidez, antes da ocorrência desta última.

4.5 Plano de descrição e análise dos dados

Inicialmente foi apresentada a caracterização das mulheres estudadas, descrevendo-se o perfil sócio-econômico e demográfico. A seguir, foram apresentados os resultados da análise bivariada, verificando-se os fatores associados à gravidez não pretendida com as respectivas razões de chances de ocorrência do desfecho (*odds ratio* brutas), os valores dos intervalos de confiança e os respectivos valores de *p*. A significância estatística foi atribuída à associação a partir da análise dos resultados do teste χ^2 de *Mantel Haenzel* com o correspondente valor de *p* igual ou inferior a 0,05 e do intervalo de confiança a 95%. Colinearidade entre as variáveis independentes foram testadas, não sendo encontrada nenhuma indicação nesta direção. Análise de interação também foi realizada, para avaliar a presença de alguma variável que tivesse efeito modificador sobre o desfecho.

Na multivariada realizou-se uma análise de regressão logística múltipla não condicional, utilizando-se o procedimento *forward stepwise* com entrada hierarquizada dos dados, a partir da construção de um modelo teórico (figura 1). A revisão da literatura específica sobre o tema e a análise bivariada dos dados empíricos subsidiaram a seleção das variáveis para esta etapa da análise, sendo aqui incluídas as variáveis, cujas associações com o efeito estudado, apresentaram um valor de *p* menor ou igual a 0,20.

O modelo teórico hierarquizado, quando utilizado como referencial para a condução da análise multivariada, tem como pressuposto que os fatores de risco hierarquicamente superiores também exercem sua influência sobre o desfecho, através dos fatores que se situam em níveis intermediários e inferiores do modelo.

No presente estudo, o modelo hierárquico foi escolhido em função dos múltiplos e complexos fatores implicados em torno do desfecho pesquisado e da possibilidade de se investigar a associação destes fatores e seus diferentes níveis de determinação sobre a gravidez não-pretendida. Foram considerados os determinantes contextuais mais amplos, destacando-se os fenômenos do contexto de vida da mulher e do parceiro, os determinantes relacionados às interações da mulher com o parceiro no vínculo afetivo-sexual e os fatores mais proximais ao desfecho, que traduzem como as mulheres e seus parceiros se comportaram em relação ao planejamento e à pretensão de gravidez.

Para a análise multivariada foram percorridas as seguintes etapas: Inicialmente os fatores sócio-econômicos e demográficos da mulher que integraram o primeiro bloco

foram ajustados entre si, avaliando-se os fatores que se mantiveram associados ao desfecho. O nível de significância (valor de p menor ou igual a 0,05) para a razão de máxima verossimilhança (RMV) subsidiou a seleção das variáveis que seriam mantidas no referido bloco. Para as etapas subsequentes foram mantidas aquelas variáveis que permaneceram associadas à gravidez não-pretendida, após ajuste para as variáveis de confusão dentro de cada bloco e para as remanescentes dos níveis anteriores.

O tratamento estatístico dos dados foi processado através dos programas *Epi Info 6 versão 6,04* e *SPSS versão 12.0 para Windows*.

4.6 Considerações Éticas

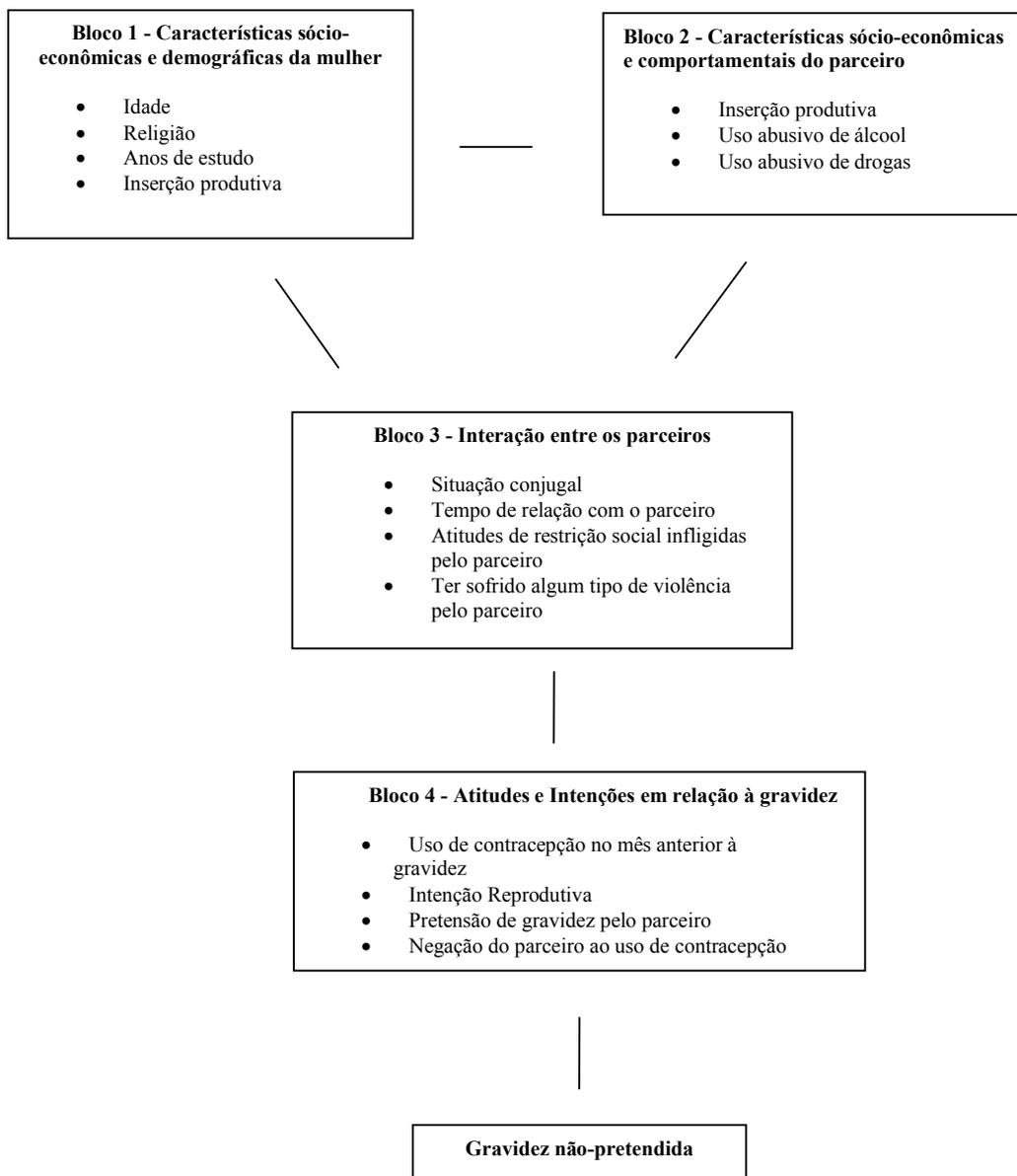
O projeto original foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Conforme descrito em item anterior, antes do início de cada entrevista foi apresentado um termo de consentimento livre e esclarecido a todas as mulheres elegíveis para o estudo, deixando-se às mulheres concordantes em participar da pesquisa a escolha de assinar ou não o referido termo. Nas situações em que a mulher optou por não assiná-lo, a entrevistadora registrava a leitura do mesmo e a concordância da mulher em participar da pesquisa com uma rubrica ao final. Nesta etapa foi garantido o sigilo das informações e esclarecido o direito da mulher de interromper a entrevista ou de não responder a qualquer das perguntas realizadas, caso não estivesse disponível.

Durante a entrevista, diante de qualquer interferência de outras pessoas, a entrevistadora utilizava um questionário substituto com questões gerais sobre saúde, para preservar o sigilo das informações que estavam sendo coletadas e evitar a exposição da mulher entrevistada.

Ao final de cada entrevista, todas as mulheres, independente de mencionarem ter sofrido ou estar em situação de violência, recebiam um panfleto elaborado pela equipe de pesquisa contendo informações e listagem de endereços sobre os serviços sociais, de saúde, jurídicos e policiais especializados em atendimento às mulheres em situação de violência, disponíveis na cidade do Recife.

Figura 1 – Modelo hierárquico para análise da associação entre as variáveis independentes com a gravidez não-pretendida entre mulheres grávidas (18-49 anos) em Recife - PE.



5- Resultados

5.1 Caracterização da população estudada

No presente estudo, entre as 1069 mulheres grávidas pesquisadas, 646 mulheres (60,4%), ou seja, seis em cada dez mulheres referiram a gravidez como não-pretendida. É válido destacar que com o recorte populacional do presente estudo, a proporção encontrada diz respeito às mulheres que levaram à gravidez adiante, excluindo-se as que abortaram.

Quanto à caracterização da população estudada observou-se que, considerando-se os fatores sócio-econômicos e demográficos houve uma proporção maior de mulheres com idade entre 20 e 29 anos (65,7%), não brancas (79,5%), com religião (57,2%), com escolaridade entre 5 e 8 anos (39,1%), sem inserção produtiva, ou seja, aposentadas, donas de casa e desempregadas (70,7%), sem renda pessoal ou com renda inferior a um salário mínimo (81,6%),

No que se refere aos fatores sócio-econômicos e comportamentais do parceiro, verificou-se uma predominância de parceiros com inserção produtiva (78,4%), sem história de uso abusivo de álcool no último ano (56,8%) e sem referências ao uso abusivo de drogas ilícitas (92,0%).

Entre os fatores que caracterizaram a interação entre os parceiros, observou-se maior proporção de mulheres com parceiros íntimos independente de coabitação (89,3%), com tempo de relacionamento com os respectivos parceiros variando entre 6 meses e 4 anos (53,7%), que sofriam restrições sociais pelos parceiros (71,9%) e que sofriam algum tipo de violência infligida pelos parceiros (32,7%).

O último bloco de variáveis, referentes às atitudes e intenções em relação à gravidez revelou que a maioria das mulheres investigadas não estava fazendo uso de contracepção antes da gravidez atual (65,5%), tinham um número de filhos menor do que o pretendido (44,2%), referiu que seus parceiros pretendiam a gravidez atual (57,7%) e mencionou não haver recusas dos parceiros ou tentativas de impedi-las a usar métodos para evitar a gravidez.

5.2 Prevalências da violência cometida pelo parceiro íntimo

No que se refere à exposição principal do presente estudo, 32,7% (n=350) da população investigada revelou ter sofrido algum tipo de violência pelo parceiro íntimo

atual ou ex-parceiro mais recente, encontrando-se neste grupo diferentes prevalências entre os tipos de violência sofridos, independente do desfecho pesquisado (tabela 1): 26% de violência psicológica, 21,4% de violência física e 6,1% de violência sexual, considerando-se que as mulheres podiam declarar sofrer mais de um tipo simultaneamente.

Tabela 1 - Caracterização dos tipos de violência cometida pelo parceiro, alguma vez, sem que a mulher estivesse grávida.

Tipos de violência	% (n)
Não sofreu violência	67,3 (719)
Violência psicológica	26,0 (278)
Violência física	21,4 (229)
Violência sexual	6,1 (65)

* Cada entrevistada poderia declarar mais de um tipo de violência simultaneamente.

As formas combinadas da violência e suas respectivas prevalências são encontradas na tabela 2, observando-se que entre as mulheres que referiram ter sofrido algum tipo de violência: 9,6% declarou violência psicológica isolada, 17,5% mencionou ter sofrido violência física isolada ou combinada com a psicológica ou sexual, 1,7% violência sexual isolada ou combinada com a psicológica e 3,9% revelou ter sofrido todas as formas simultaneamente.

Tabela 2 – Formas combinadas de violência cometida pelo parceiro, alguma vez, sem que a mulher estivesse grávida.

Tipos de violência	% (n)*
- Ter sofrido alguma forma de violência	32,7 (350)
- Psicológica isolada	9,6 (103)
- Violência física isolada ou combinada com a violência psicológica ou sexual	17,5 (187)
- Violência sexual isolada ou combinada com a violência psicológica	1,7 (18)
- Todas as formas de violência simultaneamente	3,9 (42)

* Percentual calculado sobre o total de mulheres entrevistadas.

A magnitude da violência pode ser ainda apreendida em suas diferentes expressões ou subtipos revelados pela população do estudo, de acordo com os dados da tabela 3.

Tabela 3 – Tipos de violência cometida pelo parceiro íntimo e suas diferentes expressões

Tipos de Violência	%*
Violência Psicológica (n=278)	
- Insultou ou fez com que se sentisse mal a respeito de si mesma	33,8
- Depreciação/Humilhação	29,7
- Assustou/Amedrontou	12,2
- Ameaçou machucar	24,3
Violência Física (n=229)	
- Tapas ou jogou algo para machucar	27,7
- Empurrou ou deu-lhe tranco	33,0
- Machucou com soco ou algum objeto	12,2
- Chutou, arrastou ou surrou	8,0
- Tentou estrangular ou queimar	8,5
- Ameaçou com arma de fogo ou arma branca	10,6
Violência Sexual (n=65)	
- Forçou fisicamente a manter relações sexuais quando ela não queria	35,3
- Teve relações sexuais quando estava com medo do que o parceiro pudesse fazer	32,3
- Forçou a prática sexual que ela considera humilhante	32,3

* Percentual calculado sobre o total de mulheres entrevistadas de acordo com o tipo de violência.

A tabela 4 descreve os resultados das associações entre as formas combinadas de violência e a gravidez não-pretendida, revelando-se que entre as mulheres que diziam ter sofrido alguma forma de violência, a proporção do desfecho foi duas vezes maior em relação às que relataram não ter sofrido nenhuma forma de violência e no grupo das expostas, a chance de apresentar a gravidez não-pretendida foi 1,7 vezes maior; entre as que disseram sofrer a violência física isolada ou combinada com alguma forma de violência psicológica ou sexual, encontrou-se a gravidez não-pretendida em elevada proporção (70,1%) com uma chance 1,8 vezes maior de apresentar o desfecho em relação ao grupo de comparação. Entre as mulheres que disseram sofrer todas as formas de violência, houve um aumento da prevalência do desfecho (77,3%) e uma chance quase três vezes maior de ter uma gravidez não-pretendida em relação à linha de base.

Tabela 4 - Associação entre ter sofrido violência cometida pelo parceiro ou ex-parceiro mais recente e pretensão de gravidez

Violência	Gravidez		OR Bruta	IC(95%)	p(χ^2)
	Não-pretendida % (n)	Pretendida % (n)			
Ter sofrido alguma forma de violência					
Sim	69,1 (241)	30,9 (108)	1,74	1,33-2,28	0,000
Não	56,3 (404)	43,7 (314)	1	-	-
Violência psicológica isolada					
Sim	66,0 (68)	34,0 (35)	1,51	0,96-2,38	0,061
Não	56,3 (404)	43,7 (314)	1	-	-
Violência física isolada ou combinada com a psicológica ou sexual					
Sim	70,1 (131)	29,9 (56)	1,82	1,27-2,61	0,001
Não	56,3 (404)	43,7 (314)	1	-	-
Violência sexual isolada ou combinada com a psicológica					
Sim	55,6 (10)	44,4 (8)	0,97	0,35-2,73	0,952
Não	56,3 (404)	43,7 (314)	1	-	-
Ter sofrido todas as formas de violência					
Sim	77,3 (33)	21,4 (9)	2,85	1,29-6,50	0,004
Não	56,3 (404)	43,7 (314)	1	-	-

* As odds ratio foram calculadas tendo como linha de base as entrevistadas que declararam não sofrer violência pelo parceiro

5.3 Fatores associados à gravidez não-pretendida: Análise Bivariada

No presente estudo, a investigação entre a exposição principal e a gravidez não-pretendida realizada nesta etapa da análise revelou que entre as mulheres que declararam ter sofrido algum tipo de violência cometida pelo parceiro íntimo atual ou ex-parceiro mais recente, a proporção de gravidez não-pretendida foi de 69,1% e neste grupo a razão de chance para o desfecho foi 1,74 vezes maior (IC95%:1,33-2,28; $p=0,000$), comparando-se às mulheres que declararam não sofrer nenhum tipo de violência (56,3%) como observado na tabela 5.

A análise bivariada com as demais variáveis independentes do estudo demonstrou que, no que se refere ao bloco dos fatores sócio-econômicos e demográficos da mulher (tabela 5) encontrou-se maiores proporções e maiores razões de chance de gravidez não-pretendida entre as mulheres adolescentes ou com idade entre 20 e 29 anos, com baixa escolaridade ou com 5 a 8 anos de estudo, as estudantes e as que se

encontravam sem inserção produtiva. Nesta etapa da análise, as variáveis raça/cor e religião não se mostraram associadas à gravidez não-pretendida.

Tabela 5 - Associação entre fatores sócio-econômicos e demográficos da mulher e pretensão de gravidez

Fatores	Gravidez		OR Bruta	IC(95%)	p(χ^2)
	Não-pretendida % (n)	Pretendida % (n)			
Idade					
- ≤ 19anos	61,4 (89)	38,6 (56)	2,35	1,54-3,58	0,000
- entre 20 e 29 anos	60,9 (427)	39,1 (274)	2,30	1,74-3,04	0,000
- ≥30 anos	58,6 (130)	41,4 (92)	1	-	-
Raça / Cor					
- Não Branca	59,8 (508)	40,2 (341)	0,87	0,64-1,18	0,375
- Branca	63,1 (137)	36,9 (80)	1	-	-
Anos de Estudo					
- 0 a 4 anos	64,5 (162)	35,5 (89)	1,64	1,72-2,30	0,002
- 5 a 8 anos	65,5 (274)	34,4 (144)	1,71	1,28-2,20	0,000
- 9 anos ou mais	52,6 (210)	47,4 (189)	1	-	-
Religião					
- Sem religião	63,4 (286)	36,6 (165)	1,23	0,95-1,59	0,105
- Com religião	58,5 (358)	41,5 (254)	1	-	-
Inserção Produtiva *					
- Sem inserção	61,5 (464)	38,5 (291)	1,33	0,99-1,79	0,051
- Estudantes	74,1 (43)	25,9 (15)	2,39	1,21-4,76	0,006
- Com inserção	54,5 (239)	45,5 (116)	1	-	-

* Sem inserção produtiva: mulheres desempregadas e aposentadas; Com inserção produtiva: empregadas

Entre os fatores relacionados ao parceiro (tabela 6), foi encontrada maior proporção e mais chance de gravidez não-pretendida entre as mulheres que mencionaram ter parceiros com baixa escolaridade (0 a 4 anos de estudo), sem atividade produtiva remunerada, que faziam uso abusivo de álcool, usuários de drogas ilícitas. É válido destacar que a escolaridade do parceiro não foi uma variável incluída na etapa multivariada da análise, em função do desconhecimento das mulheres acerca desta realidade, resultando em inúmeras lacunas de informação.

Tabela 6 - Associação entre fatores sócio-econômicos e comportamentais do parceiro e pretensão de gravidez

Fatores	Gravidez		OR Bruta	IC(95%)	p(χ^2)
	Não-pretendida % (n)	Pretendida % (n)			
Inserção produtiva					
- Sem inserção	69,4 (154)	30,6 (68)	1,64	1,19-2,26	0,002
- Com inserção	57,9 (485)	42,1 (352)	1	-	-
Anos de Estudo					
- 0 a 4 anos	67,7 (159)	32,3 (76)	1,80	1,26-2,58	0,000
- 5 a 8 anos	60,7 (218)	39,3 (141)	1,33	0,98-1,82	0,059
- 9 anos ou mais	53,7 (188)	46,3 (162)	1	-	-
Uso abusivo do álcool					
- Embriaguez semanal	65,5 (112)	34,5 (59)	1,43	0,99-2,06	0,048
- Embriaguez mensal/ ocasional	64,7 (187)	35,3 (102)	1,38	1,02-1,86	0,030
- Nunca	57,1(346)	42,9 (260)	1	-	-
Uso de Drogas					
- Sim	78,8 (67)	21,2 (18)	2,59	1,52-4,43	0,000
- Não	58,9 (579)	41,1 (404)	1	-	-

Considerando-se as variáveis que expressaram as interações entre os parceiros (tabela 7), constatou-se maior proporção de gravidez não-pretendida e maiores estimativas de risco para a ocorrência deste desfecho entre as mulheres que referiram estar em relacionamentos mais recentes com o parceiro (0 a 4 anos) ou em relacionamentos mais antigos (igual ou superior a 8 anos), estar separadas do parceiro na ocasião da entrevista, sofrer atitudes de restrição social pelo parceiro e ter sofrido alguma forma de violência por este último, conforme dados apresentados na tabela 4.

Tabela 7 - Associação entre fatores relacionados à interação entre os parceiros e pretensão de gravidez

Fatores	Gravidez		OR Bruta	IC(95%)	p(χ^2)
	Não-pretendida % (n)	Pretendida % (n)			
Situação Conjugal					
- Separadas	81,6 (93)	18,4 (21)	3,67	2,19-6,22	0,000
- Com parceiro, sem viver junto	73,4 (124)	26,6 (45)	2,29	1,56-3,36	0,000
- Com parceiro e Vivendo junto	54,6 (429)	45,4 (356)	1	-	-
Tempo de Relacionamento com parceiro					
- 6 meses a 4 anos	62,5 (358)	37,5 (215)	1,48	1,08-2,03	0,012
- entre 5 e 7 anos	52,9 (126)	47,1 (112)	1	-	-
- entre 8 anos ou mais	63,0 (162)	37,0 (160)	1,52	1,04-2,21	0,023
Atitudes de restrição social pelo parceiro *					
- Sim	63,3 (486)	36,7 (282)	1,51	1,51-1,98	0,003
- Não	53,3 (160)	46,7 (140)	1	-	-

(*) Atuações do parceiro para restringir ou impedir o convívio da mulher com amigos, parentes e com outros homens, assim como impedir a realização de projetos pessoais como trabalho e estudo, a procura da mulher pelo serviço de saúde e suspeitas de infidelidade.

Quanto às variáveis referentes às atitudes e intenções em relação à gravidez (tabela 8) foi observado que entre as mulheres que engravidaram usando contraceptivos, a proporção de gravidez não-pretendida foi duas vezes maior do que entre as que engravidaram e não estavam usando métodos e a chance do desfecho foi 9,6 vezes maior no primeiro grupo. No que concerne à intenção reprodutiva, entre as mulheres que tinham um número de filhos maior do que o número de filhos pretendido foi maior a prevalência de gravidez não-pretendida (85,3%) e a razão de chance de sua ocorrência foi 5,5 vezes maior que o grupo de comparação, com um número de filhos menor que o pretendido (51,5%).

Considerando-se a pretensão de gravidez pelo parceiro, a partir dos relatos das mulheres, observou-se que entre as que mencionaram que o parceiro não pretendia a gravidez, evidenciou-se uma proporção quase duas vezes maior de gravidez não-pretendida (81,9% versus 44,9%) e uma razão de chance 5,6 vezes maior de sua

ocorrência em relação àquelas que mencionaram que os parceiros pretendiam a gravidez. Quanto às atitudes do parceiro em relação à contracepção, a prevalência de gravidez não-pretendida foi de 72,4% entre as mulheres que mencionaram que seus parceiros, alguma vez, se recusaram, desaprovaram ou tentaram impedi-las de usar contraceptivos e a razão de chance do desfecho foi 1,9 vezes maior em comparação com as que nunca estiveram expostas a tal recusa que representaram 58% do universo pesquisado.

No estudo aqui apresentado, uma visão panorâmica das reações de mulheres e parceiros à gravidez evidenciou que, entre as mulheres que não pretendiam engravidar, 29,7% pensaram ou tentaram abortar, 20,4% tiveram uma reação negativa, enquanto que 49,8% referem uma reação positiva à gravidez. Considerando como este mesmo grupo anuncia a reação de seus parceiros, observou-se que: 8,1% dos parceiros sugeriram aborto, 14% expressaram uma reação negativa e 77,9% expressaram aceitação ou reação positiva.

Tabela 8 - Associação entre fatores relacionados às atitudes e intenções das mulheres e parceiros em torno da gravidez e pretensão de gravidez.

Fatores	Gravidez				
	Não-pretendida %(n)	Pretendida %(n)	OR Bruta	IC (95%)	p(χ^2)
Intenção Reprodutiva *					
NV > Pretendidos	85,3 (243)	14,7 (42)	6,52	4,41-9,65	0,000
NV = Pretendidos	58,2 (181)	41,8 (35)	1,57	1,16-2,12	0,002
NV < Pretendidos	47,0 (222)	53,0 (250)	1	-	-
Contracepção mês anterior à gravidez					
Sim	89,1 (326)	10,9 (40)	9,58	6,72-13,68	0,000
Não	45,4 (318)	54,6 (382)	1	-	-
Pretensão de gravidez pelo parceiro					
Não pretendiam	81,9 (367)	18,1 (81)	5,56	4,17-7,42	0,000
Pretendiam	44,9 (277)	55,1 (340)	1	-	-
Atitudes negativas do parceiro frente ao uso de contraceptivo **					
Sim	72,4 (134)	27,6 (51)	1,90	1,34-2,69	0,000
Não	58,0 (512)	42,0 (390)	1	-	-

* NV > pretendidos: número de filhos nascidos vivos maior do que o número pretendido

NV ≤ pretendidos: número de filhos nascidos vivos menor ou igual ao número pretendido.

** Atitudes negativas do parceiro frente ao uso de contraceptivo corresponde à atitudes de recusa, desaprovação ou tentativas de impedir o uso de métodos para evitar a gravidez.

Sobre o comportamento em torno da contracepção na população investigada, 65,5% das mulheres declararam que não estavam usando nenhum método contraceptivo

no mês anterior à gravidez e entre estas ainda foi grande a proporção de gravidez não-pretendida (45,4%).

Entre as usuárias, os métodos mais utilizados no mês anterior à gravidez, destacaram-se: pílulas (16,7%), condom masculino (11,0%), injeções (2,5%), coito interrompido (2,0%), tabela (1,4%), DIU (0,1%), laqueadura (0,4%).

Para melhor apropriação do que acontece com as mulheres em situação de violência pelo parceiro, na análise bivariada foi investigada a associação entre as demais variáveis independentes e ter sofrido algum tipo de violência pelo parceiro, descrevendo-se na tabela 9 os fatores que se mostraram associados.

Tabela 9 - Associação entre outras variáveis independentes e alguma forma de violência cometida pelo parceiro.

Fatores	Ter sofrido alguma forma de violência		OR Bruta	IC (95%)	p(χ^2)
	Sim	Não			
Anos de Estudo					
- 0 a 4 anos	32,6 (114)	19,2 (138)	2,25	1,59-3,19	0,000
- 5 a 8 anos	36,9 (129)	40,2 (289)	1,22	0,89-1,67	0,202
- 9 anos ou mais	30,6 (107)	40,6 (292)	1	-	-
Situação Conjugal					
- Separadas	15,1 (53)	8,5 (61)	2,00	1,32-3,04	0,000
- Com parceiro, mas não vive junto	16,9 (59)	15,3 (110)	1,23	0,86-1,78	0,238
- Casadas ou vivendo junto	68,0 (238)	76,2 (548)	1	-	-
Tempo de relacionamento com o parceiro					
- Entre 6 meses e 4 anos	47,1 (165)	56,9 (409)	1	-	-
- Entre 5 e 7 anos	25,4 (89)	20,7 (149)	1,48	1,06-2,06	0,016
- \geq a 8 anos	27,4 (96)	22,4 (161)	1,48	1,07-2,04	0,014
Inserção produtiva do parceiro					
- Sem inserção	28,2 (97)	17,5 (125)	1,86	1,37-2,52	0,000
- Com inserção	71,8 (247)	82,5 (591)	1	-	-
Uso abusivo do álcool					
- 1 a 2 vezes/semana	26,7 (93)	10,8 (78)	3,39	2,35-4,89	0,000
- 1 a 2 vezes/mês	27,9 (97)	26,7 (192)	1,44	1,05-1,97	0,019
- Não uso	45,4 (158)	62,4 (449)	1	-	-
Uso de drogas					
- Sim	13,1 (131)	5,4 (39)	2,64	1,69-4,13	0,000
- Não	86,9 (304)	94,6 (680)	1	-	-
Atitude de restrição social pelo Parceiro					
- Sim	88,3 (309)	64,0 (460)	4,24	2,96-6,08	0,000
- Não	11,7 (41)	36,0 (259)	1	-	-
Intenção reprodutiva					
- NV > pretendidos	33,7 (118)	23,3 (167)	1,68	1,27-2,22	0,000
- NV \leq pretendidos	66,3 (232)	76,7 (551)	1	-	-
Contraceção					
- Sim	43,3 (151)	30,0 (215)	1,78	1,37-2,32	0,000
- Não	56,7 (198)	70,0 (502)	1	-	-
Pretensão de gravidez pelo parceiro					
- Não pretendiam	51,0 (178)	37,7 (270)	1,72	1,33-2,23	0,000
- Pretendiam	49,0 (171)	62,3 (446)	1	-	-
Atitudes negativas do parceiro frente ao uso de contraceptivos					
- Sim	28,9 (101)	11,7 (84)	3,06	2,21-4,24	0,000
- Não	71,1 (249)	88,3 (634)	1	-	-

5.3 Análise Hierarquizada dos fatores associados à gravidez não-pretendida

Com base na construção do modelo teórico hierarquizado, serão apresentados a seguir os resultados obtidos.

No primeiro nível da análise de regressão, inserindo-se simultaneamente os fatores sócio-econômicos e demográficos da mulher (tabela 10), mantiveram-se associados à gravidez não-pretendida: os anos de estudo e a inserção produtiva. Em relação a esta última variável, o grupo das desempregadas e aposentadas perdeu a significância estatística encontrada na análise bivariada. A variável Idade não apresentou significância estatística após ajustes neste nível.

Tabela 10: Nível 1 - Análise hierarquizada dos fatores sócio-econômicos e demográficos da mulher associados à pretensão de gravidez.

Fatores	OR Bruta	OR Ajustada (IC 95%) *	p
Idade			
≤ 19 anos	2,35	0,91 (0,58-1,42)	0,677
Entre 20 e 29 anos	2,30	1,07 (0,78-1,47)	0,665
≥ 30 anos	1,0	1,0	
Anos de estudo			
0 a 4 anos	1,64	1,71 (1,21-2,41)	0,003
5 a 8 anos	1,71	1,73 (1,29-2,34)	0,000
9 anos ou mais	1,0	1,0	
Inserção produtiva			
Sem inserção	1,33	1,09 (0,80-1,49)	0,579
Estudantes	2,39	2,37 (1,23-4,55)	0,010
Com inserção	1,0	1,0	

* OR ajustada pelas variáveis presentes neste nível.

No segundo nível, incluindo-se simultaneamente as variáveis sócio-econômicas e comportamentais do parceiro (tabela 11), após ajustes das variáveis entre si com as variáveis remanescentes do bloco anterior (fatores sócio-econômicos e demográficos da mulher), o uso abusivo de álcool perdeu a significância estatística e não foi levado para os níveis subseqüentes. Mantiveram-se no modelo a inserção produtiva do parceiro e o uso de drogas ilícitas. Quanto às variáveis remanescentes do nível anterior, no que diz respeito à escolaridade da mulher, observou-se que a segunda categoria (5 a 8 anos de estudo) se apresentou com uma chance menor de gravidez não-pretendida quando comparada em relação ao nível 1 da análise, porém com uma significância estatística preservada. Com a entrada das variáveis relacionadas ao parceiro, o grupo das mulheres desempregadas e inativas perdeu a significância estatística no modelo.

Tabela 11: Nível 2 - Análise hierarquizada dos fatores socioeconômicos e comportamentais do parceiro associados à pretensão de gravidez.

Fatores	OR Bruta	OR Ajustada (IC 95%)*	p
Bloco 1			
Anos de estudo			
0 a 4 anos	1,64	1,45 (1,02-2,08)	0,037
5 a 8 anos	1,71	1,54 (1,14-2,09)	0,005
9 anos ou mais	1,0	1,0	
Inserção produtiva			
Sem inserção	1,33	1,07 (0,78-1,45)	0,689
Estudantes	2,39	2,12 (1,11-4,06)	0,023
Com inserção	1,0	1,0	
Bloco 2			
Inserção produtiva do parceiro			
Sem inserção	1,64	1,47 (1,06-2,04)	0,021
Com inserção	1,0	1,0	
Uso abusivo do álcool			
Sim	1,39	1,22 (0,94-1,59)	0,224
Não	1,0	1,0	
Uso de drogas			
Sim	2,59	2,25 (1,27-4,01)	0,006
Não	1,0	1,0	

* OR ajustada pelas variáveis incluídas neste nível e pelas remanescentes do nível anterior.

No terceiro nível da análise, com a inclusão dos fatores relacionados à interação entre os parceiros (tabela 12), a situação conjugal, o tempo de relacionamento com o parceiro e ter sofrido algum tipo de violência pelo parceiro ou ex-parceiro mais recente antes da gravidez foram as variáveis que permaneceram associadas à gravidez não-pretendida, após ajustes entre as variáveis. Restrição social sofrida pelo parceiro foi a variável deste bloco que não se manteve associada ao desfecho.

Na etapa acima descrita, no que se refere à ter sofrido algum tipo de violência pelo parceiro, variável de exposição principal do estudo, observou-se um decréscimo da *odds ratio* ajustada em relação à bruta, apesar de mantida a razão de chance para a ocorrência de gravidez não-pretendida.

Entre as variáveis remanescentes do bloco 2 (relacionadas ao parceiro), o uso de drogas ilícitas se apresentou com um discreto decréscimo das chances sobre o desfecho em relação aos níveis anteriores e a inserção produtiva perdeu a significância estatística.

Tabela 12: Nível 3 - Análise hierarquizada dos fatores de interação entre os parceiros associados à pretensão de gravidez.

Fatores	OR Bruta	OR Ajustada (IC 95%)*	p
Bloco 1			
Anos de estudo			
0 a 4 anos	1,64	1,31 (0,92-1,88)	0,139
5 a 8 anos	1,71	1,53 (1,13-2,08)	0,006
9 anos ou mais	1,0	1,0	
Inserção produtiva			
Sem inserção	1,33	1,09 (0,79-1,50)	0,576
Estudantes	2,39	2,01 (1,04-3,89)	0,037
Com inserção	1,0	1,0	
Bloco 2			
Inserção produtiva do parceiro			
Sem renda	1,44	1,35 (0,97-1,88)	0,072
Com renda	1,0	1,0	
Uso de drogas pelo parceiro			
Sim	2,59	1,89 (1,05-3,40)	0,035
Não	1,0	1,0	
Bloco 3			
Situação Conjugal			
Separadas	3,21	2,56 (1,56-4,25)	0,000
Com parceiro	1,0	1,0	
Tempo de relacionamento com o parceiro			
Entre 6 meses e 4 anos e \geq 8 anos	1,49	1,49 (1,10 – 2,08)	0,010
Entre 5 e 7 anos	1,0	1,0	
Atitude de restrição social pelo Parceiro			
Sim	1,51	1,14 (0,85-1,52)	0,380
Não	1,0	1,0	
Ter sofrido alguma forma de violência			
Sim	1,74	1,53 (1,15-2,06)	0,004
Não	1,0	1,0	

* OR ajustada pelas variáveis incluídas neste nível e pelas remanescentes do nível anterior.

No nível a seguir apresentado (tabela 13), todas as variáveis que compuseram o bloco 4 (atitudes e intenções em relação à gravidez) permaneceram associadas ao desfecho, com razões de chances consideravelmente elevadas de ocorrência de gravidez não-pretendida. Avaliando-se os fatores remanescentes dos níveis anteriores, permaneceram associadas à gravidez não-pretendida: do bloco composto pelos fatores socioeconômicos e demográficos da mulher - inserção produtiva, destacando-se o grupo das estudantes, mantendo-se com chance elevada de gravidez não-pretendida; do bloco relacionado aos fatores de interação entre os parceiros - situação conjugal e tempo de relacionamento com o parceiro. O uso de drogas pelo parceiro e ter sofrido alguma

forma de violência pelo parceiro perderam a significância após a entrada dos fatores mais proximais ao desfecho.

Tabela 13: Nível 4 - Análise hierarquizada dos fatores relacionados às atitudes e intenções em torno da gravidez associados à pretensão de gravidez.

Fatores	OR Bruta	OR Ajustada (IC 95%)*	p
Bloco 1			
Anos de estudo			
0 a 4 anos	1,64	1,04 (0,67-1,62)	0,870
5 a 8 anos	1,71	1,59 (0,76-1,61)	0,596
9 anos ou mais	1,0	1,0	
Inserção produtiva			
Sem inserção	1,33	1,03 (0,70-1,51)	0,890
Estudantes	2,39	2,88 (1,34-6,20)	0,007
Com inserção	1,0	1,0	
Bloco 2			
Inserção produtiva do parceiro			
Sim	1,44	1,05 (0,71-1,56)	0,794
Não	1,0	1,0	
Uso de drogas pelo parceiro			
Sim	2,59	1,75 (0,88-3,48)	0,110
Não	1,0	1,0	
Bloco 3			
Situação Conjugal			
Separadas	3,21	2,11 (1,17-3,82)	0,013
Com parceiro	1,0	1,0	
Tempo de relacionamento com o parceiro			
Entre 6 meses e 4 anos e \geq a 8 anos	1,49	1,67 (1,15-2,44)	0,008
Entre 5 e 7 anos	1,0	1,0	
Ter sofrido alguma forma de violência			
Sim	1,74	1,02 (0,72-1,46)	0,900
Não	1,0	1,0	
Bloco 4			
Intenção reprodutiva			
NV > pretendidos	5,46	4,63 (3,05-7,02)	0,000
NV \leq pretendidos	1,0	1,0	
Contraceção			
Sim	9,58	8,79 (5,90-13,09)	0,000
Não	1,0	1,0	
Pretensão de gravidez pelo parceiro			
Não pretendiam	5,56	4,26 (3,04-5,95)	0,000
Pretendiam	1,0	1,0	
Atitudes negativas do parceiro frente ao uso de contraceptivos			
Sim	1,90	1,98 (1,28-3,04)	0,002
Não	1,0	1,0	

* OR ajustada pelas variáveis incluídas neste nível e pelas variáveis remanescentes dos níveis anteriores.

Com o exposto até então, o modelo final da análise hierarquizada demonstrou que, após ajustes das variáveis nos diferentes níveis, os fatores associados à gravidez

não-pretendida foram: estar engajada em projetos de estudo, ainda que sem inserção no mercado produtivo, estar separada do parceiro na ocasião da entrevista, estar em um relacionamento recente (entre 6 meses e 4 anos) ou mais antigo (com 8 anos ou mais), engravidar, apesar do uso de contraceptivo no mês anterior à gravidez atual, ter ultrapassado a intenção reprodutiva com um número de filhos maior do que o número de filhos pretendidos, ter um parceiro que não pretendia a gravidez e ter um parceiro que, alguma vez, se recusou, desaprovou ou tentou impedir o uso de contraceptivo.

6 - Discussão

A gravidez não-pretendida tem ocupado um lugar de destaque no cenário das pesquisas em saúde reprodutiva pelos desfechos adversos produzidos, concorrendo para aumentar os níveis de morbimortalidade materna, fetal e infantil (Mbizvo, 1997).

A prevalência de gravidez não-pretendida encontrada no presente estudo foi de 60,4%, apresentando-se superior às estimativas encontradas na literatura que variam entre 49% (Finer et al, 2001) e 55% (Pallitto e O`Campo, 2004). Tal fato pode refletir algumas peculiaridades do contexto de vida da população investigada, uma vez que se constituiu de mulheres grávidas, com baixo nível sócio-econômico e com uma proporção considerável de uso ineficaz de contracepção, com marcadas dificuldades de negociação com o parceiro sobre o uso de tais métodos. É importante destacar que os estudos mencionados apresentam diferenças socioculturais e nas definições de gravidez não-pretendida, assim como nos recortes populacionais, incluindo-se não só mulheres grávidas, mas também mulheres que tiveram pelo menos um filho nos últimos cinco anos ou ainda mulheres que haviam tido um aborto como desfecho da gravidez, aspectos que dificultam a comparabilidade entre os achados.

No que diz respeito a alguns aspectos metodológicos, investigar a pretensão de gravidez remete ainda a dificuldades conceituais, por se tratar de um conceito em transição na literatura (Klerman, 2006). Além disso, quando as mulheres declaram a gravidez como não-pretendida, não-planejada ou não-desejada, não são claras as distinções conceituais, observando-se ainda que tais declarações sofrem influências de fatores inconscientes, de circunstâncias de vida, de experiências passadas e de representações sociais sobre a maternidade e a procriação (Menezes, 2006).

Os estudos refletem sobre algumas interseções ou superposições entre os conceitos de planejamento e pretensão da gravidez, respaldando-se em fatores contextuais como o uso de contracepção, a participação do parceiro no projeto reprodutivo, as atitudes de preparação para a gravidez como mencionado por Barrett e Wellings (2002).

No presente estudo, buscou-se apreender a pretensão de gravidez, tomando-se como referência exclusiva a resposta da mulher à pergunta que revelava a sua intenção de engravidar, sabendo-se que tal resposta se encontra influenciada por vários fatores contextuais conforme mencionado pelos autores supracitados.

Quanto à investigação da violência sofrida pelas mulheres, apesar do rigor metodológico na delimitação dos instrumentos de pesquisa, na validação do questionário para aplicação em diferentes contextos culturais e no treinamento específico de entrevistadores (Garcia-Moreno, 2006; Jansen et al, 2004), a abordagem a esta temática ainda se revela de difícil e delicado manejo. Por todas as representações e implicações da violência neste âmbito, há possibilidades de sub-revelações, em função dos constrangimentos vividos por suas protagonistas em desvelar tais vivências e do receio de serem estigmatizadas e culpabilizadas em diferentes contextos (Garcia-Moreno et al, 2006), o que pode minimizar a força das associações encontradas no presente estudo.

Pesquisar sobre a violência sofrida nas relações íntimas pressupõe lidar com múltiplos fenômenos da realidade das entrevistadas, incluindo-se os subjetivos. Atitudes do parceiro tais como insultos, depreciações ou humilhações podem ser de difícil percepção e revelação pelas entrevistadas, uma vez que tais atos têm representações simbólicas distintas, a depender das referências culturais, dos padrões comportamentais aprendidos e permitidos nas relações entre os gêneros, da auto-estima e da rede de relações sociais significativas que integra o universo de vida da mulher.

De acordo com Costa (2003), “o caráter da violência depende da representação que a vítima faz da força coercitiva que a(o) atinge”. A presença deste componente contribui para que algumas condutas, marcadamente abusivas, não sejam sequer percebidas nem nomeadas por quem as sofre, perpetuando-se a tolerância e a permissividade à violência, o que compromete os achados e dificulta precisar as prevalências encontradas neste campo (Duarte, 1998; Pallitto e O’Campo, 2005).

Couto et al (2007) pesquisou, através de grupos focais, as concepções de homens e mulheres sobre gênero e violência nas relações afetivo-familiares, identificando que a violência foi em princípio “condenável”. Porém, para o subgrupo masculino foi “tolerável e instintiva” ou percebida como resultante da “exacerbação de impulsos que são naturais aos homens” e “fatalidade ou destino pela natureza masculina” para as mulheres do estudo. Com estas perspectivas, a violência torna-se um evento “natural” e “trivial” no cotidiano das relações afetivo-sexuais.

Outro aspecto que merece destaque e reflexão diz respeito às atitudes de restrição social pelo parceiro. Apesar de indicativos da violência psicológica, os comportamentos controladores não podem ser considerados como tal, pois os grupos focais no Brasil para adaptação transcultural do questionário na pesquisa multipaíses da

OMS (2001) revelaram que, independente do nível de escolaridade das mulheres, tais comportamentos são, muitas vezes, percebidos por elas como expressões de atenção, carinho, cuidado afetuoso, além de proporcionar que se sintam amadas e cuidadas pelos parceiros (Schraiber et al, 2007)⁶.

Apesar de ser, muitas vezes, difusa e menos palpável por quem a sofre, a violência psicológica sofrida pelo parceiro íntimo se apresentou em maior proporção no presente estudo (26%). É relevante destacar que as expressões deste tipo de violência também se encontram inseridas nas situações que envolvem a violência física e/ou a violência sexual, sendo muito freqüente a superposição dos vários tipos (Schraiber et al, 2007).

A violência sexual pode ter sido sub-revelada em função da representatividade das relações sexuais, como garantia incondicional de sexo para o homem dentro dos casamentos ou uniões em diferentes culturas, de acordo com Heise (2001).

No presente estudo, quanto aos demais fatores associados à gravidez não-pretendida, do primeiro bloco, as estudantes, apesar de não estarem inseridas no mercado produtivo, estavam engajadas em projetos de estudo, o que pode ter influenciado para que tenham apresentado maior chance de gravidez não-pretendida, até a última etapa da análise multivariada. Quase a totalidade das estudantes, excetuando-se apenas um caso, tinha entre cinco e oito anos de estudo ou estava inserida no grupo de comparação com nove anos ou mais de estudo, o que pode expressar que houve maior reconhecimento da gravidez como não-pretendida nos grupos mais escolarizados. Além disso, tal fato também pode ser refletido na direção dos achados de Menezes (2006), revelando-se que o engajamento em projetos de estudo ou trabalho pode contribuir para que as mulheres desejem adiar o momento de realização do projeto reprodutivo.

Ainda refletindo sobre a associação entre escolaridade e pretensão de gravidez, os resultados também mostraram que a baixa escolaridade (0 a 4 anos) não se manteve associada à gravidez não-pretendida, após ajustes pelas variáveis do terceiro nível da análise, com a entrada dos fatores relacionados à interação entre os parceiros. Este fenômeno sugere que a baixa escolaridade, entre outros fatores, pode comprometer a capacidade de enfrentamento das mulheres a parceiros que infligem alguma forma de violência, o que também é mencionado por outros estudos (Garcia-Moreno et al, 2006; Webster, 1996).

⁶ Dado apresentado pela autora em vídeo-conferência aos alunos do Programa Integrado de Saúde Coletiva da UFPE, na disciplina Violência e Saúde, realizada em 07.08.2007.

O baixo nível de renda e a falta de inserção produtiva das mulheres são fatores mencionados pelos estudos como associados à gravidez não-pretendida (Cubbin, 2002; Finner, 2006; Mbizvo, 1997). No presente estudo, estar desempregada ou aposentada, não foi um fator que se manteve associado à gravidez não-pretendida, já no primeiro nível da análise de regressão, expressando não haver diferença nas chances de ocorrência do desfecho entre este grupo e o grupo de comparação. Tal aspecto pode ser indicativo da condição de subemprego da maioria da população estudada, incluindo-se as empregadas e as profissionais autônomas integrantes da linha de base, cujos níveis de renda também se mostravam muito baixos. É válido ainda refletir que numa população de baixa renda, estar engajada em uma atividade produtiva difere de ter um projeto profissional, uma vez que tal atividade é, muitas vezes, a única alternativa que garante ou contribui para o sustento da própria mulher e da família, mesmo que de forma precária.

No presente estudo, a variável Idade não se manteve associada ao desfecho desde o primeiro nível da análise hierarquizada, quando ajustada pelas variáveis sócio-econômicas e demográficas. Este achado se contrapõe aos encontrados por outros estudos destacados na revisão da literatura (Cubbin, 2002; Pallitto, 2004; Le et al, 2004; Finner et al, 2006), que expressam o impacto deste fator nas decisões reprodutivas assumidas pelas mulheres em diferentes realidades sócio-culturais, apesar dos distintos recortes populacionais.

Sobre a situação conjugal, as mulheres separadas dos parceiros na ocasião da entrevista tinham, em sua maioria, um tempo menor de relacionamento (6 meses a 4 anos), o que se traduz por relações pouco ou menos estruturadas. Reflexões no estudo de Menezes (2006), acerca da estabilidade dos vínculos e sua influência sobre as escolhas reprodutivas e seus desfechos, possibilitam traçar paralelos sobre a influência dos vínculos afetivo-sexuais instáveis e a pretensão de gravidez. No seu estudo a autora menciona Donati et al (2002), destacando que quando os vínculos entre os casais são frágeis ou pouco estruturados (“casais sem futuro definido, sem projeto de estabilização, casais ainda em fase de estruturação da relação ou em seu final”) é mais freqüente a decisão por interromper a gestação. Nesta mesma direção, pode-se refletir que a instabilidade dos vínculos conjugais também compromete a pretensão de gravidez pelo casal, fator que é apontado pelas respondentes do presente estudo, quando descrevem os motivos por não estarem querendo engravidar.

A violência cometida pelo parceiro, principal variável de exposição do estudo, se manteve no modelo até o terceiro nível da análise hierarquizada, mesmo quando ajustada pelas variáveis do seu bloco e por fatores sócio-econômicos e demográficos e relacionados ao parceiro. Tal fato traduz que a violência tem um efeito sobre o desfecho, independente dos outros fatores presentes nesta etapa da análise.

No último nível da análise, após a inclusão das variáveis que integraram o bloco das atitudes e intenções em relação à gravidez adotadas pelas mulheres e seus parceiros, a manutenção da associação de tais variáveis com a gravidez não-pretendida traduz o efeito de tais fatores sobre o desfecho, independente dos demais fatores presentes neste nível.

No que se refere à intenção reprodutiva, observou-se que as mulheres que declararam um número de filhos nascidos vivos maior que o pretendido, independente da paridade apresentaram uma proporção elevada de gravidez não-pretendida. Até mesmo entre as nulíparas e entre as que referiram não ter completado seus projetos reprodutivos, o desfecho foi mencionado por quase metade da população investigada.

Esta realidade pode refletir o padrão “ideal” de família socialmente proposto no Brasil, após a revolução das tecnologias contraceptivas. Berquó & Cavenaghi (2006), avaliando as taxas e os regimes de fecundidade em diferentes seguimentos populacionais do nosso país, identificaram que as mulheres mais pobres, menos escolarizadas, negras, domiciliadas nas áreas rurais, e nas regiões Norte e Nordeste têm sido responsáveis pelas mais expressivas quedas do número de filhos por mulher, considerando-se o período de 1991 até 2004.

Nesta última etapa da análise, ter sofrido violência pelo parceiro perdeu a significância estatística no modelo, o que pode ser refletido sob perspectivas distintas. Na população de estudo, as mulheres que sofriam algum tipo de violência pelo parceiro e engravidaram, também referiram majoritariamente o uso de contraceptivos no mês anterior à gravidez e apresentaram maior proporção de gravidez não-pretendida. Tais aspectos podem sugerir dificuldades de se manterem engajadas em projetos de regulação da fecundidade, seja por ineficácia no uso dos métodos, por dificuldades de acesso aos referidos métodos, seja por estarem em relacionamentos com parceiros que, se recusam ou tentam impedi-las de usar algo para evitar a gravidez, configurando-se dificuldades de negociação com o parceiro em torno da contracepção.

No presente estudo, então, o efeito da violência pode ter sido mediado pelo uso ineficaz da contracepção, assim como por outros fatores presentes no último bloco

como a pretensão de gravidez pelo parceiro e as atitudes de recusa deste último a algum método contraceptivo.

Fanslow et al (2008) destacam que este tipo de recusa pode ser um “indicador” da violência infligida pelo parceiro. No Brasil, estudo como o de Pirotta (2002) apresenta os efeitos da violência pelo parceiro através da recusa deste último ao uso do condom e das dificuldades das mulheres em negociar as escolhas contraceptivas.

Este aspecto também se encontra refletido por Diniz (2006), a partir de dados do estudo multipaíses da OMS (2001), indicando que em São Paulo e em Pernambuco entre as mulheres que sofriam violência pelo parceiro, foi maior a proporção de atitudes de recusa deste parceiro ao uso de camisinha, com variações a depender do tipo de violência infligida, encontrando-se associação entre este tipo de recusa e a violência. Durand (2005) evidencia que a presença de tal recusa nas práticas sexuais é um preditor da violência pelo parceiro, até mesmo, na gestação. Este panorama reflete os impactos da desigualdade nas relações entre os gêneros sobre as negociações das mulheres em torno da contracepção e do projeto reprodutivo numa perspectiva mais ampla.

Sobre o comportamento em torno da contracepção, Tavares et al (2007) referem que entre as mulheres casadas ou unidas no Brasil, 7,3% têm necessidades de espaçar ou limitar nascimentos, mas por alguma razão não estão usando contracepção. Segundo a autora, a proporção pode parecer pequena quando comparada com as estimativas da América Latina (17%), mas “não é desprezível, pois representa mais de três milhões de mulheres em idade reprodutiva” sem realizar suas intenções contraceptivas.

O uso de métodos contraceptivos entre as mulheres que sofrem violência pelo parceiro encontra perspectivas distintas na literatura, destacando-se em alguns estudos que a proporção de uso de contraceptivos é menor entre as mulheres que sofrem violência pelo parceiro, independente de gravidez (Diniz, 2006; Salam et al, 2006), enquanto que outros achados apresentam um aumento destas prevalências (Fanslow et al, 2008). Na pesquisa aqui apresentada, a proporção de mulheres que engravidaram usando contracepção no mês anterior à gravidez foi maior entre as mulheres expostas à violência (43,3%) do que entre as não expostas (30%), corroborando com os achados de Fanslow et al (2008).

Entre os métodos contraceptivos utilizados, houve maior prevalência no uso dos métodos modernos como o uso de pílulas e o condom masculino, com predominância do primeiro e com proporções muito pequenas dos demais. Estes dados revelam um padrão de contracepção mais centrado na mulher ou dependente da anuência do parceiro

para a sua efetivação, influenciado pela cultura de gênero, como mencionado por outros achados brasileiros (Chumpitaz, 2003; Menezes, 2006).

Ainda sobre a contracepção, é válido destacar que a proporção de gravidez não-pretendida foi elevada entre as mulheres que não estavam usando método contraceptivo antes de engravidar (44,3%) e também entre as que nunca tinham usado (54,8%), o que sinaliza que a ausência do uso de contraceptivo não significa necessariamente intenção de engravidar (Menezes, 2006), mas pode ser expressiva da ambivalência em relação à gravidez como assinalado por Schwarz et al (2007), assim como pode representar o uso ineficaz e descontínuo dos métodos, entre outros motivos relacionados aos padrões de interação com o parceiro e com os serviços de saúde em torno da contracepção.

Quanto à pretensão de gravidez pelo parceiro declarada pelas mulheres, os estudos revelam como a classificação das mulheres em relação à própria gravidez (pretendida ou não-pretendida) é influenciada pela percepção que elas têm sobre a pretensão de gravidez dos parceiros (Green et al, 2004; Barrett e Wellings, 2002; Stanford et al, 2000; Fisher et al, 1999). Barrett e Wellings (2002) incluem este fato como um dos fatores contextuais mais fortemente relacionados à pretensão de gravidez, o que também denota a posição do homem e sua influência nas decisões reprodutivas, no status atribuído pela mulher à gravidez e até mesmo na sua decisão de levar a gravidez adiante ou interrompê-la (Menezes, 2006). É válido destacar que a pretensão do parceiro aqui mencionada não foi apreendida a partir das reações que ele manifestou após saber que a mulher estava grávida, mas com base nas atitudes e intenções reveladas antes da ocorrência de gravidez.

Le et al (2004) acrescentam que, durante a gravidez, a percepção da mulher do que ocorre consigo própria é fortemente influenciada pelas reações do parceiro à gravidez. Os resultados encontrados no presente estudo apontam para as contradições em torno do tema, uma vez que mesmo quando mulheres e parceiros não pretendiam engravidar, foi maior a proporção de reação positiva e aceitação da gravidez por parte de ambos. A “aceitação” parece se dirigir mais a uma atitude de acolhimento à gravidez, o que não necessariamente traduz a intenção prévia de engravidar.

Quanto aos limites do presente estudo, assim como na maioria dos estudos sobre a pretensão de gravidez e fatores associados, um dos limites apontados se refere ao período das investigações, realizadas em sua maioria no segundo ou terceiro trimestre de gestação, quando esta já foi “assumida” pela mulher ou pelo casal e é socialmente reconhecida, ou ainda no pós-parto, o que caracteriza um olhar retrospectivo para as

vivências em torno do tema e pode comprometer as referências relativas às intenções antes de engravidar. Poole et al (2000) abordam este fenômeno em um estudo com múltiparas de alto-risco que foram investigadas no segundo trimestre e ao final da gravidez, concluindo que a intenção de gravidez pode ser expressa de formas distintas ao longo da gestação. Os resultados do estudo citado apontam que 22,5% das mulheres mudaram suas respostas do segundo para o terceiro trimestre de gestação. A mudança mais freqüente (12,5%) ocorreu na “direção positiva”, ou seja, de gravidez não-desejada ou não-intencional na entrevista realizada no segundo trimestre para a gravidez pretendida no último trimestre, embora também seja registrado um percentual de mudança na direção contrária.

Com o caminho percorrido no presente estudo, observou-se que a pretensão de gravidez encontra-se como um expressivo fenômeno da saúde reprodutiva, necessitando de mais estudos locais com diferentes camadas sociais, para exploração da conjunção de fatores que respaldam a sua ocorrência e dos desfechos adversos para a saúde das mulheres e para a constituição de suas famílias. Verificou-se ser pertinente a pesquisa do tema com outros desenhos de estudo, incluindo-se os qualitativos, com grupos pertencentes a diferentes realidades culturais para melhor apreensão do conceito.

Quanto à investigação da violência pelo parceiro, os dados ratificam a necessidade de operacionalizar diversas estratégias nos serviços de saúde não só para acolher e tratar os impactos deste tipo de violência, assim como para detectá-la precocemente e intervir para preveni-la, corroborando com as proposições da FIGO (1997).

Investimentos nos cenários da saúde e da educação se fazem necessários para oportunizar espaços de reflexão a homens e mulheres acerca das escolhas reprodutivas, das negociações no campo da reprodução e da contracepção, das implicações da gravidez não-pretendida para a vida das pessoas envolvidas. Esta abordagem poderá incluir a pretensão de gravidez como um tema transversal em diversos tipos de programas de saúde e educação, destacando-se os aspectos contextuais e relacionais associados, ultrapassando-se os limites de uma abordagem contraceptiva para espaçar ou limitar nascimentos, ou restrita aos desfechos adversos produzidos pela gravidez não-pretendida.

Outro aspecto a ser destacado se refere ao desenvolvimento de políticas públicas que ampliem as ações relacionadas ao planejamento reprodutivo como uma esfera específica e bem delimitada, atendendo as demandas da população sexualmente ativa

antes da ocorrência de qualquer gravidez, o que difere das ações implementadas no planejamento familiar. Para efetividade e eficácia destas iniciativas, faz-se necessário uma abordagem numa perspectiva relacional, com a inclusão dos parceiros, onde as questões de gênero e reprodutivas sejam conjuntamente abordadas e reposicionadas, o que encontra respaldo desde a Conferência do Cairo (1994), cujos propósitos já incluíam a ajuda a casais e indivíduos na satisfação de seus objetivos reprodutivos, evitando assim a gravidez não desejada (Tavares et al, 2007).

7- Conclusões

O presente estudo revelou uma associação entre as experiências de violência produzidas pelo parceiro e a gravidez não-pretendida, mesmo quando ajustada por fatores sócio-econômicos e demográficos da mulher, fatores sócio-econômicos e comportamentais do parceiro e por fatores da interação entre os parceiros, o que ratifica a necessidade de mais investimentos no rastreamento da violência em diversas etapas da esfera reprodutiva.

A magnitude da violência cometida pelo parceiro foi apreendida em suas múltiplas expressões, destacando-se as prevalências das formas isoladas e combinadas e os fatores que são mediados pela presença deste tipo de violência como o uso de contraceptivos pela mulher e a recusa ou tentativas do parceiro de impedir o uso de algo para evitar a gravidez.

A prevalência da gravidez não-pretendida foi de 60,4%, superando as estimativas apresentadas na literatura (Finer, 2001; Pallitto, 2004), porém as diferenças nos recortes populacionais, nos contextos socioculturais e de definições de gravidez não-pretendida nos estudos dificultam a comparabilidade entre os achados.

Os demais fatores associados à gravidez não-pretendida após ajustes na análise multivariada foram: inserção produtiva, situação conjugal, tempo de relacionamento com o parceiro, uso de contraceptivo no mês anterior à gravidez, intenção reprodutiva, pretensão de gravidez pelo parceiro e recusa deste último, desaprovação ou tentativa de impedir o uso de métodos para evitar a gravidez. Alguns desses fatores são apontados em outros estudos da literatura como associados à gravidez não-pretendida (Green, 2004; Pallitto e O'Campo, 2004; Le et al, 2004; Cubbin, 2004).

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, T.V.B. **Violência de Gênero e Aborto**. Relatório Técnico apresentado ao CNPq pelo Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Medicina Social, Recife, 2007.

ARENDET, H. **Sobre la violencia**. Madrid: Alianza Editorial, 2006.

ARNOLD, M.W. et al. Anos potenciais de vida perdidos por mulheres em idade fértil em Recife, Pernambuco, vítimas de morte por homicídio nos anos de 2001 e 2002. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, 7, supl.1: p .23-28, 2007.

BAJOS, N.; MARQUET, J. Research on HIV sexual risk: social relations-based approach in a cross-cultural perspective. **Social Science & Medicine**, 50: p. 1533-1546, 2000.

BANDEIRA, L.; ALMEIDA, T.M.C. A violência contra mulheres: um problema coletivo e persistente in LEOCÁDIO, E.; LIBARDONI, M. **O desafio de construir redes de atenção às mulheres em situação de violência**. Brasília: Agende, 2006.

BARRET, G; WELLINGS, K. What's planned pregnancy? **Social Science & Medicine**, 55: p. 545-557, 2002.

BARRET, G.; SMITH S.C. et WELLINGS, K. Conceptualisation, development, and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. **J. Epidemiol. Community Health**, 58, p.426-433, 2004.

BARSTED, L.L. O avanço do legislativo no enfrentamento da violência contra mulheres in LEOCÁDIO, E.; LIBARDONI, M. **O desafio de construir redes de atenção às mulheres em situação de violência**. Brasília: Agende, 2006.

BERQUÓ, E., CAVENAGHI, S. Fecundidade em declínio. *Novos Estudos*, CEBRAP, 74: p.11-15, 2006.

BRANDÃO, E.R. Violência Conjugal e Recurso Feminino à Polícia. In: BRUSCHINI, Cristina; HOLLANDA, Heloísa Buarque de (org). **Horizontes Plurais: Novos Estudos de Gênero no Brasil**. Porto Alegre: Editora 34, p. 51-84, 1998.

CAMPBELL, J.C. Health consequences of intimate partner violence. **Lancet**, vol. 359, 2002.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In **Perspectivas antropológicas da Mulher**, vol.4. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.

CHUMPITAZ, V.A.C. **Percepções Femininas sobre a Participação do Parceiro nas Decisões Reprodutivas e no Aborto Induzido**. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro [2003].

COOK, R.J., DICKENS, B.M., FATHALLA, M.F. **Saúde reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direitos humanos**. Rio de Janeiro, CEPIA, 2004.

COSTA, J.F. **Violência e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

COUTO, M.T. Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher, São Paulo, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(supl): 1323-1332, 2007.

CUBBIN, C. Socioeconomic and racial/ethnic disparities in unintended pregnancy among postpartum women in Califórnia. **Maternal and Child Health Journal**. vol. 6, nº 4, December, 2002.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; SILVA, C.M.F.P da. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(1): 129-137, jan-mar, 2000.

DINIZ, S.G. A violência contra as mulheres como questão de saúde no Brasil in Diniz, S.G; Silveira L.P.; Mirim L.A. (Org) **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005): Alcances e Limites**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Disponível em <http://www.mulheres.org.br/25anos>. 2006.

DINIZ, S.G.; D'OLIVEIRA, A.F.L.P. Gender violence and reproductive health. **Internacional Journal of Gynecology & Obstetrics**, 63, p. 33-42, suppl.1, 1998.

DOMENACH, J.M. La violencia. In **La violencia y sus causas**. Paris, Unesco, p.33-45, 1981.

DUARTE, G. A. Perspectiva masculina quanto a métodos contraceptivos. **Cad. Saúde Pública**, vol.14, p.125-130, supl.1, 1998.

DUDGEONA, M.R.; INHORN, M.C. Men's influences on women's reproductive health: medical anthropological perspectives. **Social Science & Medicine**, 59, p. 1379-95, 2004.

DURAND, J.G. **Gestação e violência: estudo com usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo**. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, [2005].

FANSLAW, J. Contraceptive use associations with intimate partner violence among a population-based sample of New Zealand women. **Australian NZJ Obstetric Gynecology**, 48(1); p.83-89, 2007.

FAÚNDES, A. et al. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. **RBGO**, 22 (3): p.153-157, 2000.

FAÚNDES, A.; BARZELATTO, J. **O drama do aborto: em busca de um consenso**. Campinas: Komedi, 2004.

FINER, L.B.; HENSHAW, K. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, 38(2), p. 90-96, 2006.

FISCHER, R.C. et al (1999). Exploring the concepts of intended, planned, and wanted pregnancy. **Journal of Family Practice**, 48(2): p.117-122, Feb,1999.

FOSTER, D. G. et al. Contraceptive use and risk of unintended pregnancy in California. **Contraception**; 70, p.31–39, 2004.

FRANCO. I.R. Mulheres em situação de violência no âmbito conjugal – as denúncias na delegacia de proteção à mulher de Salvador in BARBOSA, M.R. et al (orgs). **Interfaces – Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva**. Campinas, SP: editora da Unicamp, 2002.

GARCIA-MORENO, C; JANSEN, H.A.M.F; WATTS. WHO **Multicountry study on women`s health and domestic violence against women**. Inicial results on prevalence, health outcomes and women`s responses. Geneve, World Health Organization, 2005.

GARCIA-MORENO, C. et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-control study on women`s health and domestic violence. **The Lancet**, 368 (9543), p: 1260-1269, 2006.

GIFFIN, K. Violência de Gênero, Sexualidade e Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (supl.1): p.146-155, 1994.

GOODWIN M.M. et al. Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: findings from the pregnancy risk assessment monitoring system, 1996–1997. **Maternal and Child Health Journal**, vol. 4, n° 2, 2000.

GOTO, A. et al. Factors associated with unintended pregnancy in Yamagata, Japan. **Social Science & Medicine**. 54: 1065–1079, 2002

GREEN, D. C. Unintended pregnancy in a commercially insured population. **Maternal and Child Health Journal**, vol. 6, n°3, September 2002.

HEISE, L; ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. **Ending violence against women**. Population Reports, Maryland: The John Hopkins University School of Public Health; Center for Health and Gender Equity, 27(4):1-43, 1999.

HEISE, L.; ELLSBERG, M. Reproductive health, gender and human rights: a dialogue. **Women`s Reproductive Health Initiative**, PATH (Program for Appropriate Technology in Health). Washington, DC, 2001.

HOUAISS, A. Dicionário de Língua Portuguesa, Rio de Janeiro, Objetiva, 2001.

JANSEN, H.A.F.M. et al. Interviewer training in the WHO multi-country study on women`s health and domestic violence. **Violence against women**, 10 (7), p: 831-849, 2004.

- JEWKES, R. Intimate partner violence: causes and prevention. **Lancet**, vol. 359, 2002.
- KLERMAN, L.V. The intendedness of pregnancy: a concept in transition. **Maternal and Child Health Journal**, vol. 4, nº 3, p.155-162, 2000.
- LE, C. et al. Reassessing the level of unintended pregnancy and its correlates in Vietnam. **Studies in Family Planning**, 35 (1), p.15-26, 2004.
- LUDERMIR, A.B. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. **Social Science & Medicine**, 66: p. 1008-1018, 2008.
- MARQUES, T.M. **Violência conjugal: estudo sobre a permanência da mulher em relacionamentos abusivos**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de pós-graduação em Psicologia, Universidade de Uberlândia, Minas Gerais, 2005.
- MBIZVO, M.T at al. Unplanned pregnancies in Harare: what are the social and sexual determinantes? **Social Science & Medicine**, 45(6): p.937-942, 1997.
- MENEZES, G.M.S; AQUINO, E. M. L.; Silva, D. O. Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.22, nº 7, July 2006.
- MENEZES, G.M.S. **Aborto e Juventude: um estudo em três capitais brasileiras**. 2006. Tese (Doutoramento em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, [2006].
- MENICUCCI, E. O. et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Revista de Saúde Pública**, 39(3): p. 376-382, 2005.
- MINAYO, M.C.S. (org) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- MINAYO, M.C.S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência e Saúde Coletiva**, 11 (supl.): p. 1259-1268, 2007.
- MONTEIRO, M.F.G.; ADESSE, L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e grandes regiões (1992-2005). **Ipas Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva**, nº26, novembro de 2006. Disponível em <http://www.ipas.org.br/revista/nov06.html>. Acesso em março de 2007.
- MORIN, P. Concept analysis of Pregnancy Planning Drawn From Women of Childbearing Age. **Health Promotion Practice**, vol. 2, nº 3: 212-221, July 2001.
- Organización Panamericana de la Salud. **Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen**. Washington, D.C, OMS/OPS, 2002.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. **Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de lesiones**. OMS/OPS, 2001.

PALLITTO, C. C. PAHO **Domestic violence and maternal, infant, and reproductive health: a critical review of the literature**. Washington, DC, 2004.

PALLITTO, C. C.; O'CAMPO, P. The relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy: analysis of a nacional sample from Colombia. **International Family Planning Perspectives**, Vol. 30 (4): 165-173, 2004-b.

PALLITTO, C. C. PAHO Multi-country study: **Exploring the association between intimate partner violence and maternal and perinatal health**. Research Protocol. 2005.

PALLITTO, C. C.; O'CAMPO, P. Community level effects of gender inequality on intimate partner violence and unintended pregnancy in Colombia: testing the feminist perspective. **Social Science & Medicine**. 60: 205–221, 2005-b.

PASINATO, W. **Delegacias de defesa da mulher e juizados especiais criminais: mulheres, violência e acesso à justiça**. XXVIII Encontro da Associação Nacional de Pós-graduação em Ciências Sociais – ANPOCS. Caxambu, Minas Gerais, 26 a 28 de outubro de 2004.

POOLE, V. L. et al. Changes in intendedness during pregnancy in a high-risk multiparous population. **Maternal and Child Health Journal**, vol. 4, nº 3, 2000.

PORTELLA, A.P. **Novas Faces da Violência contra as Mulheres**. Disponível em <http://www.soscorpo.org.br/observatorio/arquivos>. 2004.

PORTELLA, A.P. **Situação de saúde e violência contra as mulheres no Recife, PE**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, [2008].

ROLNIK, R. **Zona Especial de Interesse Social**. Portal da Fundação Perseu Abramo. 2006. Disponível em <http://www2.fpa.org.br/portal>.

SABO, D. PAHO/Harvard Center for Population and Development Studies. **Comprender la salud de los hombres: un enfoque relacional y sensible al género**. Disponível em <http://www.paho.org/english/dpm/gpp/gh/Sabo.pdf>. 2000.

SALAM, A.; ALIM, A.; NOGUCHI, T. Spousal abuse against women and its consequences on reproductive health: a study in the urban slums in Bangladesh. **Maternal child Health Journal**, 10 (1): p.83-94, 2006.

SAFFIOTI, H.I.B. **Gênero, patriarcado, violencia**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, C.M.; IZUMINO, W.P. **Violência contra as mulheres, gênero e cidadania: notas sobre estudos feministas no Brasil**. Disponível em <http://www.patriciagalvao.org.br>, 2005.

SCHRAIBER L.B.; D'OLIVEIRA, A.F. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface: comunicação, saúde e educação**, 3 (5), p.11-27, 1999.

SCHRAIBER, L.B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**. 36(4), p: 470-7, 2002.

SCHRAIBER, L.B. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface: comunicação, saúde e educação**, 7(12): 41-54, 2003.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.; COUTO, M.T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev Saúde Pública**, 40, p:112-20, 2006.

SCHRAIBER, L.B. et al. **Saúde da mulher, relações familiares e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) em duas capitais - Recife e São Paulo**. Cadernos de primeiros resultados. São Paulo, USP-FM, 2007.

SCHRAIBER, L.B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev de Saúde Pública**, 41(5): p.797-807, 2007-b.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria de análise histórica. **Educação & Realidade**, 20: p. 71-99, 1995.

SIHVO, S, et al. Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. **Journal of Epidemiology Community Health**, v. 57, n. 8, p. 601-605, 2003.

SOIHET, Raquel. **Condição feminina e formas de violência: mulheres pobres e ordem urbana. 1890-1920**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989.

SPEIZER, I.S et al. Measuring factors underlying intendedness of women's first and later pregnancies. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**. 36(5): p.198-205, 2004.

STANFORD, J.B. et al. Defining dimensions of pregnancy intendedness. **Maternal and Child Health Journal**, vol. 4, nº 3, 2000.

SHUPE, A.K. et al. The importance of local data in unintended pregnancy prevention programming. **Maternal and Child Health Journal**. vol. 4, nº 3, 2000.

SCHWARZ, E.B. et al. Prevalence and correlates of ambivalence towards pregnancy among nonpregnant women. **Contraception**. 75: p. 305-310, 2007.

SOS Corpo Instituto Feminista Democracia e Saúde. Violência contra as mulheres em Pernambuco. **Dados e Análises**, ano II, nº 4, julho/setembro, 2005. Disponível em <http://www.soscorpo.org.br/observatorio/arquivos>.

TAVARES, L.S. et al. Necessidades insatisfeitas por métodos anticoncepcionais no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 10(2): p.139-148, 2007.

VENTURI, G; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. (orgs) **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo, Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

VICTORA, C.G. et al. The role of conceptual framework in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International Journal of Epidemiology**, 26(1), 1997.

ANEXO 1

PESQUISA SOBRE SAÚDE DAS MULHERES GRÁVIDAS E SUAS EXPERIÊNCIAS DE VIDA

QUESTIONÁRIO DA MULHER

**ESTUDO CONDUZIDO PELO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
(PIPASC) DA UFPE**

Confidencial uma vez preenchido

IDENTIFICAÇÃO				
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA USF			[][]	
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA			[][][][]	
VISITAS DA ENTREVISTADORA				
	1	2	3	VISITA FINAL
DATA	_____	_____	_____	DIA [][]
NOME DA ENTREVISTADORA	-	-	-] MÊS [][]
RESULTADO***	_____	_____	_____] ANO [2][0][0]
	-	-	-] []
	_____	_____	_____	ENTREVISTADORA []
	-	-	-	RESULTADO [][]
PRÓXIMA VISITA	_____	_____	_____	NÚMERO TOTAL DE VISITAS []
HORA	-	-	-	
DATA LOCAL	-	-	-	
	-	-	-	
Questionário completado?	*** CÓDIGOS DOS RESULTADOS A mulher recusou-se01 Especificar: _____ A mulher não estava em casa02 A mulher adiou a entrevista03 A mulher está incapacitada04 Especificar: _____		⇒ Retornar ⇒ Retornar ⇒ Retornar	
Questionário parcialmente completo ⇒	Não quer continuar 05 Especificar: _____ Questionário concluído06		⇒ Retornar	

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Bom dia / boa tarde / boa noite, meu nome é _____. Trabalho para o DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL DA UFPE. Nós estamos realizando uma pesquisa em Recife intitulada “Saúde das mulheres grávidas e suas experiências de vida” para investigar suas experiências de vida durante a gravidez e no pós-parto. Você foi selecionada para participar desta pesquisa.

Posso garantir para você que tudo o que você responder vai ser guardado em segredo total. Nesta pesquisa não existem respostas certas ou erradas. Alguns dos assuntos são muito pessoais ou difíceis de conversar e você poderá sentir-se constrangida. Você tem o direito de parar a entrevista na hora em que quiser, ou de pular alguma pergunta se não quiser respondê-la. Em pesquisas semelhantes, muitas mulheres acharam que foi importante ter tido a oportunidade de falar e refletir sobre alguns dos seus problemas. Todas vocês receberão uma lista com informação sobre os serviços sociais e de saúde disponíveis no Recife.

Você só participa se quiser, mas as suas experiências podem ser muito úteis para ajudar outras mulheres aqui no Brasil.

Serão realizadas duas entrevistas. A primeira, no final da gravidez e a segunda, três meses após o parto. Cada entrevista dura mais ou menos uma hora.

Quer fazer alguma pergunta? Você concorda em ser entrevistada?

ANOTE SE A ENTREVISTADA CONCORDA OU NÃO EM SER ENTREVISTADA

NÃO CONCORDA EM SER ENTREVISTADA _____ → AGRADEÇA PELO TEMPO DELA

CONCORDA EM SER ENTREVISTADA _____ → AGORA É UMA BOA HORA PARA CONVERSAR?

É muito importante que a gente continue a conversar a sós. Podemos continuar a entrevista aqui ou você gostaria de mudar de lugar?

Assinatura da entrevistada

Nome da entrevistadora

PARA A ENTREVISTADORA COMPLETAR SE A ENTREVISTADA PREFERIR NÃO ASSINAR

Declaro que li o consentimento acima e a entrevistada está de acordo em participar.

Assinatura da entrevistadora

Pesquisador responsável: Ana Bernarda Ludermir
Av. Professor Moraes Rego, s / n, Hospital das Clínicas, 4º andar
Departamento de Medicina Social / PIPASC
Telefone: 81-21263766

DATA: DIA [][] MÊS [][]
ANO [2][0][0][][]

REGISTRE A HORA		Hora.....[][]	
		Minutos.....[][]	
SEÇÃO 1 – CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DA MULHER			
	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	
101	Além de você, que outras pessoas vivem na casa em que você mora? (CERTIFIQUE-SE QUE O TOTAL DE PESSOAS <u>NÃO</u> INCLUI HÓSPEDES E VISITANTES TEMPORÁRIOS E INCLUI A ENTREVISTADA)	Número total de pessoas na residência [][]	
102	Você poderia me dizer quem são as outras pessoas que vivem na casa em que você mora? (CERTIFIQUE-SE QUE O TOTAL DE PESSOAS <u>NÃO</u> INCLUI HÓSPEDES E VISITANTES TEMPORÁRIOS E INCLUI A ENTREVISTADA)	01. Vive Sozinha 02. Marido / companheiro 03. Pai 04. Mãe 05. Filhos/ Filhas 06. Nora / Genro 07. Neta / Neto 08. Irmã / Irmão 09. Tia / Tio 10. Avó / Avô 11. Sobrinhas / Sobrinhos 12. Enteadas / Enteados 13. Sogra / Sogro 14. Cunhada / Cunhado 15. Outra Pessoa: _____ 89. Não quis Responder	
103	Quem chefia o domicílio?	01. A entrevistada 02. Marido / companheiro 03. Ambos 04. Pai / Mãe 05. Outro: _____ 06. Não tem chefe 88. Não sabe 89. Não quis Responder	
104	A casa em que você mora é:	01. PRÓPRIA (COMPRADA, HERDADA, CONSTRUÍDA) 02. PRÓPRIA (POR TÍTULO DE POSSE) 03. INVADIDA 04. ALUGADA 05. CEDIDA/EMPRESTADA 06. OUTROS : _____ 89. Não quis responder	
105	Quantos cômodos tem na sua casa?	Nº de cômodos [][]	
106	Onde você obtém a água utilizada em sua casa para beber e cozinhar?	01. TORNEIRA DENTRO DE CASA 02. TORNEIRA FORA DA CASA 03. SEM ACESSO A ÁGUA ENCANADA 04. OUTRA: _____ 89. Não quis Responder	

107	Que tipo de banheiro você tem na sua casa?	01. INDIVIDUAL INTERNO 02. INDIVIDUAL EXTERNO 03. COLETIVO 04. NÃO TEM BANHEIRO 89. Não quis responder			
108	Em sua casa, que tipo de ligação elétrica existe?	01. NÃO TEM LUZ ELÉTRICA 02. LIGAÇÃO INDIVIDUAL COM CONTADOR PRÓPRIO 03. NÃO TEM LIGAÇÃO PRÓPRIA 04. Outro: _____ 89. Não quis responder			
109	Nesta casa existem quantos destes itens? (REGISTRE A QUANTIDADE DE CADA ITEM ENTRE OS COLCHETES)	[] TELEVISÃO COLORIDA [] VÍDEO-CASSETE [] DVD [] RÁDIO [] CARRO DE PASSEIO [] TELEFONE [] ASPIRADOR DE PÓ [] MAQ. DE LAVAR ROUPA [] GELADEIRA [] FREEZER [] COMPUTADOR	<u>NR</u> 89 89 89 89 89 89 89 89 89 89		
110	Alguma pessoa que mora na sua casa possui: (Não contar com a casa citada na questão 104)	1. TERRENO 2. CASA 3. APARTAMENTO 4. EMPRESA/ NEGÓCIO 5. TERRA	<u>SIM</u> 01 01 01 01 01	<u>NÃO</u> 02 02 02 02 02	<u>NR</u> 89 89 89 89 89
111	Nas <u>últimas 4 semanas</u> alguém de sua casa foi vítima de um crime nesta vizinhança, tais como roubo, assalto, violência física ou sexual? Se SIM, pergunte: Qual? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	a) 01. SIM 02. NÃO 89. NR b) Qual? 01. Roubo 02. Assalto 03. Violência física 04. Violência sexual 05. Homicídio 88. Não aplicável 89. Não quis responder			
112	Quando você nasceu (dia, mês e ano) ?	Dia [][] Mês [][] Ano [][][][]			
113	Quantos anos você fez no seu último aniversário?	Anos completos [][]			
114	Em que religião você foi criada?	01. NENHUMA 02. CATÓLICA 03. PROTESTANTE 04. ESPÍRITA 05. UMBANDA / CANDOMBLÉ 06. OUTRA _____ 89. Não quis responder			

115	Atualmente, você tem alguma religião ou culto?	01. NÃO ⇒ PASSE PARA Q.117 02. CATÓLICA 03. PROTESTANTE 04. ESPÍRITA 05. UMBANDA / CANDOMBLÉ 06. OUTRA _____ 89. Não quis responder	
116	Com que frequência você frequentou culto religioso nas últimas quatro semanas?	Nº de vezes [][] Não aplicável 88	
117	Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para identificar a sua cor ou raça?	01. BRANCA 02. PRETA 03. PARDA 04. AMARELA 05. INDÍGENA 89. Não quis responder 99. Não sabe	
118	Você sabe ler e escrever?	01. Sim 02. Não 89. Não quis responder	
119	Você já frequentou a escola?	01. Sim 02. Não ⇒ passe para Q.121 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.121	
120	Qual a última série e grau que você concluiu com aprovação? MARQUE O GRAU MAIS ELEVADO. (CONVERTA OS ANOS DE ESCOLARIDADE DE ACORDO COM OS CÓDIGOS DA TABELA NO FINAL DO QUESTIONÁRIO).	01. Primeiro Grau Menor, _____ Ano 02. Primeiro Grau Maior, _____ Ano 03. 2º grau/Secundário/Técnico, _____ Ano 04. Universitário Incompleto, _____ Ano 05. Universitário completo, _____ Ano 88. Não aplicável 89. Não quis responder _____	
121	Atualmente você está casada ou vive com alguém? (ANOTE NO BOX A)	1. ATUALMENTE CASADA ⇒ passe p/ Q.126 2. VIVE/MORA JUNTO COM UM HOMEM ⇒ passe p/ Q.126 3. TEM UM PARCEIRO (MANTENDO RELAÇÃO SEXUAL), MAS NÃO VIVE JUNTO. 4. NÃO ESTÁ CASADA OU VIVENDO COM ALGUÉM (SEM RELACIONAMENTO SEXUAL). 5. OUTRO _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
122	Você alguma vez já foi casada ou viveu com um companheiro do sexo masculino?	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ SEÇÃO 2 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
123	O último casamento ou vida em comum com um companheiro terminou em divórcio / separação, ou você ficou viúva?	01. Divorciada 02. Separada 03. Viúva ⇒ passe para Q.128 88. Não aplicável 89. Não quis responder	

124	Quem tomou a iniciativa da separação?	01. VOCÊ 02. SEU PARCEIRO 03. AMBOS, VOCÊ E SEU PARCEIRO 04. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
125	Qual o motivo que levou este seu último casamento / ou relacionamento a terminar? A pergunta permite mais de uma resposta	01. VOCÊ NÃO SENTIA MAIS AMOR POR ELE 02. VOCÊ NÃO TINHA MAIS ATRAÇÃO SEXUAL POR ELE 03. VOCÊ ENCONTROU OUTRA PESSOA 04. INFIDELIDADE DO PARCEIRO 05. INCOMPATIBILIDADES / NÃO SE ENTENDIAM 06. COMPANHEIRO FAZIA USO DE ÁLCOOL, DROGAS 07. COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS DO PARCEIRO 08. Outro: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
126	Pensando no seu relacionamento atual / mais recente, quando vocês casaram / foram viver juntos:	01. VOCÊ SE MUDOU PARA CASA DO PARCEIRO 02. VOCÊ SE MUDOU PARA CASA DA FAMÍLIA DO PARCEIRO 03. O PARCEIRO SE MUDOU PARA SUA CASA 04. O PARCEIRO SE MUDOU PARA CASA DE SUA FAMÍLIA 05. VOCÊS FORAM MORAR SOZINHOS 06. Outro: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
127	Antes de seu relacionamento atual, você já foi casada ou viveu junto com outro companheiro do sexo masculino? (ANOTE NO BOX A)	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ SEÇÃO 2 88. Não aplicável 89. Não quis responder ⇒ passe p/ SEÇÃO 2	
128	Quantas vezes você foi casada ou viveu junto com um companheiro do sexo masculino? (INCLUIR O COMPANHEIRO ATUAL, QUANDO EXISTENTE). (ANOTE NO BOX A)	Nº de maridos / companheiros..... [] [] Não aplicável 88	
129	Quando você casou / foi viver junto pela primeira vez, quantos anos você tinha?	Anos (idade aproximada) [] [] Não aplicável 88	

SEÇÃO 2 – HISTORIA REPRODUTIVA E CONTRACEPTIVA

Agora eu gostaria de falar sobre alguns fatos e situações vividas pela maioria das mulheres: seus relacionamentos e seus parceiros, gravidezes e filhos que teve.

201	Quantas vezes você já engravidou? Considere, inclusive, qualquer gravidez que você teve mesmo que não tenha tido uma criança viva ou tenha resultado em aborto.	Número total de vezes que engravidou [][] Inclua a gravidez atual e se ela estiver grávida pela primeira vez ⇒ passe p/Q. 207	
202	Quando você engravidou pela PRIMEIRA vez, quantos anos você tinha?	Idade em anos[][] Não aplicável88 Não lembra 99	
203	De quantos parceiros você engravidou? Considere todas as vezes que você engravidou, estivesse ou não vivendo com o pai da criança, mesmo que não tenha tido uma criança viva ou tenha resultado em aborto.	Número de parceiros de quem engravidou [][] Não quis responder 89 Se for a 1ª gravidez 01	
204	Você já pariu uma criança? Quantas? EXPLORE: pode ter sido uma criança nascida viva ou morta.	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q.207 88. Não aplicável Número de partos [][] Não aplicável88	
205	De quantos parceiros você teve filhos?	Número de parceiros de quem teve filhos [][] Nenhum 00 Não quis responder 89	
206	Quando nasceu o seu PRIMEIRO filho, quantos anos você tinha?	Idade em anos.....[][] Não aplicável 88	
207	Você já fez alguma coisa ou tentou de alguma forma evitar gravidez?	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q. 212 89. Não quis responder ⇒ p/ Q. 212	
208	Quais os métodos para evitar gravidez que você já usou? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. NUNCA USOU 02. PÍLULAS 03. INJEÇÕES 04. IMPLANTE DE ADESIVO (NORPLANT) 05. DIU – Dispositivo Intra-Uterino 06. DIAFRAGMA / ESPERMICIDA 07. TABELA / MÉTODO DO MUCO 08. CAMISINHA 09. COITO INTERROMPIDO 10. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
209	Quantos anos você tinha quando usou pela primeira vez, algum método para evitar gravidez?	Idade em anos[][] Nunca usou 00 99. Não lembra	

210	No último mês antes de engravidar, você usou algum método para evitar gravidez? Qual? EXPLORE: E seu marido ou companheiro? (RESPOSTA ÚNICA)	01. NÃO ESTAVA USANDO 02. PÍLULAS 03. INJEÇÕES 04. IMPLANTE DE ADESIVO (NORPLANT) 05. DIU – Dispositivo Intra-Uterino 06. DIAFRAGMA / ESPERMICIDA 07. TABELA / MÉTODO DO MUCO 08. CAMISINHA 09. COITO INTERROMPIDO 10. OUTROS: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder Não quis responder	
211	Quem decidiu usar esse método?	01. VOCÊ 02. O PARCEIRO 03. OS DOIS 04. OUTRA PESSOA : _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
Você disse já ter engravidado [nº de vezes], eu gostaria de saber algumas informações sobre as suas outras gravidezes (cheque Q.201). Se ela referiu apenas uma gravidez, esta é a gravidez <u>atual</u> , passe para a QUESTÃO 222.			
212	1ª Gravidez	a) Quando engravidou pela primeira vez, você estava fazendo algo ou usando algum método para evitar gravidez? EXPLORE: E o seu parceiro fazia alguma coisa?	01. Sim 02. Não 89. Não quis responder 99. Não lembra 88. Não aplicável (mulheres na 1ª gravidez)
		b) Quando engravidou pela primeira vez, antes de saber que estava grávida, você	01. ESTAVA TENTANDO ENGRAVIDAR 02. QUERIA ENGRAVIDAR 03. NÃO ESTAVA QUERENDO 04. NÃO FAZIA DIFERENÇA 05. NÃO HAVIA PENSADO NO ASSUNTO 06. OUTROS: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra
		c) A sua 1ª gravidez resultou em:	01. FILHO NASCIDO VIVO 02. FILHO NASCIDO MORTO 03. ABORTO ESPONTÂNEO (NATURAL) 04. ABORTO PROVOCADO 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra
Caso seja a última gravidez, passe p/ a Q. 217			
213	2ª Gravidez	a) Quando engravidou pela segunda vez, você estava fazendo algo ou usando algum método para evitar gravidez? EXPLORE: E o seu parceiro fazia alguma coisa?	01. Sim 02. Não 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra

		b) Na sua 2ª gravidez, antes de saber que estava grávida, você	01. ESTAVA TENTANDO ENGRAVIDAR 02. QUERIA ENGRAVIDAR 03. NÃO ESTAVA QUERENDO 04. NÃO FAZIA DIFERENÇA 05. OUTROS: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
		c) A sua 2ª gravidez resultou em:	01. FILHO NASCIDO VIVO 02. FILHO NASCIDO MORTO 03. ABORTO ESPONTÂNEO (NATURAL) 04. ABORTO PROVOCADO 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
Caso seja a última gravidez, passe p/ a Q. 217				
214	3ª Gravidez	a) Quando engravidou pela terceira vez, você EXPLORE: E o seu parceiro fazia alguma coisa?	01. Sim 02. Não 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
		b) Na sua 3ª gravidez, antes de saber que estava grávida, você	01. ESTAVA TENTANDO ENGRAVIDAR 02. QUERIA ENGRAVIDAR 03. NÃO ESTAVA QUERENDO 04. NÃO FAZIA DIFERENÇA 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
		c) A sua 3ª gravidez resultou em:	01. FILHO NASCIDO VIVO OU MORTO 02. ABORTO ESPONTÂNEO (NATURAL) 03. ABORTO PROVOCADO 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
Caso seja a última gravidez, passe p/ a Q. 217				
215	4ª Gravidez	a) Quando engravidou pela quarta vez, você estava fazendo algo ou usando algum método para evitar gravidez? EXPLORE: E o seu parceiro fazia alguma coisa?	01. Sim 02. Não 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
		b) Na sua 4ª gravidez, antes de saber que estava grávida, você	01. ESTAVA TENTANDO ENGRAVIDAR 02. QUERIA ENGRAVIDAR 03. NÃO ESTAVA QUERENDO 04. NÃO FAZIA DIFERENÇA 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
		c) A sua 4ª gravidez resultou em:	01. FILHO NASCIDO VIVO 02. FILHO NASCIDO MORTO 03. ABORTO ESPONTÂNEO (NATURAL) 04. ABORTO PROVOCADO 89. Não quis responder 88. Não aplicável 99. Não lembra	
Caso seja a última gravidez, passe p/ a Q. 217				

216	5ª Gravidez	<p>a) Quando engravidou pela quinta vez, você estava fazendo algo ou usando algum método para evitar gravidez?</p> <p>EXPLORE: E o seu parceiro fazia alguma coisa?</p>	<p>01. Sim 02. Não 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra</p>	
		<p>b) Antes de saber que estava grávida, você</p>	<p>01. ESTAVA TENTANDO ENGRAVIDAR 02. QUERIA ENGRAVIDAR 03. NÃO ESTAVA QUERENDO 04. NÃO FAZIA DIFERENÇA 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra</p>	
		<p>c) A sua 5ª gravidez resultou em:</p>	<p>01. FILHO NASCIDO VIVO 02. FILHO NASCIDO MORTO 03. ABORTO ESPONTÂNEO (NATURAL) 04. ABORTO PROVOCADO 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe</p>	
HAVENDO MAIS DE CINCO GRAVIDEZES USE A FOLHA ADICIONAL				
217	<p>PERGUNTE:</p> <p>Só para confirmar: Você já deu à luz a [número]crianças vivas?</p> <p>↓</p> <p>221 Você já teve [número]crianças nascidas mortas?</p> <p>Você teve [número] abortos, [número] abortos que foram espontâneos (natural) e [número] foram provocados?</p>		<p>(TOTALIZE O NÚMERO DE EVENTOS)</p> <p>217) Nº de nascidos vivos [][]</p> <p>218) Nº de natimortos..... [][]</p> <p>219) Nº de abortos[][]</p> <p>220) Aborto espontâneo [][]</p> <p>221) Aborto provocado [][]</p> <p>Se nenhum registre 00</p>	
222	<p>Caso você pudesse escolher, quantos filhos você gostaria de ter?</p>		<p>Nº de filhos..... [][]</p> <p>Nenhum 00</p> <p>89. Não quis responder 99. Não sabe</p>	
223	<p>Que idade você tinha quando teve relações sexuais com uma pessoa do sexo masculino pela primeira vez?</p>		<p>Anos (idade aproximada) ... [][]</p> <p>89. Não quis responder 99. Não sabe</p>	
224	<p>Como você descreveria sua primeira experiência sexual: você queria, não queria, mas acabou acontecendo, ou foi forçada a fazer sexo?</p>		<p>01. QUERIA ⇒ passe p/ Q.226 02. NÃO QUERIA, MAS ACONTECEU 03. FOI FORÇADA⇒ passe p/ Q.225 89. Não quis responder ⇒ passe p/ SECÇÃO 3</p>	
225	<p>Como você foi forçada?</p>		<p>01. HOVE VIOLÊNCIA FÍSICA 02. HOVE AMEAÇA DE VIOLÊNCIA 03. HOVE OUTRO TIPO DE AMEAÇA 04. HOVE MUITA INSISTÊNCIA 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder</p>	

226	Quem foi essa pessoa com quem você teve a primeira relação?	01. NAMORADO 02. MARIDO OU COMPANHEIRO 03. PESSOA COM QUEM FICOU 04. AMIGO 05. VIZINHO 06. DESCONHECIDO 07. OUTRO: _____ 89. Não quis responder 99. Não lembra	
SEÇÃO 3 – GRAVIDEZ ATUAL			
301	Eu gostaria de saber sobre esta sua gravidez atual. Você lembra a data da sua última menstruação?	Data: ____ / ____ / ____	
302	Aproximadamente, com quantas semanas de gravidez você está?	[][] semanas ou [][] meses	
303	Antes de saber que estava grávida, você	01. ESTAVA TENTANDO ENGRAVIDAR ⇒ passe p/ Q.305 02. ESTAVA QUERENDO ENGRAVIDAR ⇒ passe p/ Q.305 03. QUERIA ENGRAVIDAR, MAS NÃO AGORA 04. NÃO QUERIA ENGRAVIDAR 05. NÃO FAZIA DIFERENÇA ⇒ passe p/ Q.305 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.305	
304	Por que você não estava querendo engravidar agora?	01. NÃO VIVE JUNTO COM O PARCEIRO 02. ESTAVA SE SEPARANDO 03. NÃO QUER TER FILHOS / MAIS FILHOS 04. NÃO QUER TER MAIS FILHOS COM O COMPANHEIRO ATUAL 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
305	Na época em que você ficou grávida, seu marido / companheiro	01. QUERIA A GRAVIDEZ 02. QUERIA ESPERAR MAIS UM POUCO 03. NÃO QUERIA FILHOS/MAIS FILHOS 04. NÃO FAZIA DIFERENÇA 05. OUTRO: _____ 89. Não quis responder 99. Não sabe	
306	Como você reagiu quando soube que estava grávida?	01. FICOU CONTENTE 02. ACEITOU 03. QUIS FAZER UM ABORTO 04. TENTOU FAZER UM ABORTO 05. OUTRO: _____ 89. Não quis responder	
307	E o pai da criança, como reagiu quando soube que você estava grávida?	01. FICOU CONTENTE ⇒ passe p/ Q.309 02. ACEITOU ⇒ passe p/ Q.309 03. FOI INDIFERENTE ⇒ passe p/ Q.309 04. FICOU CONTRARIADO / NÃO GOSTOU 05. SUGERIU / QUIS QUE FIZESSE UM ABORTO 06. NÃO FICOU SABENDO DA GRAVIDEZ ⇒ passe p/ Q.309 07. SUMIU QUANDO SOUBE DA GRAVIDEZ 08. OUTRO: _____ 89. Não quis responder	

308	Qual o motivo para ele não ter aceito a gravidez?	01. ELE TEM OUTRO RELACIONAMENTO 02. VOCÊS ESTAVAM HÁ POUCO TEMPO JUNTOS. 03. VOCÊS ESTAVAM SE SEPARANDO 04. ELE NÃO QUERIA TER FILHOS / MAIS FILHOS 05. NÃO ACREDITOU QUE O FILHO ERA DELE 06. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
309	Só para confirmar, quando engravidou dessa última vez, você estava fazendo algo para evitar gravidez? EXPLORE: E o seu parceiro fez alguma coisa? (CONFIRA Q.210)	01. Sim ⇒ passe p/ Q.311 02. Não estava usando 03. Nunca usou 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.312	
310	Quando engravidou dessa última vez, por que motivo vocês não estavam evitando? (RESPOSTA ÚNICA)	01. VOCÊ DESEJAVA TER UM FILHO 02. O PARCEIRO QUERIA TER UM FILHO 03. VOCÊS DOIS DESEJAVAM TER UM FILHO 04. VOCÊ PENSAVA QUE NÃO PODIA ENGRAVIDAR 05. NÃO PENSAVAM SOBRE ISSO 06. O PARCEIRO NÃO QUERIA 07. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
311	Seu marido / companheiro sabia que você estava usando um método para evitar a gravidez?	01. Sim 02. Não 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
312	Alguma vez seu marido / companheiro atual / mais recente se recusou ou tentou impedi-la de usar algum método para evitar a gravidez?	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q.314 88. Não aplicável 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.314	
313	De que maneira ele demonstrou não permitir que você usasse algum método para evitar a gravidez? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. FALOU QUE NÃO APROVAVA 02. GRITOU / FICOU COM RAIVA 03. AMEAÇOU BATER EM VOCÊ 04. AMEAÇOU LARGAR VOCÊ / POR VOCÊ PARA FORA DE CASA 05. BATER EM VOCÊ / AGREDIR VOCÊ 06. PEGOU OU DESTRUIU O MÉTODO 07. OUTRA: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
314	Depois que você engravidou dessa última vez, você pensou em interromper essa gravidez?	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q.327 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.327	
APENAS PARA AS MULHERES QUE RESPONDERAM EM Q.306 código 3 ou 4 (quis ou tentou fazer um aborto) ou em Q.307 código 5 (companheiro quis fazer um aborto) ou em Q.314 disse ter pensado em fazer um aborto (código 1) CHEQUE Q.306, Q.314 e Q.307			
315	Você chegou a conversar com o seu parceiro sobre a possibilidade de interromper a gravidez?	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q.318 88. Não aplicável 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.318	
316	Quanto à idéia de interromper a gravidez, você diria que seu companheiro:	01. DEU APOIO ⇒ passe p/ Q.318 02. FOI INDIFERENTE ⇒ passe p/ Q.318 03. ACEITOU ⇒ passe p/ Q.318 04. NÃO APROVOU 05. OUTRO _____ ⇒ passe p/ Q.318 88. Não aplicável 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.318	

317	De que maneira ele demonstrou não aprovar que você interrompesse a gravidez? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. FALOU QUE NÃO APROVAVA 02. GRITOU / FICOU COM RAIVA 03. AMEAÇOU BATER EM VOCÊ 04. AMEAÇOU LARGAR VOCÊ / PÔR VOCÊ PARA FORA DE CASA 05. BATEU EM VOCÊ / AGREDIU VOCÊ 06. OUTRA: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
318	Você fez alguma tentativa de interromper essa gravidez?	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q.326 88. Não aplicável 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.326	
319	De que forma você tentou interromper essa gravidez? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. USOU CITOTEC 02. USOU OUTRO MEDICAMENTO 03. TOMOU CHÁS E INFUSÕES 04. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
320	Com quanto tempo de gravidez você estava, quando tentou interromper essa gravidez? EXPLORE: Quantas semanas ou meses de gravidez?	[] [] SEMANAS OU [] [] MESES 88. Não aplicável	
321	Você estava vivendo com o pai da criança?	01. Sim 02. Não 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
322	Afora o seu companheiro, você conversou com mais alguém sobre interromper a gravidez? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. Irmã(s) 02. Amiga(s) 03. Mãe dela 04. Mãe dele 05. Padre / líder religioso 06. Outra pessoa: _____ 07. Não falou com ninguém ⇒ passe p/ Q.324 88. Não aplicável 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.324 99. Não lembra ⇒ passe p/ Q.324	
323	Alguma dessas pessoas a apoiou na decisão de interromper a gravidez?	01. Não teve apoio 02. Irmã(s) 03. Amiga(s) 04. Mãe dela 05. Mãe dele 06. Outra pessoa: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
324	Depois desta tentativa de aborto, você procurou alguma forma de atendimento médico?	01. SIM, E FOI ATENDIDA 02. SIM, MAS NÃO FOI ATENDIDA 03. NÃO PROCUROU 04. OUTRO: _____ 88. Não aplicável	

325	Qual foi o <u>principal motivo</u> para você ter querido interromper a gravidez ? (RESPOSTA ÚNICA)	01. FALTA DE CONDIÇÕES FINANCEIRAS 02. NÃO QUERIA MAIS FILHOS 03. NÃO QUERIA TER FILHO 04. NÃO QUERIA FILHO / MAIS FILHOS COM ESTE COMPANHEIRO 05. NÃO QUERIA NAQUELE MOMENTO 06. NÃO VIVIA COM O PAI DA CRIANÇA 07. O PAI DA CRIANÇA NÃO QUERIA A GRAVIDEZ 08. PARA NÃO PERDER O EMPREGO 09. QUERIA TRABALHAR / PROCURAVA EMPREGO 10. QUERIA ESTUDAR / CONTINUAR ESTUDANDO 11. PROBLEMA DE SAÚDE _____ 12. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
326	Qual foi o <u>principal motivo</u> para você ter levado a gravidez adiante? (RESPOSTA ÚNICA)	01. MEDO DE COMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE 02. MOTIVO RELIGIOSO 03. MEDO DA REAÇÃO DO COMPANHEIRO 04. NÃO TINHA DINHEIRO PARA FAZER 05. NÃO SABIA ONDE PROCURAR 06. OUTRO _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
327	Você está fazendo pré-natal?	01. Sim ⇒ passe p/ Q.329 02. Não 89. Não quis responder	
328	Por que motivo você não está fazendo pré-natal?	01. NÃO QUIS CONTINUAR/FAZER 02. NÃO ACHA QUE É IMPORTANTE 03. NÃO TEM TEMPO 04. MARIDO / COMPANHEIRO NÃO QUER 05. Outro: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
329	Você estava com quantas semanas de gravidez, quando fez a primeira consulta de pré-natal?	[] [] semanas ou [] [] meses Não aplicável 88	
330	Em relação ao pré-natal você diria que o seu companheiro	01. ENCORAJOU 02. NÃO DEMONSTROU INTERESSE 03. TENTOU IMPEDIR/IMPEDIU 88. Não aplicável 89. Não quis responder	

SEÇÃO 5 – PARCEIRO ATUAL OU MAIS RECENTE

ANTES DE COMEÇAR A SEÇÃO 5 CHEQUE O ESTADO MARITAL NA FOLHA DE REFERÊNCIA, BOX A

Agora eu gostaria que você falasse um pouco sobre seu atual / mais recente marido / companheiro / namorado.

501	Há quanto tempo você está / esteve com o seu companheiro atual / último companheiro?	Nº DE ANOS [][] ou Nº DE MESES [][]	
502	Em que lugar você conheceu o seu companheiro atual / último companheiro?	01. NA SUA CASA OU NA CASA DE ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA 02. NA CASA DE AMIGOS 03. NO TRABALHO 04. VIZINHAÇA 05. IGREJA / ORGANIZAÇÃO RELIGIOSA 06. FESTA / BAR / RESTAURANTE 07. LOCAL PÚBLICO (ÔNIBUS / METRÔ / RUA) 08. Outro: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
503	Quantos anos seu marido / companheiro / namorado fez no último aniversário dele? Verifique a idade aproximada.	ANOS [][] Não Sabe 99	
504	Em que ano ele nasceu? Explore você sabe o mês de aniversário dele?	Mês [][] ANO [][][][] Não Sabe 99	
505	Ele sabe ler e escrever?	01. Sim 02. Não ⇒ passe para Q.507 99. Não sabe	
506	Qual a último grau e série que ele completou na escola? (MARQUE O GRAU MAIS ALTO. CASO NECESSÁRIO CONSULTE A TABELA DE ESCOLARIDADE NO FINAL DO QUESTIONÁRIO)	01. Não freqüentou escola 02. Primeiro grau menor _____ anos 03. Primeiro grau maior _____ anos 04. Secundário / Técnico _____ anos 05. Univ. completo _____ anos 06. Univ. incompleto _____ anos 88. Não aplicável 99. Não sabe	
507	Atualmente seu marido / companheiro / namorado está trabalhando, procurando emprego ou desempregado, aposentado ou estudando? (PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE: “Durante o relacionamento de vocês ele estava trabalhando....?”)	01. TRABALHANDO ⇒ passe p/ Q.509 02. PROC. EMPREGO / DESEMPREGADO 03. APOSENTADO ⇒ passe p/ Q.509 04. ESTUDANTE ⇒ passe p/ Q.510 88. Não aplicável 99. Não sabe	
508	Quando ele saiu do seu último emprego? (PARA O PARCEIRO ATUAL)	01. ÚLTIMAS 4 SEMANAS 02. DE 4 SEMANAS A 12 MESES 03. MAIS QUE 12 MESES ⇒ passe p/ Q.510 88. Não aplicável 99. Não sabe	
509	Habitualmente que tipo de trabalho ele faz / fazia? (ESPECIFIQUE O TIPO DE TRABALHO).	_____ _____ _____	

510	Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para identificar a cor ou raça do seu marido / companheiro?	01. BRANCA 02. PRETA 03. PARDA 04. AMARELA 05. INDÍGENA 89. Não quis responder 99. Não sabe		
511	Seu marido / companheiro usa / já fez uso de bebidas alcoólicas?	01. Sim, bebe 02. Não ⇒ passe p/ Q.515 03. Sim, mas deixou de beber 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.515		
512	Com que frequência seu marido / companheiro toma / tomava bebidas alcoólicas?	01. OCASIONALMENTE 02. MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 03. UMA OU DUAS VEZES POR MÊS 04. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 05. TODOS OU QUASE TODOS OS DIAS 88. Não aplicável 89. Não quis responder		
513	Nos últimos 12 meses de seu atual relacionamento, quantas vezes você tem visto / viu seu marido / companheiro bêbado? Você diria ... PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE: Durante o relacionamento de vocês, quantas vezes você viu seu marido/ companheiro bêbado? Você diria ...	01. NUNCA 02. OCASIONALMENTE 03. MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 04. UMA OU DUAS VEZES POR MÊS 05. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 06. TODOS OU QUASE TODOS OS DIAS 88. Não aplicável 89. Não quis responder		
514	Nos <u>últimos 12 meses</u> de relacionamento, você vivenciou algum dos problemas abaixo relacionados com o uso de bebida pelo seu marido / companheiro? PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE: Durante o relacionamento de vocês, você vivenciou algum dos problemas abaixo relacionados com o uso de bebida pelo seu marido / companheiro?	a. PROBLEMAS COM DINHEIRO b. PROBLEMAS FAMILIARES c. Outros: _____ _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	<u>SIM</u> 01 01 01	<u>NÃO</u> 02 02 02
515	Seu marido / companheiro usa / já usou drogas?	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q.517 03. Sim, mas deixou de usar 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.517 99. Não sabe		
516	Com que frequência seu marido / companheiro (atual ou mais recente) usa / usou drogas? PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE: Durante o relacionamento de vocês, com que frequência seu marido / companheiro (atual ou mais recente) usa / usou drogas?	01. OCASIONALMENTE 02. MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 03. UMA OU DUAS VEZES POR MÊS 04. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 05. TODOS OU QUASE TODOS OS DIAS 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe		
517	Desde que você o conheceu, ele esteve envolvido em alguma briga (agressão física) com outro homem?	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q.519 99. Não sabe ⇒ passe p/ Q.519		

518	Nos últimos doze meses de relacionamento, isto aconteceu:	01. NUNCA 02. UMA OU DUAS VEZES 03. ALGUMAS VEZES (DE 3 A 5) 04. MUITAS VEZES (MAIS DE 5) 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
519	O seu marido / companheiro teve outras mulheres durante o relacionamento com você?	01. Sim 02. Suspeita que sim, mas não tem certeza 03. Não ⇒ passe p/ Q.521 99. Não sabe ⇒ passe p/ Q.521 89. Não quis responder	
520	O seu marido / companheiro teve filhos com outra mulher durante o relacionamento com você?	01. Sim 02. Não 03. Pode ser 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
521	Durante esse relacionamento, você teve algum envolvimento com outra pessoa que incluisse sexo?	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ SEÇÃO 6 89. Não quis responder ⇒ passe p/ SEÇÃO 6	
522	Seu marido / companheiro chegou a saber que você teve relações sexuais com outra pessoa?	01. SIM, ELE SOUBE 02. ACHO QUE ELE SABE, MAS NÃO TENHO CERTEZA 03. ELE NÃO SOUBE 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	

SEÇÃO 7 – A ENTREVISTADA E SEU COMPANHEIRO ATUAL (OU MAIS RECENTE).

ANTES DE COMEÇAR A SEÇÃO 7 CHEQUE O ESTADO MARITAL NA FOLHA DE REFERÊNCIA, BOX A

Quando duas pessoas casam, vivem juntas ou namoram, elas geralmente compartilham bons e maus momentos. Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre seu relacionamento atual (ou mais recente) e como o seu marido / companheiro a trata / ou a tratava. Se alguém nos interromper, eu mudarei o assunto de nossa conversa. Gostaria de lhe assegurar, novamente, que suas respostas serão mantidas em segredo e que você não precisa responder a nada que não queira. Posso continuar?

701	Geralmente, você e o seu (atual ou mais recente) marido / companheiro/namorado conversam sobre os seguintes assuntos?				
	a) Coisas que acontecem com ele durante o dia	<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>	<u>NR</u>	
	b) Coisas que acontecem com você durante o dia	01	02	89	
	c) Suas preocupações ou sentimentos	01	02	89	
	d) As preocupações ou sentimentos dele	01	02	89	
702	No relacionamento com seu (atual ou mais recente) marido / companheiro, com que frequência vocês brigam / brigavam?	00 . NUNCA 01. RARAMENTE (menos de 1 vez / mês) 02. ALGUMAS VEZES (Entre 1 e 3 vezes/ mês) 03. FREQUENTEMENTE (1 ou mais vezes/ semana) 89. Não quis responder			

703	Há algumas situações que acontecem com muitas mulheres. Pensando sobre seu marido / companheiro (atual ou mais recente), você diria que geralmente ele:	<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>	<u>NR</u>	<u>NA</u>
	a) Tenta impedir que você visite / veja seus amigos.	01	02	89	88
	b) Procura restringir o seu contato com sua família.	01	02	89	88
	c) Insiste em saber onde você está o tempo todo.	01	02	89	88
	d) A trata com indiferença.	01	02	89	88
	e) Fica zangado se você conversa com outro homem.	01	02	89	88
	f) Está freqüentemente suspeitando que você seja infiel.	01	02	89	88
	g) Espera que você peça permissão a ele antes de procurar um serviço de saúde para você mesma.	01	02	89	88
	h) Impede /tentou impedir você de trabalhar	01	02	89	88
	i) Impede /tentou impedir você de estudar	01	02	89	88

AGORA VAMOS FALAR ESTA GRAVIDEZ ATUAL

704														
Durante essa gravidez o seu atual marido / companheiro / namorado atual, alguma vez, tratou você da seguinte forma:	A) (Se sim, continue com B. Se não, passe p/ C)				B) Durante a gravidez atual , isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			C) Isto aconteceu alguma vez sem que você estivesse grávida? Se sim, passe p/ o item D. Se não, p/ a pergunta seguinte.				D) Sem que você estivesse grávida , isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?		
	Sim	Não	NA	NR	Uma	Poucas	Muitas	Sim	Não	NA	NR	Uma	Poucas	Muitas
1. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?	01	02	88	89	01	02	03	01	02	88	89	01	02	03
2. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	01	02	88	89	01	02	03	01	02	88	89	01	02	03
3. Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como ele a olha, se ele grita, quebra coisas)?	01	02	88	89	01	02	03	01	02	88	89	01	02	03
4. Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta?	01	02	88	89	01	02	03	01	02	88	89	01	02	03
705	Durante essa gravidez, outra pessoa que não seja o seu marido / companheiro / namorado atual alguma vez, tratou você da seguinte forma:				SE SIM, quem fez isso com você? EXPLORE: Talvez um ex-companheiro, marido ou namorado? Alguém de sua família? No trabalho? Um amigo ou vizinho? Um estranho ou uma outra pessoa?									
	1. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?				01. Ninguém 02. Ex-marido / companheiro / namorado 03. Pai 04. Padrasto 05. Mãe 06. Madrasta 07. Outros: _____ 89. Não quis responder									

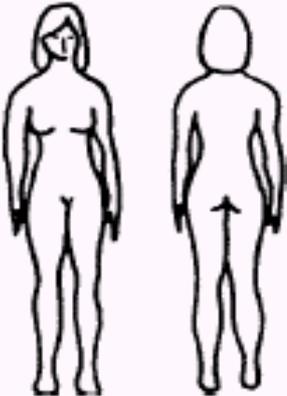
2. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	01. Ninguém 02. Ex-marido / companheiro / namorado 03. Pai 04. Padrasto 05. Mãe 06. Madrasta 07. Outros: _____ 89. Não quis responder	
---	--	--

3. Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como ele a olha, se ele grita ou quebra coisas)?	01. Ninguém 02. Ex-marido / companheiro / namorado 03. Pai 04. Padrasto 05. Mãe 06. Madrasta 07. Outros: _____ 89. Não quis responder	
4. Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?	01. Ninguém 02. Ex-marido / companheiro / namorado 03. Pai 04. Padrasto 05. Mãe 06. Madrasta 07. Outros: _____ 89. Não quis responder	

706												
Durante essa gravidez o seu atual marido / companheiro / namorado atual, alguma vez, tratou você da seguinte forma: (NOTE NO BOX C)	A) (Se sim, passe p/ B. Se não, passe p/ C)	B) Durante a gravidez atual, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?	C) Isto aconteceu alguma vez sem que você estivesse grávida? (Se Sim, passe p/D. Se Não, passe p/ a pergunta seguinte)	D) Sem que você estivesse grávida, isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?								
	Sim Não NA NR	Uma Poucas Muitas	Sim Não NA NR	Uma Poucas Muitas								
1. Deu-lhe uma tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?	01 02 88 89	01 02 03	01 02 88 89	01 02 03								
2. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco / chacoalhão?	01 02 88 89	01 02 03	01 02 88 89	01 02 03								
3. Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	01 02 88 89	01 02 03	01 02 88 89	01 02 03								
4. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	01 02 88 89	01 02 03	01 02 88 89	01 02 03								
5. Tentou estrangular ou queimou você de propósito?	01 02 88 89	01 02 03	01 02 88 89	01 02 03								
6. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	01 02 88 89	01 02 03	01 02 88 89	01 02 03								

707	Durante essa gravidez, outra pessoa que não seja o seu marido / companheiro / namorado atual alguma vez, tratou você da seguinte forma: (ANOTE NO BOX C)	SE SIM, quem fez isso com você? EXPLORE: Talvez um ex-marido ou namorado? Talvez alguém na escola ou no trabalho? Um amigo ou vizinho? Um estranho ou uma outra pessoa?	

APENAS PARA AS MULHERES QUE REFERIRAM VIOLÊNCIA FÍSICA NA GRAVIDEZ ATUAL ANTES DE PROSSEGUIR CHEQUE O BOX C			
VIOLÊNCIA NA GRAVIDEZ SIM [] ↓ passe para Q.708		NÃO [] ⇒ passe para Q.719	
708	Durante essa gravidez, aproximadamente com quantas semanas [ou meses] você estava, quando foi agredida pela <u>primeira vez</u> ?	Semanas de gravidez [][] ou Meses de gravidez [][] 88. Não Aplicável 89. Não quis responder	
709	Em que período da gravidez, você diria que a violência foi maior ?	01. NOS 3 PRIMEIROS MESES 02. ENTRE O 4º E O 6º MÊS 03. DO 7º MÊS AO FINAL DA GRAVIDEZ 04. DURANTE TODA A GRAVIDEZ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
	Você poderia me falar sobre as lesões que você sofreu em decorrência da violência na sua gravidez atual. Por violência, refiro-me a qualquer forma de dano físico, como cortes, torções, ossos e dentes quebrados, ou outras coisas desse tipo.		
710	Você já ficou machucada a ponto de precisar de cuidados de saúde na gravidez? Se Sim: quantas vezes?	Número de vezes [][] Não precisou ... 00 ⇒ passe p/ Q.713 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
711	Você precisou passar alguma noite hospitalizada por causa de suas lesões? Se Sim: quantas noites?	Nº noites em hospital [][] Se NÃO, registre 00 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
712	Você contou ao profissional de saúde que a atendeu a verdadeira causa de suas lesões?	01. Sim 02. Não 89. Não quis responder 88. Não aplicável	

713	<p>Marque a área traumatizada no diagrama do corpo humano Marque cada episódio de acordo com a escala a seguir:</p> <p>1 - Ameaças de maus-tratos / agressão, inclusive com arma 2 - Tapa, empurrão; sem deixar marcas, ferimento ou dor duradoura 3 - Socos, chute, machucado / mancha roxa, cortes e/ou dor contínua 4 - Espancamento, contusões severas, queimaduras, ossos quebrados 5 - Danos na cabeça, internos e/ou permanentes 6 - Uso de armas, ou ferimento por arma</p> <p>(Escolha a descrição com o maior número)</p>		<p>Frequência (desde o início da gravidez)</p> <p>1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____</p>
714	<p>Você já ficou machucada a ponto de ter tido algum problema de saúde na gravidez?</p>	<p>01. Não teve 02. Hemorragia vaginal 03. Ameaça de aborto 04. Aborto 05. Parto prematuro 06. Ameaça de parto prematuro 07. Morte fetal 08. Ruptura do útero 09. Outros: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder</p>	
715	<p>Durante a gravidez atual, quando foi agredida, você perdeu a consciência alguma vez?</p> <p>SE SIM: durante quanto tempo? Mais de 1 hora ou menos?</p>	<p>01. Sim, menos de 1 hora 02. Sim, mais de 1 hora 03. Não 88. Não aplicável 89. Não quis responder</p>	
716	<p>A pessoa que a agrediu é o pai da criança?</p>	<p>01. Sim 02. Não 89. Não quis responder</p>	
717	<p>Quando você foi agredida na gravidez atual, você estava morando com a pessoa que a agrediu?</p> <p>REFERE-SE A QUALQUER PESSOA (AGRESSOR) NA CASA</p>	<p>01. Sim 02. Não 89. Não quis responder</p>	
718	<p>Comparando sua situação antes da gravidez, você diria que a violência na gravidez atual:</p>	<p>00. COMEÇOU 01. DIMINUIU 02. NÃO SE ALTEROU 03. AUMENTOU 88. Não aplicável 99. Não sabe</p>	
CHEQUE O BOX B - Se for a 1ª gravidez ⇒ passe p/ Q.723			
719	<p>Além dessa gravidez, você disse já ter engravidado outras vezes. Em alguma dessas gravidezes, você foi espancada ou agredida fisicamente por um companheiro?</p>	<p>01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q.723 89. Não quis responder</p>	
720	<p>Desses parceiros de quem você engravidou, quantos a agrediram fisicamente na gravidez?</p>	<p>Nº de parceiros agressores na gravidez [][]</p> <p>Não aplicável88 Não quis responder ...89</p>	
721	<p>Isto ocorreu em uma gravidez, ou em mais de uma?</p> <p>SE EM MAIS DE UMA: Em quantas delas você foi agredida fisicamente?</p>	<p>Nº de gestações com agressão física [][]</p> <p>Não aplicável88 Não quis responder89</p>	

722	Pensando nas outras vezes em que você engravidou, isto aconteceu na sua ?	01. PRIMEIRA GRAVIDEZ 02. SEGUNDA GRAVIDEZ 03. TERCEIRA GRAVIDEZ 04. QUARTA GRAVIDEZ 05. QUINTA GRAVIDEZ 06. OUTRA: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 98. Não lembra	
-----	---	---	--

Voltando à gravidez atual

723														
<p>Durante essa gravidez o seu atual marido / companheiro / namorado, alguma vez, tratou você da seguinte forma:</p> <p>(ANOTE NO BOX C)</p> <p>1. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?</p> <p>2. Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?</p> <p>3. Forçou-a a uma prática sexual que você considera humilhante?</p>	A) (Se Sim, passe p/ B. Se Não, passe p/ C)				B) Durante a gravidez atual, isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			C) Isto aconteceu alguma vez antes de você ter engravidado? (Se Sim, passe p/ D. Se Não, passe p/ a pergunta seguinte)				D) Antes de você ter engravidado, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?		
	Sim	Não	NA	NR	Uma	Poucas	Muitas	Sim	Não	NA	NR	Uma	Poucas	Muitas
	01	02	88	89	01	02	03	01	02	88	89	01	02	03
	01	02	88	89	01	02	03	01	02	88	89	01	02	03
01	02	88	89	01	02	03	01	02	88	89	01	02	03	

SEÇÃO 10 – AUTONOMIA FINANCEIRA

Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre o seu trabalho ou alguma atividade que você faz para ganhar dinheiro. Precisamos dessas informações para compreender a situação financeira das mulheres hoje em dia.

1001	Você tem alguma renda/recebe algum dinheiro?	01. Sim 02. Não 89. Não quis responder	
1002	Qual a sua ocupação atual? (principal ocupação na semana anterior) Considere como ocupação toda atividade pela qual você receba dinheiro ou alguma outra forma de pagamento, mesmo que você o tenha realizado em sua casa.	_____ _____ _____ _____	

1003	Descreva o que você faz e há quanto tempo	_____	_____
1004	Você é	01. EMPREGADA 02. TRABALHA POR CONTA PRÓPRIA ⇒ passe p/ Q.1006 03. EMPREGADORA ⇒ passe p/ Q.1006 04. APOSENTADA ⇒ passe p/ Q.1006 05. DONA DE CASA ⇒ passe p/ Q.1006 06. ESTUDANTE ⇒ passe p/ Q.1006 07. DESEMPREGADA ⇒ passe p/ Q.1006 09. OUTROS _____ ⇒ passe p/ Q.1006	
1005	No seu trabalho você tem carteira assinada?	01. Sim 02. Não 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
1006	Você contribui para a Previdência Social (INSS)?	01. Sim 02. Não 89. Não Quis responder	
1007	Você está ou esteve procurando emprego no último ano? Se SIM, pergunte: Há quanto tempo?	a) 1. Sim 2. Não b) Tempo (em meses)[][]	
1008	Você tem alguma fonte de renda?	01. Não ⇒ passe para Q.1010 02. Ocupação principal 03. Outra ocupação 04. Pensão 05. Benefício 06. Aposentadoria 07. Aluguel 08. Outras: _____ _____	
1009	Quanto você ganhou no último mês, somando todas as suas fontes de renda? (ANOTE PARA SOMAR APÓS O TÉRMINO DA ENTREVISTA) Ocupação principal _____ Outra ocupação _____ Pensão _____ Benefício _____ Aposentadoria _____ Aluguel _____ Outras _____ TOTAL: _____	R\$ _____, _____ (Renda em reais)	
1010	Das pessoas que moram em sua casa, tirando você, tem alguém que tenha renda?	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q.1016 99. Não Sabe ⇒ passe p/ Q.1016	

1011	Se SIM, Quem ?	Quanto ganha ? R\$ _____, ____ R\$ _____, ____ R\$ _____, ____ R\$ _____, ____ R\$ _____, ____	<u>Não Sabe</u> 89 89 89 89 89	R\$ _____, (Renda em reais)
CONSULTE O BOX A – Se ela não está casada ou vive com homem ⇒ passe para SEÇÃO 11				
1012	Em relação ao dinheiro que você ganha		01. VOCÊ MESMA DECIDE COMO GASTA 02. DÁ PARTE AO MARIDO / COMPANHEIRO 03. DÁ TUDO AO MARIDO / COMPANHEIRO 04. GASTAM JUNTO 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
1013	Você diria que o dinheiro que você coloca em casa é		01. MAIOR 02. MENOR 03. IGUAL 88. Não aplicável. 89. Não quis responder 99. Não sabe	
1014	Quando você casou ou foi viver com o seu marido/companheiro atual ou mais recente, você deixou de trabalhar?		01. Não trabalhava ⇒ passe p/ Q.1016 02. Sim 03. Não ⇒ passe p/ Q.1016 89. Não quis responder	
1015	Por que motivo você deixou de trabalhar?		01. Marido / companheiro exigiu 02. Foi demitida 03. Engravidou 04. Outro: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	

VERSÃO 1 - CASO A ENTREVISTADA TENHA INFORMADO PROBLEMAS / VIOLÊNCIA

Quero agradecer muito a sua ajuda. Apreciamos o tempo que você gastou. Percebo que estas perguntas podem ter sido difíceis para você responder, mas só ouvindo as mulheres diretamente é que realmente podemos entender mais sobre a saúde delas e as experiências de violência.

Pelo que você nos contou, vejo que atravessou alguns momentos muito difíceis em sua vida. Ninguém tem o direito de tratar outra pessoa desse modo. Porém, com base no seu relato, percebo que você é forte, tendo ultrapassado circunstâncias difíceis.

Esta é uma lista de organizações que oferecem apoio, conselhos legais e serviços de auxílio e aconselhamento às mulheres em RECIFE. Por favor contate-os se você quiser discutir sua situação com alguém. Os serviços listados são gratuitos e eles manterão tudo que você disser em sigilo. Você pode ir quando você se sentir pronta para isso, seja agora ou mais tarde.

VERSÃO 2 - CASO A ENTREVISTADA NÃO TENHA INFORMADO PROBLEMAS / VIOLÊNCIA

Quero agradecer muito a sua ajuda. Apreciamos o tempo que você gastou. Percebo que estas perguntas podem ter sido difíceis para você responder, mas só ouvindo as mulheres diretamente é que realmente podemos entender mais sobre a saúde delas e suas experiências de vida

Caso você ouça falar de alguma mulher que precise de ajuda, aqui está uma lista de organizações que oferecem apoio, conselhos legais e serviços de auxílio e aconselhamento às mulheres em RECIFE. Por favor contate-os se você ou quaisquer de suas amigas ou parentes precisar de ajuda. Os serviços listados são gratuitos e eles manterão tudo que se diga a eles em sigilo.

1204

REGISTRAR A HORA DO TÉRMINO DA ENTREVISTA

Horas..... [][] (24 horas) Minutos.....[][]