



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA



MULHERES DO RECIFE

ENFRENTANDO A VIOLÊNCIA COMETIDA PELO PARCEIRO ÍNTIMO

Raquel de Aquino Silva

RECIFE

2011

Raquel de Aquino Silva

MULHERES DO RECIFE

ENFRENTANDO A VIOLÊNCIA COMETIDA PELO PARCEIRO ÍNTIMO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva – PPGISC, do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração:
Epidemiologia

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

RECIFE

2011

Silva, Raquel de Aquino
Mulheres do Recife enfrentando a violência
cometida pelo parceiro íntimo / Raquel de Aquino
Silva. – Recife: O Autor, 2011.
105 folhas: il., fig., quadros; 30 cm.

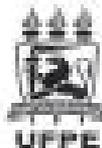
Orientador: Thália Velho Barreto de Araújo.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de
Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2011.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Mulheres maltratadas. 2. Violência contra a
mulher. 3. Maus tratos conjugais. 4. Violência
doméstica. I. Araújo, Thália Velho Barreto de. II.

Título.



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A)
MESTRANDO(A)

RACHEL DE AQUINO SILVA

No dia 30 de agosto de 2011, às 14h, no Auditório do NUSP – Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Thália Velho Barreto de Araújo (Doutora) do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientadora(s) Membro Interno, Marlon Teófilo de Quadros (Doutor) do Departamento de Antropologia e Museologia da UFPE) Membro Externo e Ana Bernarda Ladeira (Doutora) do Departamento de Medicina Social da UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, arquivam o(a) mestrando(a) Raquel de Aquino Silva, sobre a sua Dissertação intitulada: "Mulheres do Recife Exortando a Volúncia Consciente pelo Parcelo Jêzeiro". Ao final da arguição de cada membro da Banca Examinadora a respeito do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Prof.ª. Dr.ª. Ana Bernarda Ladeira

Aprovada

Prof.ª. Dr.ª. Marlon Teófilo de Quadros

Aprovada

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

Aprovada

Prof.ª. Dr.ª. Ana Bernarda Ladeira

Prof.ª. Dr.ª. Marlon Teófilo de Quadros

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

Aos meus pais, **Jeffthe** (in memorian) e **Rosinete**
por tudo que representam para mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus, porque *“Tu me cercas por trás e por diante e sobre mim pões a mão”* (Salmo 139:5).

Aos meus pais, pelos ensinamentos, dedicação, amor e esforços... as palavras jamais poderão expressar a importância de vocês na minha vida!

A Thália Velho Barreto de Araújo, pela amizade, apoio e por compartilhar comigo seus conhecimentos que foram fundamentais para a construção desta dissertação.

A Ana Bernarda Ludermir, por abrir caminhos e me fazer trilhar pela então desconhecida Epidemiologia. Obrigada pela confiança, ensinamentos, oportunidades e o mais importante, a sua amizade!

A Sandra Valongueiro, pela amizade e o incentivo em todos os momentos.

Aos meus irmãos Patrícia e Alexandre e ao meu sobrinho Leonardo, cuja convivência tem sempre me mostrado o privilégio de se ter uma família. A existência de vocês me torna extremamente feliz!

A Miro, por compreender as minhas ausências e meus estresses, pelo incentivo e pelo seu amor.

A tia Lia, por ser exemplo de ética, profissionalismo e competência. Serei sempre grata pelo seu carinho, estímulo e amizade.

Aos meus queridos cunhados Alexandre e Marcelle, pelos bons momentos compartilhados.

A Moreira, que para além de ser secretário do mestrado, tem sido amigo e solidário.

A Ana Paula Portella, pelos ensinamentos e confiança durante as pesquisas que participei sob sua coordenação e por suas valiosas observações na qualificação do meu projeto de pesquisa.

À professora Maria Luiza Carvalho, pelo aprendizado nas aulas de Seminários de Pesquisa e por sua contribuição na banca da qualificação do projeto de pesquisa.

A Taciana Gouveia por me deixar desfrutar do seu conhecimento, competência, simplicidade e amizade e pelas sugestões de bibliografias a serem utilizadas.

A Alcieros Paz e Márcia Virgínia pela oportunidade que me deram de frequentar as aulas no Grupo de Estudos em Saúde Pública (GESP), as quais foram essenciais para a minha aprovação na seleção do mestrado.

A Marina Rosas, Marcela Lucena, Raquel Oliveira, Jarbas Nunes e Mário Roberto, pelos momentos compartilhados ao longo do mestrado, sempre com muita alegria, companheirismo e aprendizado. Os momentos vivenciados juntos ficarão para sempre guardados na memória e no coração. Um agradecimento especial a Marina, pelas horas de ensinamentos sobre a bioestatística e a utilização do PowerPoint.

A Juliana Nogueira, Mércia Rodrigues, Monik Duarte, Dirce Luiza, Andrezza Duque e Roseane Gomes, pela solidariedade no partilhar do conhecimento, da tensão e das (raras) alegrias durante as disciplinas Planejamento e Análise de Estudos Epidemiológicos e Tópicos Avançados em Bioestatística.

Não poderia deixar de agradecer aos demais colegas da turma 2009: Déborah Danielle, Tales Iuri, Marineide Leal, Lúcia Reis, Fernanda Eskinazi, Ângela Franco, Célia Vasconcelos e Mônica Oliveira, pela oportunidade de conhecê-los e pelos momentos de alegria e estresses. Desta turma, não esquecerei jamais!

Aos meus amigos que souberam compreender as minhas ausências....

*“Não nos deem rosas
Não queremos rosas
Se já não podemos ter as que se foram
As que nos foram arrancadas
Despetaladas
Despedaçadas
As que já não respondem quando chamamos*

*... Não nos deem rosas que nada significam
Não queremos presentes
Já estamos presentes
Como estivemos no passado
Como estaremos no futuro
Como estamos agora*

*... Não nos ultrajem
Não nos subjuguem
Não queiram ferir nossas mãos com essas rosas oferecidas*

*Já temos nossas Rosas
Com cabeças que pensam
Bocas que falam
E gargantas que gritam*

*Que gritam não para a impunidade
Não para a violência
Não para o descaso”*

(Que deixem as rosas – Kaliani Rocha)*

**Feminista, psicóloga e doutora em Sociologia.*

RESUMO

A violência contra a mulher tem no parceiro íntimo o principal agressor. Frente à violência pelo parceiro íntimo, algumas mulheres não reagem, outras rompem o silêncio e conversam com familiares e amigos e outras buscam ajuda institucionalizada. Estudo transversal, realizado entre julho de 2005 a novembro de 2006, tendo como objetivo descrever e analisar as condutas de enfrentamento à violência física cometida pelo parceiro íntimo, adotadas pelas mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família do Distrito Sanitário II da cidade do Recife. Teve como população de estudo 283 mulheres que referiram algum episódio de violência pelo parceiro íntimo (VPI) física, antes e/ou durante a gestação. Destas, 78,4% adotaram alguma conduta de enfrentamento à VPI; 57,6% conversaram com alguém, 3,5% procuraram algum Serviço que pudesse ajudá-las e 17,3% conversaram e procuraram algum Serviço. As pessoas mais procuradas pelas mulheres foram os pais (42%), amigo/amiga (31,6%) e irmão/irmã (21,2%). Os Serviços mais procurados foram polícia/delegacia (57,6%), hospital/centros de saúde (27,1%) e instituições religiosas (25,4%). Das mulheres que conversaram com alguém sobre a violência, 44,8% não obtiveram qualquer tipo de ajuda. Os pais (30,7%), amigo/amiga (24%) e familiares do parceiro (16,5%) foram os que mais tentaram ajudá-las. Na análise de regressão logística múltipla, as variáveis que se mostraram associadas ao enfrentamento à VPI foram: a opinião da mulher de que se um homem maltrata sua esposa outras pessoas de fora da família deveriam intervir (OR=2,62; IC95%: 1,38-4,95); o escore de gravidade da violência (OR=1,11; IC95%: 1,03-1,19); o tempo de relacionamento com o parceiro ≤ 4 anos ou > 8 anos (OR=2,55; IC95%: 1,17-5,56), em comparação às mulheres com 5 a 8 anos de relacionamento; a idade da mulher ≥ 25 anos (OR=1,84; IC95%: 1,00-3,40) e a história de violência física na família (mãe/irmãs) de origem (OR=1,82; IC95%: 0,99-3,34). Os resultados desta investigação podem contribuir para o fortalecimento de ações e políticas públicas que visem reduzir a violência contra a mulher.

Palavras-chave: Mulheres Maltratadas; Violência contra a Mulher; Maus-Tratos Conjugais; Violência Doméstica.

ABSTRACT

Violence against women has in intimate partner the primary aggressor. To violence by an intimate partner (VIP), some women do not react, while others break the silence and talk to family and friends and seek institutionalized help. Cross-sectional study conducted between July 2005 and November 2006, aiming at describing and analyzing the ways of coping with physical violence inflicted by an intimate partner adopted by women enrolled in the Family Health Program II of the Sanitary District of the city of Recife. As the study population, the study involves 283 women who reported any episode of physical violence by an intimate partner, before and/or during pregnancy. Among these, 78.4% have adopted some coping behavior with VIP, 57.6% talked to someone, 3.5% sought any service that could help them and 17.3% talked to and sought some Service. People women looked for the most were parents (42%), friend (31.6%) and brother/sister (21.2%). The most sought services were police/police station (57.6%), hospital/health centers (27.1%) and religious institutions (25.4%). Among women who talked to someone about the violence, 44.8% received no help. Parents (30.7%), friends (24%) and partner family (16.5%) were the ones who mostly tried to help them. In multiple logistic regression analysis, variables that were associated with coping with violence by an intimate partner were: the opinion of the woman that if a man mistreats his wife, others outside the family should intervene (OR=2.62; CI95%: 1.38-4.95), the score of severity of violence (OR=1.11; CI95%: 1.03-1.19), the length of relationship with partner ≤ 4 years or >8 years (OR=2.55; CI95%: 1.17-5.56) compared to women with 5 to 8 year relationship, the woman's age ≥ 25 years (OR=1.84; CI95%: 1.00-3,40) and history of physical violence in the family (mother / sisters) of origin (OR=1.82; CI95%: 0.99-3.34). The results of this research can contribute to the strengthening of actions and policies aimed at reducing violence against women.

Keywords: Battered Women, Violence against Women, Spouse Abuse, Domestic Violence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|------------|---|----|
| Figura 1 - | Ciclo da Violência..... | 17 |
| Figura 2 - | Mapa do Distrito Sanitário II, Recife / Pernambuco..... | 36 |
| Figura 3 - | População do estudo..... | 38 |
| Quadro 1 - | Rede de Atendimento à Mulher em situação de violência..... | 23 |
| Quadro 2 - | Fatores que facilitam e que dificultam o caminho das mulheres em busca de apoio..... | 32 |
| Quadro 3 - | Apresentação, definição e categorização das condutas da mulher ao enfrentamento à violência pelo parceiro íntimo..... | 40 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-------------|--|----|
| Tabela 1 - | Características socioeconômicas e demográficas da mulher – Recife, Pernambuco, 2005-2006..... | 51 |
| Tabela 2 - | Características socioeconômicas, demográficas e comportamentais do parceiro íntimo – Recife, Pernambuco, 2005-2006..... | 53 |
| Tabela 3 - | Características do perfil do relacionamento – Recife, Pernambuco, 2005-2006..... | 55 |
| Tabela 4 - | Tipos e gravidade da violência física cometida pelo parceiro íntimo e percepção da mulher quanto aos prejuízos à sua saúde física ou mental – Recife, Pernambuco, 2005-2006..... | 56 |
| Tabela 5 - | Condutas de enfrentamento da violência pelo parceiro íntimo – Recife, Pernambuco, 2005-2006..... | 57 |
| Tabela 6 - | Pessoas e Serviços procurados pela mulher para o enfrentamento da situação de violência pelo parceiro íntimo – Recife, Pernambuco, 2005-2006..... | 58 |
| Tabela 7 - | Pessoas que tentaram ajudar a mulher em situação de violência pelo parceiro íntimo – Recife, Pernambuco, 2005-2006..... | 59 |
| Tabela 8 - | Revide físico ou reação da mulher para se defender da violência pelo parceiro íntimo – Recife, Pernambuco, 2005-2006..... | 59 |
| Tabela 9 - | Noites fora de casa por causa da violência pelo parceiro íntimo e motivos para deixar a casa – Recife, Pernambuco, 2005-2006..... | 60 |
| Tabela 10 - | Motivos para a mulher voltar para a casa – Recife, Pernambuco, 2005-2006..... | 60 |
| Tabela 11 - | Antecedentes pessoais de violência contra a mulher na infância, após os 15 anos de idade e na família de origem – Recife, Pernambuco, 2005-2006..... | 61 |
| Tabela 12 - | Opiniões das mulheres em relação à violência pelo parceiro íntimo - Recife, Pernambuco, 2005-2006..... | 62 |
| Tabela 13 - | Associação entre características socioeconômicas e demográficas da mulher e enfrentamento à violência pelo parceiro íntimo – Recife, Pernambuco, 2005-2006..... | 63 |

| | | |
|-------------|--|----|
| Tabela 14 - | Associação entre características socioeconômicas, demográficas e comportamentais do parceiro e enfrentamento à violência pelo parceiro íntimo – Recife, Pernambuco, 2005-2006..... | 64 |
| Tabela 15 - | Associação entre a gravidade da violência e percepção da mulher quanto aos prejuízos à sua saúde física ou mental e enfrentamento à violência pelo parceiro íntimo – Recife, Pernambuco, 2005-2006..... | 66 |
| Tabela 16 - | Associação entre antecedentes pessoais de violência contra a mulher na infância, após os 15 anos de idade e na família de origem e enfrentamento à violência pelo parceiro íntimo – Recife, Pernambuco, 2005-2006..... | 66 |
| Tabela 17 - | Associação entre opinião das mulheres em relação à violência pelo parceiro íntimo e enfrentamento a esta violência - Recife, Pernambuco, 2005-2006..... | 67 |
| Tabela 18 - | Variáveis introduzidas na análise multivariada..... | 68 |
| Tabela 19 - | Modelo final da associação das variáveis entre si e enfrentamento à violência pelo parceiro íntimo - Recife, Pernambuco, 2005-2006..... | 69 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|---|
| ACS - | Agente Comunitário de Saúde |
| CAPS - | Centro de Atenção Psicossocial |
| CCS - | Centro de Ciências da Saúde |
| CEP - | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CNPq - | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| DEAM - | Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher |
| DH - | Direitos Humanos |
| DS - | Distrito Sanitário |
| ECA - | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| HA - | Hectare |
| HAB - | Habitante |
| IBGE - | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MS - | Ministério da Saúde |
| OEA - | Organização dos Estados Americanos |
| OMS - | Organização Mundial da Saúde |
| ONG - | Organização Não-governamental |
| ONU - | Organização das Nações Unidas |
| OPAS - | Organização Pan-Americana da Saúde |
| OR - | <i>Odds Ratio</i> /Razão de chances |
| PACS - | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PCR - | Prefeitura da Cidade do Recife |
| PE - | Pernambuco |
| PSF - | Programa Saúde da Família |
| RPA - | Região Político-Administrativa |
| RS - | Rio Grande do Sul |
| SIM - | Sistema de Informações sobre Mortalidade |
| SP - | São Paulo |
| SUS - | Sistema Único de Saúde |
| USF - | Unidade de Saúde da Família |
| VCM - | Violência Contra a Mulher |
| VPI - | Violência pelo Parceiro Íntimo |
| ZEIS - | Zona Especial de Interesse Social |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 20 |
| | 2.1 VIOLÊNCIA..... | 20 |
| | 2.2 VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO..... | 21 |
| | 2.3 A DIMENSÃO DA VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO..... | 26 |
| | 2.4 A VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO E O SETOR SAÚDE..... | 28 |
| | 2.5 ENFRENTANDO A VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO..... | 29 |
| 3 | OBJETIVOS..... | 35 |
| | 3.1 GERAL..... | 35 |
| | 3.2 ESPECÍFICOS..... | 35 |
| 4 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... | 36 |
| | 4.1 ÁREA DE ESTUDO..... | 36 |
| | 4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA..... | 38 |
| | 4.3 DESENHO DE ESTUDO..... | 39 |
| | 4.4 DEFINIÇÃO DE TERMOS E VARIÁVEIS..... | 39 |
| | 4.4.1 Variável dependente..... | 39 |
| | 4.4.2 Variáveis independentes..... | 42 |
| | 4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS..... | 45 |
| | 4.6 COLETA DE DADOS..... | 45 |
| | 4.7 PROCESSAMENTO DE DADOS..... | 47 |
| | 4.8 PLANO DE DESCRIÇÃO E ANÁLISE..... | 47 |
| | 4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS..... | 48 |
| 5 | RESULTADOS..... | 50 |
| | 5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA..... | 50 |

| | |
|---|-----|
| 5.2 A VIOLÊNCIA FÍSICA COMETIDA PELO PARCEIRO ÍNTIMO..... | 56 |
| 5.3 ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO..... | 57 |
| 5.4 ANTECEDENTES PESSOAL E FAMILIAR DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER..... | 61 |
| 5.5 OPINIÕES DAS MULHERES EM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO..... | 62 |
| 5.6 FATORES ASSOCIADOS AO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO..... | 63 |
| 5.6.1 Análise Univariada..... | 63 |
| 5.6.2 Análise Multivariada..... | 67 |
| 6 DISCUSSÃO..... | 70 |
| 7 CONCLUSÃO..... | 82 |
| REFERÊNCIAS..... | 84 |
| ANEXO A – Questionário da Mulher..... | 91 |
| ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética..... | 105 |

1 INTRODUÇÃO

Originado do latim, o termo violência vem da palavra *vis*, que significa força e refere-se às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro (MINAYO, 2006).

A violência contra a mulher¹ ocorre em diversos contextos, mas é no ambiente doméstico² onde ela mais acontece (SAFFIOTI, 2004; SCHRAIBER et al., 2005), tendo o parceiro íntimo como principal agressor (SCHRAIBER et al., 2005; GARCIA-MORENO et al., 2006; SCHRAIBER et al., 2007).

A violência pelo parceiro íntimo (VPI) é considerada como violência de gênero, uma vez que tem por base a dominação masculina (SCHRAIBER et al., 2005). Sobreposta a essa forma de dominação, há ainda a dominação e exploração fomentada nas relações de classe social e etnia, conferindo às mulheres pobres e negras uma maior carga e exposição a outras formas de violência (BRASIL, 2003; KRUG et al., 2002; KRONBAUER & MENEGHEL, 2005; PORTELLA, 2008).

Entendendo gênero como a construção social do masculino e do feminino (SAFFIOTI, 2004; SCOTT, 1995), as mulheres inseridas em diferentes contextos culturais e sociais, possuem conceitos distintos dos comportamentos aceitáveis para homens e mulheres e esses conceitos poderão contribuir para o enfrentamento (ou não) da mulher em situação de VPI.

Em âmbito internacional, entre países estudados, 15% a 71% das mulheres já sofreram VPI em algum momento da vida (OMS, 2005); no Brasil, essa prevalência oscilou entre 29% a 37% (OMS, 2005). Este tipo de violência dificilmente acontece apenas em suas formas isoladas (SAGOT, 2000; KRUG et al., 2002; PORTELLA, 2008), estando geralmente sobrepostas as diferentes formas de violência - psicológica,

¹ **Violência contra a mulher** - "(...) qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial" (PERNAMBUCO, 2007).

² **Violência doméstica** - "No âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas" (PERNAMBUCO, 2007).

física e sexual (SCHRAIBER et al., 2005; SCHRAIBER et al., 2007). Mundialmente, 30% a 56% das mulheres já sofreram mais de um tipo de VPI, apresentando alta frequência na sua ocorrência (OMS, 2005).

Ao ser cometida pelo parceiro íntimo, a violência contra a mulher tende a ter episódios repetitivos, com gravidade crescente (SCHRAIBER et al., 2005; DURAND & SCHRAIBER, 2007; D'OLIVEIRA et al., 2009) e suas consequências podem persistir por muito tempo depois de ela ter cessado (KRUG et al., 2002). Esta violência provoca inúmeros efeitos na saúde física, psicológica, sexual e reprodutiva da mulher. Entre as diversas consequências *físicas*, estudos apontam dor abdominal e torácica, hematomas, síndrome de dor crônica, fraturas, problemas gastrointestinais, lesões oculares, funções físicas reduzidas, entre outras (HEISE et al., 1999; KRUG et al., 2002). As consequências *psicológicas* vão desde o abuso de álcool e drogas, depressão, ansiedade, distúrbios alimentares e do sono, sentimentos de culpa e vergonha, fobias, pânico, etc., até comportamento suicida e automutilação (HEISE et al., 1999; KRUG et al., 2002). As consequências *sexuais e reprodutivas* mais comuns são problemas ginecológicos, complicações na gravidez, disfunção sexual, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, aborto inseguro e dificuldades de utilização de contraceptivos (HEISE et al., 1999; KRUG et al., 2002).

Pesquisadores consideram que a VPI para muitas mulheres obedece a um processo qualificado como “ciclo da violência” (SAGOT, 2000; SCHRAIBER et al., 2005). Este ciclo ocorre em três estágios cíclicos e distintos (Figura 1), onde o primeiro é caracterizado por um acúmulo de tensão, com constantes brigas, acarretando um clima de insegurança. O segundo estágio é retratado por episódios agudos de violência, fazendo com que a mulher, muitas vezes, busque ajuda. E o terceiro é o momento do arrependimento por parte do agressor, que pede desculpas à mulher e o casal retoma a relação (SAGOT, 2000; SCHRAIBER et al., 2005).

O ciclo da violência pode acontecer inúmeras vezes numa mesma relação e o seu ponto final deverá ser dado por decisão da própria mulher (SCHRAIBER et al., 2005), ainda que existam fatores (apoio de pessoas próximas, condições econômicas e materiais favoráveis, serviços de apoio de qualidade, entre outros) que poderão contribuir para a saída da situação de VPI (SAGOT, 2000). Todavia, esta

decisão requer que a sociedade e o poder público assumam a violência contra a mulher como problema social e de saúde pública (SAGOT, 2000; SCHRAIBER et al., 2005).

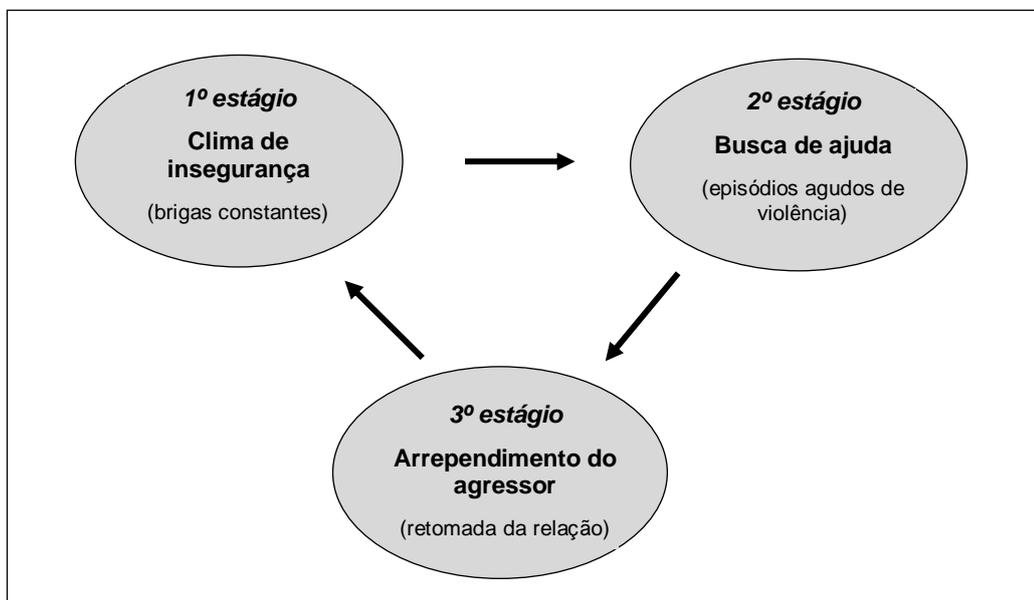


Figura 1 – Ciclo da Violência (SAGOT, 2000)

A forma de enfrentar a violência ocorre de diferentes maneiras. Algumas mulheres relatam a sua situação de violência aos familiares e amigos, outras buscam apoio em instituições que podem contribuir com a saída do ciclo de violência e há ainda aquelas que resolvem sair da situação violenta por conta própria, sem ajuda de pessoas ou serviços. No entanto, existem inúmeros fatores internos e externos que ao se inter-relacionarem facilitam ou dificultam as tentativas de saída da mulher do ciclo violento (SAGOT, 2000).

Em estudo realizado em dez países da América Latina (SAGOT, 2000), as mulheres descreveram a perpetuação da violência por parte de alguns serviços e instituições procuradas por elas, por não possuírem organização, procedimentos e normas de atendimento adequadas para atendê-las. Ainda que, por outro lado, mulheres tenham relatado terem encontrado apoio emocional, empatia, interesse, informação e acompanhamento em instituições públicas ou privadas direcionadas ao apoio e a defesa dos direitos das mulheres em situação de violência.

A violência contra a mulher é um problema bastante complexo, envolvendo inúmeros sujeitos e ações interdisciplinares, com redes de atendimento no âmbito da saúde, segurança pública, pessoal, jurídico e social (KRUG et al., 2002; TELES & MELO, 2003; SCHRAIBER et al., 2005). Dentro dessas ações, são necessários programas de esclarecimentos públicos, campanhas contra a violência nos meios de comunicação (rádios, jornais, televisões, revistas, etc.), programas de apoio em instituições de assistência às mulheres em situação de violência (KRUG et al., 2002), formulação de estratégias para empoderar as mulheres e a adoção de medidas preventivas (MENEGHEL & HENNINGTON, 2007).

Ao estudar a VPI, é importante entender que a violência é um problema multifacetado (KRUG et al., 2002), em que as mulheres estão envolvidas emocionalmente com os seus agressores. Muitas não percebem os atos violentos como violação dos seus direitos, o que faz parte da dominação masculina (SCHRAIBER et al., 2005), outras, sentem-se envergonhadas e humilhadas pela situação de violência em que vivem (SCHRAIBER et al., 2009), e há àquelas que dependem financeira ou emocionalmente dos seus parceiros íntimos (HEISE et al., 1999; KRUG et al., 2002). Esses fatores dificultam a saída da mulher do ciclo violento. Soma-se a isso, o desconhecimento, de muitas mulheres, dos seus direitos e dos serviços que poderão apoiá-las (SAGOT, 2000), além da reduzida rede de atendimento disponível para aquelas que desejam romper o silêncio, enfrentar a situação e quiçá, viver uma vida sem violência.

Conhecer como as mulheres lidam e enfrentam a VPI pode contribuir para aprimorar a prática dos profissionais que atuam nos serviços de atendimento à mulher em situação de violência (casas abrigos, juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher, núcleos especializados de atendimento à mulher das defensorias públicas, centros de referência de atendimento à mulher, entre outros) como, também, dos profissionais de saúde que atendem às mulheres nas unidades básicas de saúde, serviços de emergência, clínicas e hospitais. Poderá ainda, conferir visibilidade a questão, mostrando o movimento que as mulheres fazem e as dificuldades encontradas na tentativa de saída da situação de violência.

Por tratar-se de um estudo de base populacional, utilizando perguntas do questionário utilizado na coleta de dados do estudo multipaíses da Organização Mundial de Saúde (OMS), o presente estudo possibilita comparações com outros estudos, realizados em diferentes contextos culturais, como também provê informações que contribuirão para o planejamento de ações e políticas públicas voltadas para a redução da violência contra as mulheres.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 VIOLÊNCIA

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE define 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 grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002).

Na literatura, são encontradas diversas definições sobre violência, visto que é um fenômeno complexo, estudado por distintas áreas, ocorrendo em diversos contextos sociais e culturais, de natureza variada e com inúmeros tipos de agressores e vítimas. Sendo assim, a violência assume diferentes magnitudes, podendo manifestar-se através da tortura, sequestros, homicídios, latrocínios, suicídios, desigualdade na distribuição de renda, precarização nas relações de trabalho, ausência de moradia, falta de liberdade de pensamento e de expressão, etc., sendo considerada como violação aos Direitos Humanos.

A OMS (KRUG et al., 2002) sugere uma tipologia da violência, separando-a em três grandes categorias, de acordo com as características do agressor: *violência dirigida a si mesmo* (inclui comportamento suicida e auto-abuso), *violência interpessoal* (violência entre os membros da família e parceiros íntimos, geralmente dentro de casa; e violência comunitária, entre pessoas sem laços de parentesco, conhecidas ou estranhas, normalmente fora de casa) e *violência coletiva* (violência social, política e econômica).

Quanto à natureza da violência, esta pode ser física, sexual ou psicológica, ou com base em privações ou negligência, considerando também a importância do ambiente em que os atos violentos ocorrem, a relação entre o agressor e vítima e, no caso de violência coletiva, os motivos possíveis (OPAS, 2002).

No Brasil, a POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIA (BRASIL, 2001) qualificou o *abuso físico* como “o uso de força física que pode produzir uma injúria, ferida, dor ou incapacidade”; o *abuso sexual* como “ato ou jogo sexual que ocorre em relação hetero ou homossexual que visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças”; e o *abuso psicológico* como “agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social.”

No que tange à gravidade dos atos violentos, eles podem ser classificados em *moderados*, que são as ameaças (que não sejam relacionadas a abuso sexual e o uso de armas de fogo), agressões contra animais ou objetos pessoais e violência física (empurrões, tapas, beliscões, sem uso de quaisquer instrumentos perfurantes, cortantes ou que gerem contusões); ou *graves*, relacionados às agressões físicas com lesões temporárias, ameaças com uso de arma, agressões físicas com cicatrizes, lesões permanentes, queimaduras e uso de arma de fogo (OPAS, 1998).

Além de ser uma questão social, a violência torna-se questão de saúde pelo impacto que provoca na qualidade de vida individual e coletiva, pelas lesões físicas, psíquicas e morais que produz e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares (MINAYO, 2004). Considerando a tipologia da violência proposta pela OMS (KRUG et al., 2002), é na violência interpessoal que se insere a violência cometida pelo parceiro íntimo.

2.2 VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO

O governo brasileiro tem ratificado inúmeros acordos internacionais relativos aos direitos humanos das mulheres (SCHRAIBER et al., 2005). Esses acordos reconhecem a violência contra a mulher como um grave problema dos direitos humanos e os países signatários devem proteger e garantir os direitos neles contidos através de ações que combatam essa violência (SCHRAIBER et al., 2005).

Em 1979, a Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou a CONVENÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER, sendo ratificada pelo governo brasileiro em 1984. Nesse documento, a discriminação contra a mulher significa

Art. 1º. [...] toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo (ONU, 1979).

Esses acordos estabelecem obrigações para os países signatários diante da Comunidade Internacional, como também instituem obrigações internas gerando novos direitos para as mulheres que, ao verem exaurir todos os recursos de justiça disponíveis, podem recorrer à instância internacional de decisão (OEA, 1994; ONU, 1979). Em nível nacional, a mulher tem na CONSTITUIÇÃO FEDERAL de 1988 o respaldo legal do artigo 226, § 8º, que afirma “O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações” (BRASIL, 1988).

Entretanto, apenas recentemente (década de 1990) e após esforços de setores da sociedade civil organizada, especificamente o movimento feminista, é que a violência contra a mulher obteve uma maior visibilidade, sendo considerada pela SEGUNDA CONFERÊNCIA MUNDIAL DE DIREITOS HUMANOS em Viena (ONU, 1993) como violência contra os Direitos Humanos e pela OMS (1998) como um grave problema de saúde pública, uma vez que atinge elevado número de mulheres em todo o mundo e traz sérias consequências para a saúde física, psicológica, sexual e reprodutiva destas.

Em 1994 foi aprovada pela Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA), e ratificada pelo Brasil em 1995, a CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. Também conhecida como CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, expressa preocupação com a questão da violência contra a mulher, uma vez que esse problema “constitui ofensa contra a dignidade humana e é manifestação das relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens” (OEA, 1994).

Os acordos internacionais, a Carta Magna brasileira e as ações do movimento feminista brasileiro contribuíram para a formulação da Lei nº 11.340/2006, também chamada de LEI MARIA DA PENHA. Essa Lei, em seu artigo 6º, afirma que “a violência doméstica e familiar contra a mulher constitui uma das formas de violação dos direitos humanos” (BRASIL, 2006).

Apesar das legislações nacionais e dos acordos internacionais e considerando a magnitude do problema da violência contra as mulheres, a rede de atendimento a essas mulheres ainda é muito limitada. Atualmente, dos 5.565 municípios brasileiros, apenas 4,7% possuem Casas Abrigos, 4,9% têm Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, 7,1% possuem Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs), 8,4% com Núcleos Especializados de Atendimento à Mulher das Defensorias Públicas e 10% possuem Centros de Referência de Atendimento à Mulher (IBGE, 2010). A situação é mais alarmante na região Nordeste, uma vez que esta região responde por apenas 27,6% das regiões com Casas Abrigos, e a 16% do total da Rede de Atendimento à mulher, em todo o Brasil (IBGE, 2010).

Quadro 1 - Rede de Atendimento à Mulher em situação de violência (IBGE, 2010)

| Rede de Atendimento à mulher em situação de violência | Municípios com Serviço de Atendimento | Brasil % | Nordeste % |
|---|--|-----------------|-------------------|
| Casas Abrigos | 262 | 4,7 | 2,3 |
| Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher | 274 | 4,9 | 3,9 |
| Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher | 397 | 7,1 | 3,6 |
| Núcleos Especializados de Atendimento à Mulher das Defensorias Públicas | 469 | 8,4 | 9,3 |
| Centros de Referência de Atendimento à Mulher | 559 | 10,0 | 8,5 |

A VPI e suas conseqüências para a saúde da mulher têm cada vez mais suscitado interesse na produção acadêmica e provocado grandes desafios para a agenda de saúde e das políticas públicas. Por ser um campo relativamente novo de estudo e pela complexidade do termo *violência*, há ainda imprecisões conceituais, o que leva à utilização de diferentes termos (violência contra a mulher, por ser cometida contra uma mulher; violência de gênero, por estar inserida em relações

desiguais de poder; violência pelo parceiro íntimo, por ter como agressor o parceiro íntimo) ao se dissertar sobre o problema (PORTELLA, 2008; SCHRAIBER et al., 2005).

Para compreender a VPI, é importante entender o conceito de gênero, que não pode ser confundido com sexo. Este se refere à diferença anatômica e biológica do corpo e é através dele que as sociedades, em variados contextos históricos, culturais e sociais, atribuem significados distintos às mulheres e homens, e a esses significados chamamos de gênero. Conforme explica SCOTT (1995), gênero é um elemento construído pelas relações sociais, e nessas, reproduzem-se relações de poder, formando os papéis sociais para homens e mulheres, valorando-os diferentemente.

Mas o conceito de gênero utilizado por SCOTT (1995) pode ser compreendido para além das relações sociais e culturais entre homens e mulheres, entendendo que essas relações podem acontecer também entre mulheres ou ainda, entre homens (GOMES, 2008; SAFFIOTI, 2004; SCHRAIBER et al., 2009), não apenas enquanto indivíduos de um determinado sexo, mas enquanto sujeitos sociais dotados de identidades e atribuições (exercício das feminilidades/masculinidades) em razão de suas relações. Contudo, ainda assim, permanece a histórica desigualdade de poder, com supremacia para o masculino.

A CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ (1994) consignou a violência contra as mulheres como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto na esfera privada” (OEA, 1994). A LEI MARIA DA PENHA, Lei nº 11.340/2006 (BRASIL, 2006), ampliou o entendimento de violência contra a mulher elaborado nesta Convenção configurando-a como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (ART. 5º).

Entre outras formas de violência contra a mulher, a LEI MARIA DA PENHA (BRASIL, 2006) cita as violências: *física* (qualquer ato que ofenda sua integridade ou saúde); *psicológica* (qualquer conduta que lhe cause dano emocional, degrade ou controle suas ações, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento,

humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, chantagem, exploração, etc.); *sexual* (qualquer comportamento que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos); *patrimonial* (retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos); e *moral* (calúnia, difamação ou injúria).

São diversos tipos de violência, como também são inúmeros fatores pessoais, sociais e culturais que corroboram para a sua ocorrência (D'OLIVEIRA et al., 2009; JEWKES, 2002; KRUG et al., 2002). Entretanto, estudos acerca do tema têm demonstrado que a VPI está relacionada ao consentimento do domínio do masculino sobre o feminino, isto é, relação de poder, em que o homem pode controlar os bens e o comportamento da mulher (D'OLIVEIRA et al., 2009).

Embora a VPI ocorra em distintos grupos socioeconômicos, estudos têm explicado muitas vezes a pobreza como importante fator de risco para a violência. Isto acontece devido ao estresse gerado pelas precárias condições de vida (D'OLIVEIRA et al., 2009; JEWKES, 2002), como também, pelo fato de culturalmente o homem carregar sobre si o papel de provedor e quando isto não ocorre, pode gerar frustração, tornando-o violento (KRUG et al., 2002; SAFFIOTI, 2004).

A autonomia financeira da mulher pode protegê-la, fortalecendo-a e empoderando-a dentro da relação, deixando-a menos exposta à violência; como também a violência ocorre como forma de o homem reforçar a sua dominação, assegurando os tradicionais padrões de gênero (D'OLIVEIRA et al., 2009; JEWKES, 2002).

O número de filhos em alguns contextos pode ser fator de risco para a VPI, uma vez que poderá aumentar a dependência econômica da mulher em relação ao seu companheiro, dificultando inclusive a saída dela da situação de violência (D'OLIVEIRA et al., 2009). Em outros contextos, pode ser consequência da VPI, explicando-se pela falta de autonomia da mulher em decidir o uso do método contraceptivo ou a escolha da quantidade de filhos que deseja ter (ELLSBERG et al., 2000).

O estudo multipaíses³ da OMS (2005) supriu em parte a falta de dados populacionais comparáveis sobre as várias formas de VPI, na medida em que uniformizou a metodologia e o instrumento de coleta de dados (SCHRAIBER, 2007). No entanto, ainda tem sido árdua a tarefa de documentar a magnitude desta violência e de coletar informações possíveis de serem comparadas para orientar a elaboração de políticas públicas, visto que os estudos utilizam distintas populações, condições de privacidade, técnicas de coleta de informações, além de definições heterogêneas de violência (HEISE & GARCIA-MORENO, 2002; SCHRAIBER, 2007).

2.3 A DIMENSÃO DA VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO

Quarenta e oito estudos realizados com populações de diversos países (com diferentes metodologias, amostras e em distintos momentos), evidenciaram que 10% a 69% das mulheres mencionaram episódios de VPI física em algum momento da vida (HEISE & GARCIA-MORENO, 2002).

Com o objetivo de estimar a extensão da violência contra as mulheres, a OMS realizou um estudo multipaíses denominado “Saúde da Mulher e Violência Doméstica”, de base populacional e corte transversal, entre os anos de 2000 a 2003. Mais de 24.000 mulheres com idade entre 15 a 49 anos foram entrevistadas através de questionário padronizado, o que possibilita a inferência de comparações entre as populações estudadas. Na metade desses países, o estudo aconteceu em uma cidade de grande porte e em uma região com população urbana e rural (OMS, 2005). No Brasil, o estudo foi realizado na cidade de São Paulo e em quinze municípios da Zona da Mata de Pernambuco, entrevistando 2.645 mulheres (SCHRAIBER et al., 2007).

Neste estudo (OMS, 2005), a prevalência da VPI na forma física variou de 13% no Japão a 61% no interior do Peru; No Brasil, 27% das mulheres na cidade de São Paulo e 34% na Zona da Mata pernambucana relataram algum episódio de

³ O estudo foi realizado em quinze localidades de dez países: Bangladesh, Brasil, Etiópia, Japão, Namíbia, Peru, Samoa, Sérvia/Montenegro, Tailândia e República Unida da Tanzânia (OMS, 2005).

violência física por parceiro íntimo ou ex-parceiro em algum momento da vida. Percentual um pouco mais elevado foi encontrado em estudo transversal realizado em Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre (RS), com 251 mulheres que consultaram o serviço de saúde, cuja prevalência foi 38% de violência física perpetrada alguma vez na vida pelo parceiro ou ex-parceiro íntimo (KRONBAUER & MENEGHEL, 2005).

Mulheres grávidas também relatam episódios de VPI (AUDI et al., 2008; CASTRO & RUÍZ, 2004; DOUBOVA et al., 2007; DURAND & SCHRAIBER, 2007; OMS, 2005; PAZ, 2006) e se para algumas mulheres a violência cessa durante a gestação (CASTRO & RUÍZ, 2004; JANSSEN et al., 2003), tornando a gravidez um fator de proteção, para outras, ela começa nesse período (CASTRO & RUÍZ, 2004; JANSSEN et al., 2003; OMS, 2005; SAGOT, 2000), configurando-se como fator de risco.

No estudo da OMS (2005), a prevalência da VPI na forma física durante ao menos uma gravidez variou de 1% no Japão a 28% na zona rural do Peru. Destas mulheres, 13% na Etiópia e aproximadamente 50% no Brasil (São Paulo) e na Sérvia/Montenegro afirmaram que a violência começou na gestação. No Brasil, 8% das mulheres da cidade de São Paulo e 11% da Zona da Mata de Pernambuco relataram episódio de violência física por seus parceiros e/ou ex-parceiros alguma vez quando estavam grávidas. Dentre estas, 29% das mulheres em São Paulo e 38% na Zona da Mata receberam “socos ou pontapés na barriga durante a gravidez” (SCHRAIBER et al., 2002a).

Na Cidade do México, das 386 mulheres que participaram de um estudo em programa de pré-natal em cinco unidades de medicina familiar, 31% responderam ter sofrido violência psicológica e/ou física e/ou sexual por parte de seu parceiro íntimo na gravidez atual (DOUBOVA et al., 2007). Resultado bem parecido com o estudo de base populacional conduzido por PAZ (2006) durante o pré-natal em Unidades de Saúde do Programa Saúde da Família (PSF) da cidade do Recife/PE, com 612 mulheres grávidas, que encontrou prevalência de VPI de 29,9%.

Com prevalência mais baixa, mas não menos alarmante, um estudo de corte transversal com 1.922 usuárias do SUS da Grande São Paulo, na faixa etária de 15

a 49 anos, revelou que 20% das entrevistadas mencionaram algum episódio de VPI durante a gestação (DURAND & SCHRAIBER, 2007).

Mulheres com mais idade (KRONBAUER & MENEGHEL, 2005; PORTELLA, 2008), pouca escolaridade (D'OLIVEIRA et al., 2009; KRONBAUER & MENEGHEL, 2005; OMS, 2005; PORTELLA, 2008), com experiência de violência doméstica na família de origem (D'OLIVEIRA et al., 2009; PORTELLA, 2008), abusadas sexualmente na infância (D'OLIVEIRA et al., 2009), vivendo em moradias precárias (KRONBAUER & MENEGHEL, 2005; PORTELLA, 2008), com maior número de gestações (D'OLIVEIRA et al., 2009; KRONBAUER & MENEGHEL, 2005), e consumo abusivo de álcool (D'OLIVEIRA et al., 2009) apresentam frequência mais elevada de VPI.

2.4 A VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO E O SETOR SAÚDE

O setor saúde, principalmente os serviços de saúde reprodutiva que atendem a maioria das mulheres em algum momento da vida, tem importante potencial na identificação da VPI (KRUG et al., 2002; OMS, 2005). No entanto, este potencial tem sido pouco explorado, uma vez que muitas mulheres receiam relatar a sua situação de violência, além da pouca sensibilidade, ou talvez, naturalização da violência e pouca formação necessária por parte dos profissionais de saúde para reconhecer a VPI como causa dos problemas de saúde das mulheres que procuram os serviços (KRUG et al., 2002; OMS, 2005; SAGOT, 2000).

Muitos profissionais de saúde, ao perceberem que a mulher está em situação de violência, não se sentem preparados para atuar, muitos aguardam o relato da mulher, outros não acreditam que é de sua competência atuar nesta situação (SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 2008), não conhecem ou por falta de uma rede de serviços disponível para encaminhar as mulheres, ou ainda, não o fazem pelo sentimento de que as pacientes não atenderão às suas recomendações (GARCIA-MORENO, 2002). Estes profissionais, muitas vezes, saem das universidades sem terem ouvido/discutido acerca da violência contra a mulher e outros, já são vítimas ou

perpetradores deste mesmo problema, sendo difícil para eles, enfrentá-lo enquanto profissionais (GARCIA-MORENO, 2002).

No entanto, apenas a identificação da violência não trará resultados para a prevenção, acolhimento e/ou apoio à mulher em situação de violência. É essencial uma rede articulada de serviços de saúde, segurança pública, serviço social e justiça para que após a identificação pelo profissional de saúde, este tenha possibilidades de encaminhamento a serviços especializados que acolham, previnam situações mais graves e punam o agressor (GARCIA-MORENO, 2002).

2.5 ENFRENTANDO A VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO

Ao ser cometida dentro de uma relação afetiva com desigualdade de poder, configurando-se como violência de gênero, a VPI muitas vezes torna-se invisível enquanto problema social ou de saúde (HEISE et al., 1999; SAGOT, 2000; SCHRAIBER et al., 2003), tanto para as mulheres como também para os profissionais que as atendem no âmbito da assistência (KRUG et al., 2002; SCHRAIBER et al., 2003). A invisibilidade da VPI está inserida numa sociedade que legitima a relação desigual de poder entre homens e mulheres e dessa forma, vizinhos, familiares e amigos das mulheres acabam também por naturalizar os atos violentos e não considerá-los como violação de direitos, ou, quando os veem como violência, não os percebem como uma específica e particular transgressão aos direitos da mulher (SCHRAIBER et al., 2005).

Apesar da violência contra a mulher ser uma violação aos direitos humanos, ser um problema social e de saúde pública, com alta frequência e gravidade, muitas mulheres não a percebem como violência e se culpam pelos atos violentos cometidos pelos parceiros (SAGOT, 2000; SCHRAIBER et al., 2005). Resultado de um estudo com 322 mulheres, com idade entre 15 a 49 anos, usuárias da atenção primária da rede pública de São Paulo, revelou que 69,6% das entrevistadas responderam afirmativamente a pelo menos uma pergunta sobre abusos físicos,

sexuais ou psicológicos e, apesar disto, somente 36,6% consideraram haver sofrido violência na vida (SCHRAIBER et al., 2003).

Sair da situação de violência não é apenas uma vontade individual, implica questões culturais, condições socioeconômicas, opinião da família e amigos, como também o acesso aos serviços de atendimento (DAY et al., 2003; SCHRAIBER et al., 2005) e enfrentar esta situação demanda uma série de condições que deverão influenciar na decisão da mulher (SAGOT, 2000; SCHRAIBER et al., 2005). Muitas mulheres alegam o medo de represália, a perda do suporte financeiro e do suporte da família e amigos, a preocupação com os filhos, a dependência emocional e financeira e a esperança de mudança de comportamento por parte do companheiro, como motivos para permanecerem num relacionamento violento (DAY et al., 2003).

Na situação de violência, diversas vezes, as mulheres preferem o silêncio, seja por vergonha da sua situação, sentimento de culpa, como também por medo do agressor (SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 2008). Outro fator que contribui para a permanência deste silêncio relaciona-se às experiências anteriores de relatos por parte das mulheres a algum profissional de saúde, quando este duvidou do seu relato ou culpabilizou-a (HEISE et al., 1999). Quando não optam pelo silêncio e revelam a sua situação aos familiares ou amigos, muitas vezes, estes respondem também com o silêncio, por medo ou por acreditarem que a situação de violência é assunto da esfera privada (da mulher e seu parceiro). Além destes silêncios, há ainda o silêncio por parte dos profissionais de saúde, já citado anteriormente. Todos estes silêncios obstaculizam a busca por apoio por parte das mulheres, e romper com este silêncio pode ser o primeiro passo para romper com a situação de violência (SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 2008).

Quando rompem com o silêncio, as mulheres falam aos familiares, amigos e vizinhos sobre a sua situação (OMS, 2005; SCHRAIBER et al., 2002a), mas nem sempre buscam ajuda em instituições governamentais ou não-governamentais (OMS, 2005). No estudo multipaíses da OMS (2005), os relatos de VPI às pessoas próximas oscilaram de 34% em Bangladesh (zonas rural e urbana) a 79% na zona urbana do Brasil e da Namíbia. Entretanto, o número de mulheres que buscaram

ajuda em instituições oscilou de 5% em Bangladesh (zona urbana) a 45% na Etiópia (zona rural) e Brasil (zona urbana).

As pessoas próximas às mulheres que sofrem VPI contribuem no apoio ao caminho da busca institucionalizada, porém são as políticas e os serviços governamentais e não-governamentais, com ações coordenadas e estratégicas, os mais indicados para uma resposta ao problema (SAGOT, 2000; SCHRAIBER et al., 2005). Ainda que estes serviços nem sempre estejam acessíveis às mulheres, principalmente àquelas que moram em zonas rurais, distantes do centro da cidade em que residem, das mulheres que sofreram agressão física, 44,5% em São Paulo e 21,9% na Zona da Mata pernambucana buscaram ao menos uma instituição (SCHRAIBER et al., 2002a). Talvez, esta diferença dos números entre São Paulo e a Zona da Mata de Pernambuco expliquem o quanto é difícil buscar alguma instituição quando se está numa zona rural (SCHRAIBER et al., 2005).

A busca por algum serviço de atendimento pode ser longa, com avanços e retrocessos, pouco apoio e às vezes vitimiza ainda mais a mulher, através de preconceitos e condutas autoritárias por parte dos profissionais que deveriam acolhê-la (MENEGHEL & VIAL, 2008).

Estudo com 315 mulheres (SAGOT, 2000) identificou a “rota crítica”, ou seja, as decisões e ações tomadas por elas, quando em situação de violência e as respostas encontradas nas instituições em que buscaram apoio. Esta rota é permeada por fatores internos e externos que facilitam e dificultam o caminho das mulheres em busca de apoio (Quadro 2).

Quadro 2 - Fatores que facilitam e dificultam o caminho das mulheres em busca de apoio
(SAGOT, 2000)

| FATORES QUE FACILITAM | | FATORES QUE DIFICULTAM | |
|---|---|--|---|
| Internos | Externos | Internos | Externos |
| <ul style="list-style-type: none"> → Convicção de que os recursos pessoais se esgotaram; → Certeza que o agressor não iria mudar; → Saturação com a situação; → Raiva e desamor; → Fixação de metas e projetos próprios. | <ul style="list-style-type: none"> → A violência contra ela (a mulher) e seus filhos; → Apoio de pessoas próximas; → Condições econômicas e materiais favoráveis; → Precisão das informações e serviços de qualidade. | <ul style="list-style-type: none"> → Medo; → Culpa; → Vergonha; → Amor pelo agressor; → Idéia de que o que ocorre dentro da família é privado; → Manipulação por parte do agressor; → Falta de informação e desconhecimento dos direitos. | <ul style="list-style-type: none"> → Pressões familiares e sociais; → Insegurança econômica; → Respostas institucionais inadequadas; → Atitudes negativas dos profissionais; → Limitada cobertura dos serviços de apoio; → Contextos sociais violentos. |

Quando não buscam serviços de apoio, não significa que as mulheres aceitam a VPI passivamente. A literatura mostra que muitas reagem às agressões (OMS, 2005; SAFFIOTI, 2001; SCHRAIBER et al., 2002a). Entre 6% das mulheres em Bangladesh (zona rural) a 79% no Brasil (São Paulo) reagiram também com violência às agressões sofridas (OMS, 2005). No Brasil, apenas 21,1% das mulheres em São Paulo e 36,9% na Zona da Mata de Pernambuco nunca haviam revidado às agressões dos companheiros (SCHRAIBER et al., 2002a). Há mulheres que abandonam a relação, fugindo de casa e há as que tentam manter a paz, sujeitando-se à violência, mas estas reações são limitadas às opções à sua disposição (DAY et al., 2003).

Apesar dos altos índices de VPI, poucas são as mulheres que agredem os seus companheiros sem serem agredidas (OMS, 2005). Em Bangladesh e Etiópia (zona rural de ambos) menos de 1% das mulheres com relatos de VPI afirmaram agredir seus companheiros sem serem agredidas (OMS, 2005). Os parceiros íntimos são responsáveis por 40% a 70% dos homicídios femininos no mundo, percentuais discrepantes dos homens assassinados por suas parceiras, que são pouquíssimos e, geralmente, nestes casos, as mulheres estavam se defendendo ou revidando o abuso sofrido (DAY et al., 2003).

Em diversos países e especificamente no Brasil, o movimento feminista e a ratificação de acordos internacionais para prevenir e erradicar a violência contra a

mulher têm contribuído para o surgimento de leis e políticas de enfrentamento ao problema (SAGOT, 2000), e conseqüentemente têm surgido instituições governamentais (Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher⁴, Casas Abrigo, Centros de Referência, etc.) de combate à violência contra a mulher. Estas instituições possuem focos diferentes (saúde, segurança pública, justiça, serviço social), com variados profissionais (assistentes sociais, médicos, advogados, psicólogos, policiais, etc.) e muitas vezes com visões diferentes do problema e seu enfrentamento (SCHRAIBER et al., 2005).

Considerar a violência como algo normal (55,6% em São Paulo e 54,6% na Zona da Mata pernambucana), o medo (13,4% em São Paulo e 18,5% na Zona da Mata) e a vergonha (11,3% em São Paulo e 9,6% na Zona da Mata) são os principais motivos relatados pelas mulheres que não buscaram ajuda em alguma instituição (SCHRAIBER et al., 2005).

Mesmo que não procurem ajuda em instituições, as mulheres que sofrem VPI muitas vezes saem de casa, deixando seus companheiros ao menos por uma noite, e buscam o apoio dos familiares (OMS, 2005). O estudo mostra ainda (OMS, 2005) que das mulheres que saíram de casa, 43% a 90% declararam como principal motivo para tal decisão a gravidade da violência sofrida (já não suportavam a violência, estavam gravemente feridas ou seus companheiros haviam ameaçado ou tentado matá-las).

Mas as mulheres que saem de casa por conta da VPI relatam motivos variados do retorno à casa, que vão desde os filhos (não deixá-los sozinhos), ao bem da família, o amor ao parceiro, como também, conselhos dos familiares (OMS, 2005).

Fatores como repetição de modelo familiar violento (tanto da mulher, quanto do companheiro), histórico de violência na infância (maus tratos, negligência, rejeição, abandono e abuso sexual), o casamento como fuga da situação da família

⁴ A primeira DEAM foi criada no Brasil (no Estado de São Paulo) em 1985. Em 1993 existiam 125 DEAMs em todo o país, saltando para 307 no ano de 1999 (SCHRAIBER et al., 2005). Atualmente são 397 DEAMs no Brasil (IBGE, 2010).

de origem, sentir-se responsável pelo comportamento agressivo do parceiro e a ausência de uma rede de apoio eficaz no combate à violência contra a mulher, contribuem para a manutenção da relação violenta (DAY et al., 2003).

Sabendo que a VPI é um problema de toda sociedade e não um problema individual (HEISE et al., 1999; KRUG et al., 2002; OMS, 2005; SAGOT, 2000; SCHRAIBER et al., 2003), enfrentá-lo deve ser responsabilidade de diversos setores e políticas. Ao setor Saúde, cabe investigar e atuar na perspectiva científica e assistencial, contribuindo nas suas três esferas: assistência terapêutica aos casos, a prevenção e a promoção (SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 2008). Faz-se necessário investigar as condutas das mulheres quanto ao enfrentamento da VPI, bem como a sua gravidade, frequência e prejuízos à saúde física e mental da mulher. A realização de estudos sobre as condutas para enfrentar a VPI poderá contribuir para a visibilidade do problema, à prática de muitos profissionais, à orientação aos serviços que trabalham com o tema, como também nortear políticas públicas que visem à prevenção, o apoio às mulheres e a erradicação do fenômeno.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar as condutas de enfrentamento à violência física cometida pelo parceiro íntimo, adotadas pelas mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família do Distrito Sanitário II da cidade do Recife.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever a frequência dos tipos de violência física e a gravidade da violência cometida pelo parceiro íntimo, bem como, a percepção da mulher quanto aos prejuízos à sua saúde física e mental;
2. Investigar as condutas das mulheres para enfrentar à VPI;
3. Identificar as pessoas e os serviços de atendimento procurados pela mulher em situação de VPI, como também as pessoas que tentaram ajudá-la;
4. Investigar a associação entre as condutas da mulher ao enfrentar à VPI e as características socioeconômicas e demográficas dela e do parceiro íntimo, as características comportamentais do seu parceiro, sua percepção quanto aos prejuízos a sua saúde física ou mental por causa da violência e a gravidade da violência;
5. Investigar a associação entre as condutas da mulher ao enfrentar à VPI e sua opinião quanto à intervenção de pessoas de fora da família, a aceitação da violência contra a mulher, os antecedentes pessoais de violência contra a mulher na infância, após os 15 anos de idade e na família de origem.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo é parte da pesquisa “**Violência na gravidez: determinantes e consequências para saúde reprodutiva, saúde mental e resultados perinatais**”, estudo inserido na linha de pesquisa “Morbimortalidade e Atenção à Saúde da Mulher”, do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

4.1 ÁREA DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Distrito Sanitário II – DS II (Figura 2), localizado na região Norte do Recife, abrangendo dezoito bairros: Água Fria, Alto Santa Terezinha, Arruda, Beberibe, Bomba do Hemetério, Cajueiro, Campina do Barreto, Campo Grande, Dois Unidos, Encruzilhada, Fundão, Hipódromo, Linha do Tiro, Peixinhos, Ponto de Parada, Porto da Madeira, Rosarinho e Torreão.

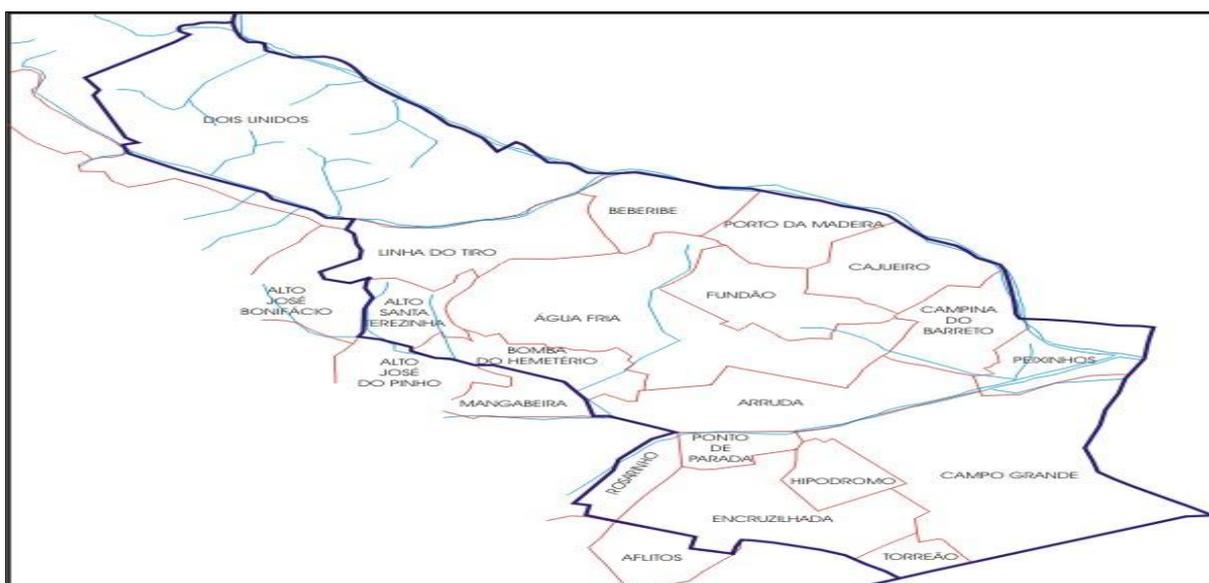


Figura 2 – Mapa do DS II, Recife / PE (Fonte: PCR)

Composto por partes planas e morros, o DS II limita-se ao Norte e a Leste com a cidade de Olinda, e a Oeste e Sul com DS III. Sua extensão territorial corresponde a 6,5% da área total do Recife (1.430 hectares), sendo a menor das seis Regiões Político-Administrativas (RPAs) do município. No setor da saúde, cada DS corresponde a uma RPA.

Em 2005, a população do DS II era de 220.846 habitantes (14,4% da população do Recife), distribuídos em 52.383 domicílios, predominando as mulheres em 53,4%, totalizando 118.064 mulheres. Na questão da faixa etária, a concentração estava entre jovens de 15 a 34 anos (36,9%). A densidade domiciliar é de 3,79 hab./domicílio e a demográfica de 144 hab./ha.

Com cinco Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS) e aproximadamente 60% da sua população residente nessas áreas, o DS II é predominantemente residencial, com famílias de média e baixa renda, onde, segundo o Censo Demográfico de 2000, 39,4% dos seus responsáveis não possuíam rendimentos ou recebiam até um salário mínimo (IBGE 2000). A infra-estrutura do DS II é formada por 95,3% dos domicílios com abastecimento de água, 51,5% possuem fossa rudimentar, 31,2% são ligados à rede de esgoto sanitário e 96,9% com coleta de lixo.

À época do estudo, a rede de saúde cobria 78% da população do distrito, com 38 equipes do PSF distribuídas em 16 Unidades de Saúde da Família (USF) e 04 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Possuía ainda 02 Unidades de Saúde Tradicionais, 01 Policlínica, 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 02 Residências Terapêuticas e 01 Maternidade.

No Recife, os Distritos Sanitários possuem características semelhantes, o que contribui para a generalização dos dados encontrados. Assim, o DS II foi escolhido para a realização da pesquisa, visto que diminuiria o deslocamento das entrevistadoras e dos transtornos operacionais, além da facilidade de acesso à diretoria do mesmo, uma vez que uma das pesquisadoras era gerente de território do citado distrito.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA

A população de estudo da pesquisa original foi composta por mulheres com idade entre 18 e 49 anos, grávidas no período de julho de 2005 a novembro de 2006, cadastradas no PSF do DS II e entrevistadas a partir da 31ª semana de gestação (terceiro trimestre de gestação).

A identificação das mulheres deu-se a partir dos registros do pré-natal das USFs e do cadastro das agentes comunitárias de saúde (ACS) do DS II. A escolha por mulheres a partir dos 18 anos ocorreu por questões éticas, uma vez que o Estatuto da Criança e do Adolescente preconiza em seu ARTIGO 13º a obrigatoriedade da notificação dos casos de violência e, por outro lado, a pesquisa assegurava à entrevistada o sigilo total das informações individualizadas.

Para a pesquisa original, foi estimada uma amostra de 1.133 gestantes, sendo entrevistadas 1.120 gestantes. Para o presente estudo, foram elegíveis 283 mulheres com histórico de violência física pelo parceiro atual ou ex-parceiro íntimo mais recente, antes e/ou durante a gestação (Figura 3).

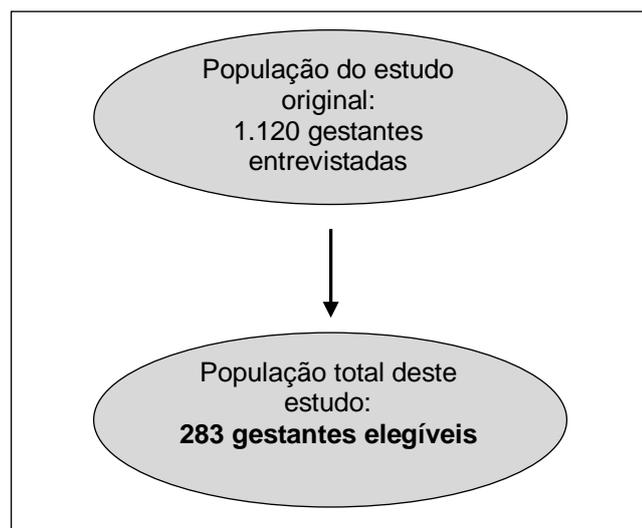


Figura 3 – População do estudo

4.3 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de estudo epidemiológico de corte transversal realizado com dados na linha de base de estudo de coorte prospectivo anteriormente citado.

Também chamados de Seccionais, os Estudos Transversais caracterizam-se pela observação direta de determinada quantidade de indivíduos em uma única oportunidade. O potencial descritivo, maior rapidez na coleta dos dados, maior facilidade analítica, menor custo, são vantagens dos estudos de corte transversal. Em muitas situações têm como desvantagem a dificuldade de determinar a ordem cronológica dos eventos (KLEIN & BLOCH, 2009).

4.4 DEFINIÇÃO DE TERMOS E VARIÁVEIS

4.4.1 Variável Dependente

ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA FÍSICA COMETIDA PELO PARCEIRO ÍNTIMO

Para este estudo, o **enfrentamento** foi entendido quando a mulher conversou com alguma pessoa sobre a sua situação de violência e/ou procurou algum serviço para obter ajuda.

Quadro 3 - Apresentação, definição e categorização das condutas da mulher no enfrentamento à violência pelo Parceiro Íntimo.

| VARIÁVEL | DEFINIÇÃO | CATEGORIZAÇÃO |
|---|--|--|
| Enfrentamento à Violência pelo Parceiro Íntimo. | Quando a mulher conversou com alguém e/ou procurou algum serviço para obter ajuda. | → Conversou com alguém (sim/não) → Procurou algum Serviço para obter ajuda (sim/não) → Conversou e Procurou algum Serviço (sim/não) → Não conversou e não procurou algum Serviço |
| Relato da VPI | Com quem a mulher conversou sobre a VPI. | → Pais → Amigo/Amiga → Irmão/Irmã → Familiares do parceiro íntimo → Outros familiares da mulher → Vizinhos → Policial → Médico/Profissional de saúde → Psicólogo → Filhos → Padre/Líder religioso → Outra pessoa |
| Procura por Serviços de atendimento para obter ajuda | Serviços procurados pela mulher para obter ajuda. | → Polícia/Delegacia → Delegacia de Defesa da Mulher → Hospital/Centros de saúde → Instituição religiosa → Serviços Sociais → Tribunal/Juizado → Organização de mulheres → Serviços jurídicos/Advogado → Abrigo → Líder local |
| Pessoas que tentaram ajudar a mulher. | | → Ninguém → Pais → Amigo/Amiga → Irmão/Irmã → Familiares do parceiro íntimo → Outros familiares da mulher → Vizinhos → Policial → Médico/Profissional de saúde → Psicólogo → Filhos → Padre/Líder religioso → Outra pessoa |

A **violência física** foi definida como episódio(s) de empurrão, tranco/chacoalhão, tapa, soco, chute, surra, ameaça ou uso de arma (branca ou de fogo), tentativa de estrangulamento, queimadura ou parceiro jogou algo que poderia machucá-la. Foi considerada como tendo sofrido violência física a mulher que respondeu positivamente a algum desses episódios de violência física “durante a gravidez atual” e/ou “alguma vez sem que estivesse grávida” no curso do relacionamento com o parceiro ou ex-parceiro íntimo mais recente.

O **parceiro íntimo** foi definido como namorado, companheiro ou ex-companheiro afetivo-sexual mais recente, independente de coabitação ou união formal.

VARIÁVEIS RELACIONADAS À VIOLÊNCIA FÍSICA:

- **Gravidade da violência física** – Considerada **moderada** para os atos de empurrões, tranco/chacoalhão, tapas, jogar objetos para machucar a mulher; classificada como **grave** para os episódios com socos, chutes, surras, ameaças ou uso de arma (branca ou de fogo), tentativa de estrangulamento, queimaduras (OPAS, 1998). Para a análise multivariada, foi construído um escore para avaliar a gravidade da violência. Neste escore, foi atribuído um ponto para cada tipo de violência, somado pela frequência de ocorrência (poucas - 1, muitas vezes - 2). O escore teve a pontuação de 1 a 30.
- **Percepção da mulher quanto aos prejuízos à sua saúde física ou mental por causa da violência física** – Variável categorizada em “não afetou”, “afetou um pouco” e “afetou muito”.
- **Revide físico ou reação da mulher para se defender da violência** – Variável categorizada como “nunca”, “01 ou 02 vezes”, “algumas vezes”, “muitas vezes” e “todas as vezes” para a pergunta “*durante as vezes em que você foi agredida, você alguma vez revidou fisicamente ou reagiu para se defender?*”.
- **Noites fora de casa por causa da violência** – Variável categorizada como “nunca” e “alguma vez na vida”.
- **Motivos para deixar a casa por causa da violência** – Quando a mulher saiu de casa, mesmo que somente por uma noite, por causa da violência. Variável com múltiplas respostas para a pergunta “*o que a fez ir embora da última vez?*”.
- **Motivos para a mulher voltar para a casa** - Variável com múltiplas respostas para as perguntas “*você voltou para ele? Por quê?*”.
- **Aceitação da violência** - Variável dicotômica "discorda" ou "concorda" - quando houve como resposta “concorda” ou “não sei” pelo menos a um dos seis itens da questão: “*o homem tem boas razões para bater em sua esposa se: a) ela não realiza o trabalho doméstico de forma satisfatória; b) ela o desobedece; c) ela se*

recusa a manter relações sexuais com ele; d) ela pergunta se ele tem outras namoradas; e) ele suspeita que ela é infiel; f) ele descobre que ela é infiel.”

- **Opinião das mulheres em relação à intervenção de pessoas de fora da família quando da violência pelo parceiro íntimo** – Variável dicotômica, "discorda" ou "concorda", quando a questão obteve como resposta “concorda” ou “não sei”.

4.4.2 Variáveis Independentes

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DA MULHER:

- **Idade** – Definida em anos completos e categorizada em faixa etária de 5 em 5 anos: “≤19 anos”, “20 a 24 anos”, “25 a 29 anos” e “30 ou mais anos”. Para a análise multivariada, foi categorizada pela mediana “≤24 anos” e “≥25 anos”.
- **Religião atual** – Categorizada como “com religião” e “sem religião”.
- **Religião Praticada** – Categorizada como “protestante”, “católica”, “espírita” e “outras” para a religião praticada na época da entrevista.
- **Raça/cor** – Autoclassificação da mulher. Classificada como “parda”, “branca”, “preta”, “amarela” e “indígena”. Para a análise multivariada, devido ao reduzido número da amostra, foi categorizada como “branca” e “não branca”.
- **Ter frequentado escola** - Variável dicotômica “sim” e “não”.
- **Escolaridade** – Anos completos de estudo, agrupada em categorias “0 a 4 anos”, “5 a 8 anos” e “9 a 13 anos”.
- **Situação conjugal** – Categorizada como “casada, vive/mora junto com um homem”; “não está casada ou vivendo com alguém” (sem parceiro sexual); e “com parceiro sexual e não vive junto/casada em casa separada”.
- **Renda própria** – Qualquer quantia monetária recebida mensalmente pela mulher. Categorizada “com renda” e “sem renda”.
- **Fonte de renda** – A pergunta aceitou múltiplas respostas. Classificada como “ocupação principal/outra”, “benefício”, “pensão” e “outras” (mesadas, ajuda da mãe ou ex-parceiro).

- **Situação ocupacional** – Classificada como “com emprego”, quando inserida no mercado de trabalho, com ou sem carteira de trabalho assinada; “desempregada” sem atividade econômica, mas buscando emprego; “autônoma” trabalhando por conta própria, sem carteira de trabalho assinada; “estudante” e “dona de casa” como pessoas inativas, sem procurar emprego. Para a análise multivariada, foi agrupada em “inativa/estudante” (desempregada, dona de casa e estudante) e “ativa” (com emprego e autônoma).
- **Número de bens duráveis** – Categorizada pela mediana “menos de 4 bens duráveis” e “4 ou mais bens duráveis”. Os bens duráveis foram: televisão colorida, vídeo-cassete, DVD, rádio, carro de passeio, telefone, aspirador de pó, máquina de lavar roupa, geladeira, freezer e computador.

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS E COMPORTAMENTAIS DO PARCEIRO ÍNTIMO:

- **Idade** – Definida em anos completos e classificada em faixa etária de 5 em 5 anos: “≤19 anos”, “20 a 24 anos”, “25 a 29 anos” e “30 ou mais anos”. Para a análise multivariada foi categorizada pela mediana “≤25 anos” e “≥26 anos”.
- **Escolaridade** – Anos completos de estudo, agrupada em categorias “0 a 4 anos”, “5 a 8 anos” e “9 a 15 anos”.
- **Situação ocupacional** – categorizada como: “ativos” (trabalhando) e “inativos” (procurando emprego/desempregado, aposentado, estudante e preso).
- **Uso de bebida alcoólica** – Variável dicotômica “sim” e “não”.
- **Embriaguez nos últimos 12 meses** – Agrupada em três categorias: “nunca”, “ocasionalmente/menos de uma vez por mês/uma ou duas vezes por mês” e “uma ou duas vezes por semana/todos ou quase todos os dias” para a pergunta “*nos últimos 12 meses de seu atual relacionamento, quantas vezes você têm visto/viu seu marido/companheiro bêbado?*”.
- **Problemas nos últimos 12 meses relacionados com a bebida** – Variável dicotômica “sim” e “não” para a pergunta “*nos últimos 12 meses de relacionamento, você vivenciou algum dos problemas abaixo relacionados com o uso de bebida pelo seu marido/companheiro?*”. Categorizada como: “sim” para qualquer resposta positiva às alternativas “problemas com dinheiro”, “problemas

familiares” e “outros problemas”.

- **Uso de drogas ilícitas** – Variável dicotômica “sim” e “não”.
- **Envolvimento com agressão física com outro homem** - Variável dicotômica “sim” e “não” para a pergunta “*desde que você o conheceu, ele esteve envolvido em alguma briga (agressão física) com outro homem?*”.

CARACTERÍSTICAS DO PERFIL DO RELACIONAMENTO:

- **Tempo de relacionamento com o parceiro atual/mais recente** – Categorizada em “<2 anos”, “2 a 4 anos”, “5 a 8 anos” e “>8 anos”. Para a análise multivariada, esta variável foi agrupada em ≤ 4 anos / > 8 anos e 5 a 8 anos.
- **Frequência de brigas do casal** – Classificada em quatro categorias: “nunca”, “raramente” (menos de 1 vez/mês), “algumas vezes” (entre 1 e 3 vezes/mês) e “frequentemente” (1 ou mais vezes/semana). Para a análise multivariada, foi transformada em dicotômica “nunca ou raramente” e “algumas vezes ou frequentemente”.
- **Comportamentos restritivos por parte do parceiro íntimo** – Variável construída através de um escore, sendo atribuído um ponto para cada resposta positiva a uma das perguntas feitas à mulher acerca do comportamento do parceiro íntimo: “*fica zangado se você conversa com outro homem?*”, “*insiste em saber onde você está o tempo todo?*”, “*tenta impedir que você visite seus amigos?*”, “*suspeita frequentemente que você seja infiel?*”, “*a trata com indiferença?*”, “*procura restringir o seu contato com sua família?*”, “*impede/tentou impedir você de trabalhar?*”, “*impede/tentou impedir você de estudar?*”, “*espera que você peça permissão a ele antes de procurar um serviço de saúde para você mesma?*”. Foi classificado como “não” quando o somatório foi igual a zero, “moderado” para 1 a 4 pontos e “muito” para 5 ou mais pontos.

ANTECEDENTES PESSOAL E FAMILIAR DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER:

- **História de violência física** – Variável dicotômica composta a partir de duas perguntas, “sim” quando respondeu positivamente a violência **na infância** (“*quando era criança, você apanhava regularmente ou era agredida fisicamente*”).

por alguém de sua família?”) e/ou após os 15 anos de idade (“desde seus 15 anos, outra pessoa que não seja o seu companheiro atual ou namorado alguma vez, já bateu ou agrediu você fisicamente?”).

- **História de violência física pelo parceiro íntimo na família de origem** – Variável dicotômica composta a partir de duas perguntas, “sim” quando respondeu positivamente a ter mãe agredida pelo parceiro (“quando você era criança, sua mãe era agredida fisicamente pelo seu pai ou pelo marido dela, ou namorado?”) e/ou irmã (“alguma(s) de sua(s) irmã(s) já foi agredida fisicamente ou apanhava pelo marido/companheiro dela(s)?”).

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado consistiu de um questionário estruturado com questões pré-codificadas, composto por um termo de consentimento e 11 seções. No que se refere à investigação da VPI, o instrumento foi adaptado a partir do Questionário da Mulher do Estudo Multipaíses da OMS, previamente testado e validado para aplicação em diferentes contextos culturais (GARCIA-MORENO et al., 2006; SCHRAIBER et al., 2010).

4.6 COLETA DE DADOS

Estudos que abordam questões delicadas de foro íntimo, como experiências de violência doméstica por parceiro íntimo, geralmente encontram dificuldades para que as entrevistadas sintam-se seguras e à vontade para relatar as suas vivências. A forma como as perguntas são elaboradas, o sexo e a atitude do(a) entrevistador(a), a duração e a presença ou não de outras pessoas no local da entrevista e o não julgamento de valor por parte do(a) entrevistador(a) (ELLSBERG, et al., 2001; KRUG et al., 2002; SCHRAIBER et al., 2009) são questões importantes que devem ser consideradas num estudo que pretende obter o máximo de fidedignidade nas

respostas das entrevistadas. Todas estas questões foram consideradas na realização deste estudo.

A coleta de dados realizou-se no período de julho de 2005 a novembro de 2006. Antes de iniciar o estudo de campo, a equipe da pesquisa visitou todas as USFs do DS II para um primeiro contato com os profissionais de saúde e esclarecimentos acerca dos objetivos do estudo. Durante estas visitas, foram obtidas informações como horários das consultas do pré-natal e solicitadas listas de todas as gestantes agendadas para as consultas. De posse destas informações, a coordenadora de campo organizou listagens, que eram atualizadas semanalmente, constando o nome da USF, nome, endereço e idade da mulher, data provável do parto e da consulta.

As entrevistas, realizadas antes ou após a consulta do pré-natal, aconteceram em salas reservadas das USFs, no carro da pesquisa ou agendadas para data e local mais conveniente para a mulher. Procurando sempre um maior conforto e segurança tanto para a entrevistada, quanto para a entrevistadora. Mulheres com gravidez de alto risco e que, portanto, não realizavam o pré-natal na USF, ou as que frequentavam consultas do pré-natal em outras áreas, foram identificadas a partir dos registros dos/das ACS e contatadas no domicílio.

As entrevistadoras, em numero de oito, todas com nível superior completo e com experiência em pesquisas científicas sobre saúde mulher, violência ou com enfoque em gênero, foram treinadas durante duas semanas, para participar do referido estudo. Na última etapa do treinamento e seleção das entrevistadoras, foi realizado um estudo piloto, que aconteceu nas USFs e PACS do DS IV, para verificar a aceitação das mulheres à pesquisa e a adequação do questionário. Posteriormente, novas alterações foram feitas no questionário.

4.7 PROCESSAMENTO DE DADOS

Os dados foram digitados no programa *Epi-info* versão 6.04, com dupla entrada, utilizando posteriormente o aplicativo *Validate* para a eliminação de erros de digitação. Após a limpeza e checagem de consistência dos dados, foi realizada a análise estatística no programa SPSS 13.0 para Windows.

4.8 PLANO DE DESCRIÇÃO E ANÁLISE

Na fase inicial da análise, foi feita a caracterização da amostra pelas variáveis socioeconômicas e demográficas da mulher e do seu parceiro, como também as variáveis relacionadas ao comportamento do parceiro e ao perfil do relacionamento. Foram descritos os tipos de violência física, a gravidade (ato moderado ou grave) e a percepção da mulher quanto aos prejuízos da VPI à sua saúde física ou mental. Foi realizada também distribuição de frequência das variáveis referentes às pessoas e aos serviços de atendimento procurados pelas mulheres em situação de violência, as pessoas que tentaram ajudá-las, bem como as condutas das mulheres no enfrentamento à VPI. Em razão do reduzido número de mulheres que compõe a amostra estudada no presente estudo, não se tornou viável diferenciar as condutas das mulheres de enfrentamento da violência na análise.

A análise univariada foi realizada para medir a associação entre as condutas da mulher ao enfrentar à VPI e as características socioeconômicas e demográficas da mulher e do seu parceiro íntimo, comportamentais do parceiro, a percepção da mulher quanto aos prejuízos à sua saúde física ou mental, os antecedentes pessoal e familiar de violência contra a mulher, a aceitação da mulher e opinião dela quanto à interferência de outras pessoas em relação à VPI. Foram estimados odds-ratios (OR) simples e ajustadas e avaliada a significância estatística das medidas de associação, considerando os intervalos de confiança a 95% e valores do p .

Foi efetuada análise multivariada na forma de regressão logística múltipla não condicional, para medir a associação das variáveis independentes estudadas com as condutas da mulher ao enfrentamento à VPI, ajustadas por possíveis efeitos de confundimento. A seleção das variáveis para inclusão na análise multivariada foi baseada na revisão da literatura específica e nos dados empíricos, sendo incluídas na modelagem aquelas variáveis cuja associação com o efeito estudado, na análise univariada, atingiu nível de significância estatística igual ou inferior a 0,20 (valor de p).

Na análise de regressão logística múltipla, utilizou-se o procedimento *stepwise*, sendo as variáveis selecionadas para exclusão do modelo com base no nível de significância para a razão de máxima verossimilhança (RMV). Para a avaliação de significância estatística das associações encontradas, foram considerados os intervalos de confiança a 95% e o valor de p. Nesta etapa, as variáveis categóricas (que apresentaram anteriormente ponto de corte definido) foram transformadas em dicotômicas. No processo de modelagem, o escore de gravidade da violência foi introduzido como variável contínua. A análise estatística foi efetuada utilizando-se o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 13.00.

4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A violência contra a mulher é um tema bastante sensível que pode envolver histórias de dor e sofrimento, tanto para as entrevistadas quanto para as entrevistadoras, visto que ambas estão sujeitas ao fenômeno. E como parte desses relatos pode indicar situações de risco de vida das pesquisadas, não se pode eticamente desconhecer esse fato: há que se preparar a investigação de campo para tal, isto é, ser capaz de lidar com as situações de urgência e referir aos serviços competentes (SCHRAIBER et al., 2009). Desta forma, a equipe deste estudo elaborou um guia, que incluía informações sobre serviços de saúde, sociais e jurídico-policiais

especializados em atendimento às mulheres em situação de violência, disponíveis na cidade do Recife.

Outro aspecto levado em consideração foi a escolha por parte da entrevistada do melhor local e horário/data para a realização da entrevista, como também a possibilidade de interromper a entrevista em qualquer momento e de não responder a alguma pergunta, caso desejasse. Entretanto, a fim de evitar perdas de informações importantes, a entrevistadora explicava à entrevistada a importância da sua participação.

Durante e após a entrevista, foi garantida a confidencialidade e privacidade da informação, assegurando a segurança da entrevistada. Durante a entrevista não era permitida a presença de qualquer pessoa, com exceção de criança menor de dois anos de idade.

Todos os questionários foram identificados através de número e imediatamente guardados após a entrevista. Os questionários (Anexo A) possuíam termo de consentimento livre e esclarecido, que eram lidos antes da entrevista, sendo as mulheres informadas sobre o caráter voluntário, a natureza delicada e pessoal de algumas questões, além do local e coordenação da pesquisa (e disponibilizado o número telefônico da sede da pesquisa, caso houvesse qualquer dúvida por parte da entrevistada).

O projeto original desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco – Protocolo de Pesquisa número 303/2004 – CEP/CCS (Anexo B).

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A pesquisa original teve uma taxa de resposta elevada: 98,8% (1.120) das mulheres grávidas elegíveis (1.133) responderam ao questionário na linha de base da coorte. Destas, 284 mulheres (25,3%) referiram algum episódio de violência física na relação com o parceiro atual ou ex-parceiro, antes e/ou durante a gestação estudada. Uma (0,3%) não respondeu a seção 09 do questionário, relativa ao impacto e enfrentamento da VPI. Assim, a amostra estudada foi de 283 mulheres.

A Tabela 1 apresenta as características socioeconômicas e demográficas das mulheres entrevistadas. A média de idade foi de 24,97 anos (DP=5,33), tendo uma maior concentração (36,7%) na faixa etária de 20 a 24 anos. Mais da metade das mulheres (55,8%) expressou possuir alguma prática religiosa. Destas, 49,4% eram protestantes, 42,4% católicas, 5,7% espíritas e 2,5% pertencentes a outras religiões. Quanto à raça/cor, a maior parte (61,7%) reconheceu-se como parda. Quase a totalidade (97,5%) das entrevistadas frequentou escola e 85,2% declararam saber ler e escrever. Apesar disto, a baixa escolaridade é marcante, chegando a apenas 23% as que têm mais de oito anos de estudo, com uma média de 5,87 anos (DP=3,07).

No momento da entrevista, 66,4% das mulheres estavam casadas legalmente ou viviam em coabitação, 17% não possuíam parceiros e 16,6% tinham parceiros, porém não moravam com eles. No que tange a questão da chefia do domicílio, 39,2% das mulheres mencionaram a chefia pelo parceiro, 21,2% pela própria mulher e 10,6% por ambos. Menos da metade das mulheres (47,7%) respondeu afirmativamente ter algum tipo de renda própria. Destas, 52,6% recebiam algum benefício. A maior parte das mulheres (55,5%) se definiu como dona de casa. Mais da metade (53,7%) possuía mais de 4 bens duráveis na sua residência.

Tabela 1 – Características socioeconômicas e demográficas da mulher - Recife, Pernambuco, 2005-2006

| Variáveis | N | % |
|--------------------------------------|-----------------|----------|
| Idade (em anos) | 283 | |
| ≤ 19 anos | 46 | 16,3 |
| 20 – 24 anos | 104 | 36,7 |
| 25 – 29 anos | 80 | 28,3 |
| 30 ou mais anos | 53 | 18,7 |
| Média (Desvio padrão) | 24,97 (DP=5,33) | |
| Mediana | 24,00 | |
| Religião atual | 283 | |
| Com religião | 158 | 55,8 |
| Sem religião | 125 | 44,2 |
| Tipos de religião atual | 158 | |
| Protestante | 78 | 49,4 |
| Católica | 67 | 42,4 |
| Espírita | 09 | 5,7 |
| Outras | 04 | 2,5 |
| Raça / Cor* | 282 | |
| Parda | 174 | 61,7 |
| Branca | 50 | 17,7 |
| Preta | 47 | 16,7 |
| Amarela | 08 | 2,8 |
| Indígena | 03 | 1,1 |
| Saber ler e escrever | 283 | |
| Sim | 241 | 85,2 |
| Não | 42 | 14,8 |
| Frequentou escola | 283 | |
| Sim | 276 | 97,5 |
| Não | 07 | 2,5 |
| Escolaridade (anos de estudo) | 283 | |
| 0 - 4 anos | 105 | 37,1 |
| 5 - 8 anos | 113 | 39,9 |
| 9 - 13 anos | 65 | 23,0 |
| Média (Desvio padrão) | 5,87 (DP=3,07) | |
| Mediana | 5,00 | |

| | | |
|--|------------|------|
| Situação conjugal no momento da entrevista | 283 | |
| Casada, vive / mora junto com um homem | 188 | 66,4 |
| Não está casada ou vivendo com alguém (sem parceiro sexual) | 48 | 17,0 |
| Com parceiro sexual e não vive junto / Casada em casa separada** | 47 | 16,6 |
| Quem chefia o domicílio | 283 | |
| Marido / Companheiro | 111 | 39,2 |
| Entrevistada | 60 | 21,2 |
| Mãe / Pai ou Padrasto | 54 | 19,1 |
| Ambos | 30 | 10,6 |
| Sogra / Sogra dela ou outro familiar dele | 21 | 7,4 |
| Outro familiar dela | 06 | 2,1 |
| Outros *** | 01 | 0,4 |
| Renda própria da Mulher | 283 | |
| Com renda | 135 | 47,7 |
| Sem renda | 148 | 52,3 |
| Fonte de Renda da Mulher**** | 135 | |
| Benefício | 71 | 52,6 |
| Ocupação principal / outra | 54 | 40,0 |
| Pensão | 22 | 16,3 |
| Outras (mesadas; ajuda da mãe, do ex-parceiro) | 06 | 4,4 |
| Aposentadoria | 01 | 0,7 |
| Atividades da Mulher**** | 283 | |
| Dona de casa | 157 | 55,5 |
| Desempregada | 65 | 23,0 |
| Com emprego | 38 | 13,4 |
| Autônoma | 15 | 5,3 |
| Estudante | 10 | 3,5 |
| Número de bens duráveis | 283 | |
| < 4 bens duráveis | 131 | 46,3 |
| 4 ou mais bens duráveis | 152 | 53,7 |

* 1 Valor perdido; ** 4 mulheres eram casadas formalmente, mas moravam em casas separadas; *** Residente em um abrigo; **** Múltiplas respostas.

A Tabela 2 descreve as características socioeconômicas, demográficas e comportamentais do parceiro íntimo das mulheres. A média de idade dos parceiros foi de 28,07 anos (DP=8,01), superior à das mulheres. Enquanto a faixa etária de maior concentração nas mulheres foi a de 20 a 24 anos, nos parceiros íntimos, a maior concentração (33,7%) esteve na faixa de 30 ou mais anos. Embora 83,3% dos parceiros soubessem ler e escrever, apenas 19,9% possuía mais de oito anos de

estudo, tendo uma média de 6,78 anos (DP=2,72). Duas mulheres (0,7%) não souberam informar se os parceiros sabiam ler e escrever e vinte e sete mulheres (9,5%) não souberam dizer a escolaridade dos mesmos.

A maior parte (65,6%) dos parceiros estava trabalhando na época da entrevista. Dos 34,4% (97) considerados inativos, 83,5% (81) estavam procurando emprego / desempregados, 8,2% (8) estavam cumprindo pena em unidade prisional, 4,1% (4) aposentados e outros 4,1% (4) eram estudantes (dados não apresentados em tabela).

As mulheres reportaram o uso de bebida alcoólica (82,3%) por parte dos seus parceiros e 31,1% informaram os terem visto bêbados no mínimo uma ou duas vezes por semana, nos últimos doze meses. Uma proporção elevada (43,5%) relatou que o parceiro teve problemas relacionados ao consumo de álcool nos últimos doze meses; problemas familiares (36%), com dinheiro (28,6%) e outros problemas (6,7%) foram apontados pelas mulheres (dados não apresentados em tabela). O uso de drogas ilícitas pelo parceiro íntimo foi referido por 16,6% das mulheres. Parte das mulheres (31,4%) afirmou envolvimento do parceiro com agressão física com outro homem.

Tabela 2 – Características socioeconômicas, demográficas e comportamentais do parceiro íntimo - Recife, Pernambuco, 2005-2006

| Variáveis | N | % |
|-------------------------------|-----------------|------|
| Idade* | 282 | |
| ≤ 19 anos | 26 | 9,2 |
| 20 - 24 anos | 78 | 27,7 |
| 25 - 29 anos | 83 | 29,4 |
| 30 ou mais | 95 | 33,7 |
| Média (Desvio padrão) | 28,07 (DP=8,01) | |
| Mediana | 26,50 | |
| Saber ler e escrever** | 281 | |
| Sim | 234 | 83,3 |
| Não | 47 | 16,7 |

| | | |
|--|----------------|------|
| Escolaridade (anos de estudo)*** | 256 | |
| 0 - 4 anos | 101 | 39,5 |
| 5 - 8 anos | 104 | 40,6 |
| 9 - 15 anos | 51 | 19,9 |
| Média (Desvio padrão) | 6,78 (DP=2,72) | |
| Mediana | 6,00 | |
| Situação Ocupacional**** | 282 | |
| Ativos (trabalhando) | 185 | 65,6 |
| Inativos (procurando emprego / desempregado, aposentados, estudantes e presos) | 97 | 34,4 |
| Uso de bebida alcoólica | 283 | |
| Sim | 233 | 82,3 |
| Não | 50 | 17,7 |
| Embriguez nos últimos 12 meses | 283 | |
| Nunca | 114 | 40,3 |
| Ocasionalmente / Menos de uma vez por mês / Uma ou duas vezes por mês | 81 | 28,6 |
| Uma ou duas vezes por semana / Todos ou quase todos os dias | 88 | 31,1 |
| Problemas nos últimos 12 meses relacionados com a bebida | 283 | |
| Sim | 123 | 43,5 |
| Não | 160 | 56,5 |
| Uso de drogas***** | 277 | |
| Sim | 46 | 16,6 |
| Não | 204 | 73,6 |
| Ex-usuário | 27 | 9,7 |
| Envolvimento com agressão física com outro homem | 283 | |
| Sim | 89 | 31,4 |
| Não | 194 | 68,6 |

* 1 valor perdido; ** 2 valores perdidos; *** 27 valores perdidos; **** 1 valor perdido; ***** 6 valores perdidos (a mulher não soube informar).

A Tabela 3 revela o perfil do relacionamento do casal. Mais da metade dos casais (53,3%) possuía até quatro anos de relação e apenas 21,6% tinham mais de oito anos, com média de 5,25 anos (DP=4,31). As brigas foram frequentes (uma ou mais vezes por semana) para 35,7% e numa proporção bastante parecida, foram raras (menos de uma vez por mês) para 35% deles.

Comportamentos restritivos por parte dos parceiros íntimos foram vivenciados por 91,5% das mulheres. *Ficar zangado se ela conversa com outro homem* (74,5%),

insistir em saber onde ela está o tempo todo (57,6%) e tentar impedir que ela visite seus amigos (49%) foram os comportamentos mais assinalados pelas mulheres. Menor percentual (13,4%) afirmou que *necessitam pedir permissão ao parceiro antes de procurar um serviço de saúde para ela mesma*.

Tabela 3 – Características do perfil do relacionamento – Recife, Pernambuco, 2005-2006

| Variáveis | N | % |
|--|----------------|------|
| Tempo de relacionamento com o parceiro atual / mais recente | 283 | |
| < 2 anos | 57 | 20,1 |
| 2 - 4 anos | 94 | 33,2 |
| 5 - 8 anos | 71 | 25,1 |
| > 8 anos | 61 | 21,6 |
| Média (Desvio padrão) | 5,25 (DP=4,31) | |
| Mediana | 4,00 | |
| Frequência de brigas | 283 | |
| Nunca | 05 | 1,8 |
| Raramente (menos de 1 vez / mês) | 99 | 35,0 |
| Algumas vezes (entre 1 e 3 vezes / mês) | 78 | 27,6 |
| Frequentemente (1 ou mais vezes / semana) | 101 | 35,7 |
| Comportamentos restritivos por parte do parceiro íntimo | 283 | |
| Não | 24 | 8,5 |
| Moderado | 180 | 63,6 |
| Muito | 79 | 27,9 |
| Tipos de comportamentos restritivos por parte do parceiro* | 283 | |
| Fica zangado se ela conversa com outro homem** | 210 | 74,5 |
| Insiste em saber onde a mulher está o tempo todo | 163 | 57,6 |
| Tenta impedir visita aos amigos*** | 138 | 49,0 |
| Suspeita frequentemente de infidelidade dela | 92 | 32,5 |
| Trata a mulher com indiferença**** | 81 | 28,7 |
| Restringe contato com a família | 79 | 27,9 |
| Impede/tentou impedir de trabalhar | 73 | 25,8 |
| Impede/tentou impedir de estudar | 73 | 25,8 |
| Espera pedido de permissão antes da procura por um serviço de saúde para ela mesma | 38 | 13,4 |

* Múltiplas respostas; ** 1 valor perdido; *** 1 valor perdido; **** 1 valor perdido.

5.2 A VIOLÊNCIA FÍSICA COMETIDA PELO PARCEIRO ÍNTIMO

Os tipos e a gravidade da violência física estão distribuídos na Tabela 4. *Empurrão, tranco/chacoalhão* foram os mais apontados pelas mulheres (78,8%), seguidos de *tapa ou jogar algo que poderia machucá-la* (68,6%). Ambos, considerados pela OMS como violência física moderada. Dos tipos classificados pela OMS como violência física grave, os mais assinalados pelas mulheres foram o *machucão com soco ou com algum objeto* (32,5%) e *chutar, arrastar ou surrar* (27,9%). Se, para 48% das mulheres entrevistadas a violência sofrida foi a moderada, para 52% foi a grave (com ou sem associação com a moderada).

A tabela expressa também a percepção da mulher quanto aos prejuízos à sua saúde física ou mental por causa da VPI. Grande parte (70,1%) das mulheres referiu que a violência *não afetou* a sua saúde física ou mental. Apenas 17,4% afirmaram que a violência *afetou um pouco* a sua saúde e 12,5% que *afetou muito*.

Tabela 4 – Tipos e gravidade da violência física cometida pelo parceiro íntimo e percepção da mulher quanto aos prejuízos à sua saúde física ou mental – Recife, Pernambuco, 2005-2006

| Variáveis | N | % |
|---|------------|------|
| Tipos de Violência Física | 283 | |
| Empurrão, tranco / chacoalhão | 223 | 78,8 |
| Tapa ou jogou algo que poderia machucá-la | 194 | 68,6 |
| Machucou-a com um soco ou com algum objeto | 92 | 32,5 |
| Chutou, arrastou ou surrou | 79 | 27,9 |
| Ameaça ou uso de arma | 56 | 19,8 |
| Tentou estrangular ou queimar | 50 | 17,7 |
| Gravidade da Violência | 283 | |
| Moderada (tapa / empurrão) | 136 | 48,0 |
| Grave com ou sem moderada | 147 | 52,0 |
| Prejuízos à sua saúde física ou mental por causa da violência cometida pelo parceiro íntimo* | 281 | |
| Não afetou | 197 | 70,1 |
| Afetou um pouco | 49 | 17,4 |
| Afetou muito | 35 | 12,5 |

* 2 valores perdidos.

5.3 ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO

A Tabela 5 revela as condutas utilizadas pelas mulheres para enfrentar a situação de violência pelo parceiro íntimo. Na amostra estudada, 78,4% adotaram alguma conduta para enfrentar a violência, ou seja, 57,6% exclusivamente conversaram com alguém, 3,5% unicamente procuraram algum Serviço que pudesse apoiá-las e 17,3% além de conversarem, procuraram um Serviço. Em contrapartida, 21,6% das mulheres informaram nunca terem conversado com alguém ou procurado algum serviço.

Tabela 5 – Condutas de enfrentamento à violência pelo parceiro íntimo – Recife, Pernambuco, 2005-2006

| Variáveis | N | % |
|---|------------|------|
| Enfrentamento | 283 | |
| Conversou com alguém | 163 | 57,6 |
| Procurou algum Serviço para obter ajuda | 10 | 3,5 |
| Conversou e procurou algum Serviço | 49 | 17,3 |
| Não conversou e não procurou algum Serviço | 61 | 21,6 |
| Conversou com alguém (tendo ou não procurado algum Serviço) | 283 | |
| Sim | 212 | 74,9 |
| Não | 71 | 25,1 |
| Procurou algum Serviço para obter ajuda (tendo ou não conversado com alguém) | 283 | |
| Sim | 59 | 20,8 |
| Não | 224 | 79,2 |

As pessoas com as quais as mulheres conversaram sobre a violência e os Serviços procurados por elas estão apresentados na Tabela 6. As pessoas mais procuradas pelas mulheres foram os pais (42%), amigo/amiga (31,6%) e irmão/irmã (21,2%). Os Serviços que as mulheres mais buscaram apoio foram a Polícia/Delegacia (57,6%), Hospital/Centros de Saúde (27,1%) e Instituição religiosa (25,4%).

Tabela 6 – Pessoas e Serviços procurados pela mulher para o enfrentamento da situação de violência pelo parceiro íntimo – Recife, Pernambuco, 2005-2006

| Variáveis | N | % |
|---|--------------|------|
| Com quem conversou* | 212** | |
| Pais | 89 | 42,0 |
| Amigo / Amiga | 67 | 31,6 |
| Irmão / Irmã | 45 | 21,2 |
| Familiares do parceiro íntimo | 42 | 19,8 |
| Outros familiares dela | 29 | 13,7 |
| Vizinhos | 28 | 13,2 |
| Policial | 06 | 2,8 |
| Médico / Profissional de saúde | 05 | 2,3 |
| Psicólogo | 03 | 1,4 |
| Filhos | 02 | 0,9 |
| Padre / Líder religioso | 01 | 0,5 |
| Patroa | 01 | 0,5 |
| Serviços que procurou para obter ajuda* | 59*** | |
| Polícia / Delegacia | 34 | 57,6 |
| Hospital / Centros de Saúde | 16 | 27,1 |
| Instituição religiosa | 15 | 25,4 |
| Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher | 14 | 23,7 |
| Serviços Sociais | 04 | 6,8 |
| Tribunal / Juizado | 04 | 6,8 |
| Organização de mulheres | 04 | 6,8 |
| Serviços Jurídicos / Advogado | 02 | 3,4 |
| Abrigo | 01 | 1,7 |
| Líder local | 01 | 1,7 |

* Múltiplas respostas; ** Número de mulheres que conversou com alguém sobre a violência;
 *** Número de mulheres que procurou algum Serviço.

As pessoas que tentaram ajudar as mulheres estão evidenciadas na Tabela 7. Das 212 mulheres (74,9%) que conversaram com alguém sobre a violência, 95 delas (44,8%) não obtiveram qualquer tentativa de ajuda por parte das pessoas procuradas. Os pais delas (30,7%), amigo/amiga (24%) e familiares do parceiro (16,5%) foram os que mais tentaram ajudá-las.

Tabela 7 – Pessoas que tentaram ajudar a mulher em situação de violência pelo parceiro íntimo – Recife, Pernambuco, 2005-2006

| Variáveis | N | % |
|--|--------------|------|
| Pessoas que tentaram ajudar a mulher* | 212** | |
| Ninguém | 95 | 44,8 |
| Pais | 65 | 30,7 |
| Amigo / Amiga | 51 | 24,0 |
| Familiares do parceiro íntimo | 35 | 16,5 |
| Irmão / Irmã | 28 | 13,2 |
| Vizinhos | 22 | 10,4 |
| Outro familiar dela | 22 | 10,4 |
| Médico / Profissional de saúde | 03 | 1,4 |
| Policia | 02 | 0,9 |
| Psicólogo | 02 | 0,9 |
| Filhos | 01 | 0,5 |
| Patroa | 01 | 0,5 |

* Múltiplas respostas; ** Número de mulheres que conversaram com alguém sobre a violência.

A Tabela 8 mostra que grande parte (85,2%) das mulheres reagiu alguma vez à violência cometida pelo parceiro íntimo. Ter reagido *uma ou duas vezes* foi respondido por 29% das mulheres. Há as que revidaram *algumas vezes* (11,3%), *muitas vezes* (6,4%) e outras, *todas às vezes* (38,5%). Poucas (14,8%) foram as mulheres que *nunca* revidaram a violência cometida pelo parceiro íntimo.

Tabela 8 – Revide físico ou reação da mulher para se defender da violência pelo parceiro íntimo – Recife, Pernambuco, 2005-2006

| Variáveis | N | % |
|---|------------|------|
| Revide físico ou reação da mulher para se defender da violência do parceiro íntimo | 283 | |
| Nunca | 42 | 14,8 |
| 01 ou 02 vezes | 82 | 29,0 |
| Algumas vezes | 32 | 11,3 |
| Muitas vezes | 18 | 6,4 |
| Todas às vezes | 109 | 38,5 |

Ter saído de casa, ao menos durante uma noite, por causa da VPI, está retratado na Tabela 9. Na amostra estudada, 32,1% das mulheres disseram ter saído de casa *alguma vez na vida*. Os motivos para deixar a casa são diversos, seja por

não aguentar mais a violência (31,8%), muito machucada/medo que ele a matasse (11,8%), ele ameaçou/tentou matá-la (10,6%), entre outros.

Tabela 9 – Noites fora de casa por causa da violência pelo parceiro íntimo e motivos para deixar a casa – Recife, Pernambuco, 2005-2006

| Variáveis | N | % |
|--|--------------|------|
| Noites fora de casa por causa da violência* | 265 | |
| Nunca | 180 | 67,9 |
| Alguma vez na vida | 85 | 32,1 |
| Motivos para deixar a casa** | 85*** | |
| Não aguentava mais a violência | 27 | 31,8 |
| Muito machucada/medo que ele a matasse | 10 | 11,8 |
| Ele ameaçou ou tentou matá-la | 09 | 10,6 |
| Foi colocada para fora de casa | 06 | 7,1 |
| Teve medo que pudesse matá-lo | 06 | 7,1 |
| Nenhum incidente particular | 05 | 5,9 |
| Viu que os filhos estavam sofrendo | 04 | 4,7 |
| Encorajada por amigos/família | 01 | 1,2 |
| Ele ameaçou ou bateu nos filhos | 01 | 1,2 |
| Outros motivos | 35 | 41,2 |

* 18 valores perdidos (mulheres que não moravam com os parceiros íntimos); ** Múltiplas respostas; *** Número de mulheres que saíram de casa alguma vez na vida.

Grande parte das mulheres que saem de casa por causa da violência acaba retornando. É o que mostra a Tabela 10. Apenas 5,9% das entrevistadas disseram *não ter voltado para casa*. Os motivos mais alegados pelas mulheres que voltaram para casa foram: *amava o parceiro (28,2%), pelo bem da família/dos filhos (27,1%) e o parceiro pediu para que ela voltasse (25,9%)*.

Tabela 10 – Motivos para a mulher voltar para a casa – Recife, Pernambuco, 2005-2006

| Variáveis | N | % |
|--|-------------|------|
| Motivos para voltar para casa* | 85** | |
| Amava o parceiro íntimo | 24 | 28,2 |
| Pelo bem da família / dos filhos | 23 | 27,1 |
| Ele pediu para que ela voltasse | 22 | 25,9 |
| Ela o perdoou / achou que ele iria mudar | 16 | 18,8 |
| Ele ameaçou a ela / filhos | 11 | 12,9 |
| Não poderia sustentar os filhos | 09 | 10,6 |

| | | |
|---|----|-----|
| Não queria deixar as crianças | 08 | 9,4 |
| Não poderia permanecer onde ela estava / não tinha para onde ir | 06 | 7,1 |
| A família pediu para que ela voltasse | 05 | 5,9 |
| Não voltou para casa | 05 | 5,9 |

* Múltiplas respostas; ** Mulheres que saíram de casa alguma vez na vida.

5.4 ANTECEDENTES PESSOAL E FAMILIAR DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A Tabela 11 descreve os antecedentes pessoal e familiar de violência contra a mulher na *infância*, após os 15 anos de idade, bem como na *família de origem* dela. Mais da metade das mulheres (52,7%) mencionou ter sofrido violência física na *infância* por algum familiar. Após os 15 anos de idade, 33,6% das mulheres vivenciaram violência física por alguém que não fosse o parceiro íntimo atual/mais recente. Destas, 34,7% (33) foram agredidas por ex-marido/parceiro/namorado, 25,3% (24) por pai/padrasto e 20% (19) pela mãe/madrasta (dados não apresentados em tabela).

A vida das mulheres está permeada pela violência, isto é, 47,6% asseguraram ter visto, na infância, a mãe ser agredida pelo parceiro íntimo. Além das mães, 60% das mulheres da amostra também possuíam irmãs que já foram agredidas fisicamente pelo parceiro íntimo.

Tabela 11 – Antecedentes pessoais de violência contra a mulher na infância, após os 15 anos de idade e na família de origem – Recife, Pernambuco, 2005-2006

| Variáveis | N | % |
|--|------------|------|
| Sofreu violência física na infância por algum familiar* | 281 | |
| Sim | 148 | 52,7 |
| Não | 133 | 47,3 |
| Sofreu violência física após os 15 anos de idade | 283 | |
| Sim | 95 | 33,6 |
| Não | 188 | 66,4 |

| | | |
|---|------------|------|
| Na infância, viu sua mãe ser agredida pelo parceiro íntimo** | 271 | |
| Sim | 129 | 47,6 |
| Não | 142 | 52,4 |
| Mulheres com irmãs agredidas fisicamente pelo parceiro íntimo*** | 185 | |
| Sim | 111 | 60,0 |
| Não | 74 | 40,0 |

* 2 valores perdidos; ** 12 valores perdidos; *** 98 valores perdidos (85 não tinham irmãs e 13 não souberam informar).

5.5 OPINIÕES DAS MULHERES EM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO

As opiniões das mulheres em relação à VPI estão indicadas na Tabela 12. Quase metade (46,3%) das entrevistadas afirmou que *se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família deveriam intervir*. Quanto as que admitiram *boas razões para o homem bater na mulher*, as respostas mais citadas foram *se ele descobre que ela tem sido infiel* (32,9%), *se ela o desobedece* (6%) e *se ele suspeita que ela é infiel* (5,7%).

Tabela 12 – Opiniões das mulheres em relação à violência pelo parceiro íntimo - Recife, Pernambuco, 2005-2006

| Variáveis | N | % |
|---|------------|------|
| Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família deveriam intervir | 283 | |
| Sim | 131 | 46,3 |
| Não | 152 | 53,7 |
| Boas razões para o homem bater na mulher | 283 | |
| Se ele descobre que ela tem sido infiel | 93 | 32,9 |
| Se ela o desobedece | 17 | 6,0 |
| Se ele suspeita que ela é infiel | 16 | 5,7 |
| Se ela não realiza os trabalhos domésticos de forma satisfatória para ele | 11 | 3,9 |
| Se ela pergunta se ele tem outras namoradas | 03 | 1,1 |
| Se ela se recusa a manter relações sexuais com ele | 02 | 0,7 |

5.6 FATORES ASSOCIADOS AO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO

5.6.1 Análise Univariada

A Tabela 13 apresenta a associação entre as características socioeconômicas e demográficas da mulher e o enfrentamento à VPI. Entre as variáveis investigadas, nenhuma se mostrou estatisticamente significativa em nível de 5% ($p < 0,05$).

Tabela 13 – Associação entre características socioeconômicas e demográficas da mulher e enfrentamento à violência pelo parceiro íntimo – Recife, Pernambuco, 2005-2006

| Variáveis | Enfrentamento | NÃO Procurou | OR _{bruta} | IC (95%) | p-valor |
|--|---------------|--------------|---------------------|-----------|---------|
| Idade (em anos) | | | | | |
| ≥ 25 anos | 82,0% (109) | 18,0% (24) | 1,49 | 0,80-2,76 | 0,177 |
| ≤ 24 anos | 75,3% (113) | 24,7% (37) | 1 | - | - |
| Religião atual | | | | | |
| Sem religião | 82,4% (103) | 17,6% (22) | 1,53 | 0,82-2,87 | 0,150 |
| Com religião | 75,3% (119) | 24,7% (39) | 1 | - | - |
| Raça / Cor | | | | | |
| Não branca | 79,7% (185) | 20,3% (47) | 1,38 | 0,64-2,95 | 0,369 |
| Branca | 74,0% (37) | 26,0% (13) | 1 | - | - |
| Escolaridade (anos de estudo) | | | | | |
| 0 - 4 anos | 79,0% (83) | 21,0% (22) | 1,23 | 0,55-2,73 | 0,578 |
| 5 - 8 anos | 79,6% (90) | 20,4% (23) | 1,28 | 0,58-2,80 | 0,509 |
| 9 - 13 anos | 75,4% (49) | 24,6% (16) | 1 | - | - |
| Situação conjugal no momento da entrevista | | | | | |
| Não está casada ou vivendo com alguém | 83,3% (40) | 16,7% (08) | 1,48 | 0,61-3,72 | 0,352 |
| Com parceiro sexual e não vive junto/Casada em casa separada | 78,7% (37) | 21,3% (10) | 1,10 | 0,48-2,57 | 0,815 |
| Casada, vive/mora junto | 77,1% (145) | 22,9% (43) | 1 | - | - |
| Renda da Mulher | | | | | |
| Com renda | 80,0% (108) | 20,0% (27) | 1,19 | 0,65-2,19 | 0,544 |
| Sem renda | 77,0% (114) | 23,0% (34) | 1 | - | - |

| Atividades da Mulher | | | | | |
|--------------------------------|-------------|------------|------|-----------|-------|
| Inativa / Estudante | 79,2% (183) | 20,8% (48) | 1,27 | 0,59-2,70 | 0,504 |
| Ativa | 75,0% (39) | 25,0% (13) | 1 | - | - |
| Número de bens duráveis | | | | | |
| < 04 bens duráveis | 82,4% (108) | 17,6% (23) | 1,57 | 0,84-2,92 | 0,129 |
| 04 ou mais bens duráveis | 75,0% (114) | 25,0% (38) | 1 | - | - |

Na análise univariada para a associação entre as características socioeconômicas e demográficas do parceiro e o enfrentamento à VPI (Tabela 14), nenhuma das variáveis estudadas (idade, escolaridade e situação ocupacional) apresentou significância estatística no nível de 5% ($p < 0,05$).

A associação entre as características comportamentais do parceiro íntimo e o enfrentamento à VPI (tabela 14) mostrou associação estatisticamente significativa em nível de 5% entre as mulheres cujos parceiros tiveram problemas relacionados com o consumo do álcool nos últimos 12 meses (OR=1,77, IC95%: 0,94-3,37; $p=0,058$). A associação foi também observada entre as mulheres com parceiros com comportamentos muito restritivos (OR=2,84; IC95%: 0,83-9,74; $p=0,057$), bem como entre aquelas com parceiro envolvido com briga, agressão física, com outros homens (OR=2,17; IC95%: 1,04-4,59; $p=0,025$).

Tabela 14 – Associação entre características socioeconômicas, demográficas e comportamentais do parceiro e enfrentamento à violência pelo parceiro íntimo – Recife, Pernambuco, 2005-2006

| Variáveis | Enfrentamento | NAO Procurou | OR _{bruta} | IC (95%) | p-valor |
|--------------------------------------|---------------|--------------|---------------------|-----------|---------|
| Idade* | | | | | |
| ≥ 26 anos | 79,7% (126) | 20,3% (32) | 1,20 | 0,65-2,21 | 0,526 |
| ≤ 25 anos | 76,6% (95) | 23,4% (29) | 1 | - | - |
| Escolaridade (anos de estudo) | | | | | |
| 9 - 15 anos | 78,4% (40) | 21,6% (11) | 1,07 | 0,44-2,62 | 0,866 |
| 5 - 8 anos | 78,8% (82) | 21,2% (22) | 1,10 | 0,54-2,24 | 0,780 |
| 0 - 4 anos | 77,2% (78) | 22,8% (23) | 1 | - | - |
| Situação Ocupacional* | | | | | |
| Inativos | 80,4% (78) | 19,6% (19) | 1,21 | 0,63-2,32 | 0,546 |
| Ativos | 77,3% (143) | 22,7% (42) | 1 | - | - |

| Uso de bebida alcoólica | | | | | |
|---|-------------|------------|------|-----------|-------|
| Sim | 79,8% (186) | 20,2% (47) | 1,54 | 0,72-3,24 | 0,222 |
| Não** | 72,0% (36) | 28,0% (14) | 1 | - | - |
| Problemas nos últimos 12 meses relacionados com a bebida alcoólica | | | | | |
| Sim | 83,7% (103) | 16,3% (20) | 1,77 | 0,94-3,37 | 0,058 |
| Não | 74,4% (119) | 25,6% (41) | 1 | - | - |
| Uso de drogas pelo parceiro*** | | | | | |
| Não | 78,8% (182) | 21,2% (49) | 1,17 | 0,52-2,60 | 0,685 |
| Sim | 76,1% (35) | 23,9% (11) | 1 | - | - |
| Envolvimento com briga (agressão física) com outro homem | | | | | |
| Sim | 86,5% (77) | 13,5% (12) | 2,17 | 1,04-4,59 | 0,025 |
| Não | 74,7% (145) | 25,3% (49) | 1 | - | - |
| Tempo de relacionamento com o parceiro atual/mais recente | | | | | |
| > 8 anos | 78,7% (48) | 21,3% (13) | 1,32 | 0,52-3,36 | 0,524 |
| 5 - 8 anos | 85,9% (61) | 14,1% (10) | 2,18 | 0,82-5,84 | 0,083 |
| 2 - 4 anos | 75,5% (71) | 24,5% (23) | 1,10 | 0,48-2,50 | 0,800 |
| < 2 anos | 73,7% (42) | 26,3% (15) | 1 | - | - |
| Frequência de brigas **** | | | | | |
| Nunca | 60,0% (3) | 40,0% (2) | 0,30 | 0,03-3,95 | 0,189 |
| Raramente | 73,7% (73) | 26,3% (26) | 0,57 | 0,27-1,19 | 0,105 |
| Algumas vezes | 79,5% (62) | 20,5% (16) | 0,78 | 0,34-1,79 | 0,529 |
| Frequentemente | 83,2% (84) | 16,8% (17) | 1 | - | - |
| Comportamentos restritivos por parte do parceiro íntimo | | | | | |
| Moderadamente | 75,6% (136) | 24,4% (44) | 1,27 | 0,44-3,54 | 0,617 |
| Muito | 87,3% (69) | 12,7% (10) | 2,84 | 0,83-9,74 | 0,057 |
| Não | 70,8% (17) | 29,2% (7) | 1 | - | - |

* 1 valor perdido; ** 34 homens (12%) nunca usaram bebida alcoólica e 19 (6,7%) são ex-usuários; *** 6 valores perdidos; **** Frequentemente=1 ou + vezes/semana; Algumas vezes=1 a 3 vezes/mês; Raramente=<1 vez/mês.

A Tabela 15 descreve a associação entre a gravidade da violência e a percepção da mulher quanto aos prejuízos à sua saúde física ou mental com o enfrentamento à VPI. A associação entre a gravidade da violência e enfrentamento não atingiu significância estatística ($p < 0,05$), porém, o escore da gravidade da violência (variável contínua), que combina o tipo de agressão sofrida e a frequência de ocorrência, mostrou-se fortemente associada ao enfrentamento (OR=1,09; IC95%: 1,02-1,17; $p=0,011$).

As mulheres que perceberam esses prejuízos à sua saúde física ou mental apresentaram 1,96 vezes mais chance ($p < 0,05$) de enfrentar a situação de violência do que as que não perceberam os prejuízos à saúde.

Tabela 15 – Associação entre a gravidade da violência e percepção da mulher quanto aos prejuízos à sua saúde física ou mental e enfrentamento à violência pelo parceiro íntimo – Recife, Pernambuco, 2005-2006

| Variáveis | Enfrentamento | NÃO Procurou | OR _{bruta} | IC (95%) | p-valor |
|--|---------------|--------------|---------------------|-----------|---------|
| Gravidade da Violência cometida pelo parceiro íntimo | | | | | |
| Grave com ou sem moderada | 80,3% (118) | 19,7% (29) | 1,25 | 0,68-2,29 | 0,437 |
| Moderada | 76,5% (104) | 23,5% (32) | 1 | - | - |
| Escore da gravidade da violência* | | | | | |
| 1-30 | | | 1,09 | 1,02-1,17 | 0,011 |
| Percepção da mulher quanto aos prejuízos à sua saúde física ou mental | | | | | |
| Sim | 85,7% (72) | 14,3% (12) | 1,96 | 0,94-4,16 | 0,053 |
| Não | 75,4% (150) | 24,6% (49) | 1 | - | - |

* Variável contínua, tipo de violência física x frequência, valores de 1 a 30.

A Tabela 16 mostra que não houve associação estatisticamente significativa em nível de 5% entre antecedentes pessoais de violência contra a mulher na infância, e após os 15 anos de idade. A associação com o enfrentamento à VPI com história de violência na família de origem da mulher apresentou nível limítrofe de significância estatística ($p=0,060$).

Tabela 16 – Associação entre antecedentes pessoais de violência contra a mulher na infância e após os 15 anos de idade, na família de origem e enfrentamento à violência pelo parceiro íntimo – Recife, Pernambuco, 2005-2006

| Variáveis | Enfrentamento | NÃO Procurou | OR _{bruta} | IC (95%) | p-valor |
|---|---------------|--------------|---------------------|-----------|---------|
| História de violência física na infância e após os 15 anos de idade* | | | | | |
| Sim | 78,9% (146) | 21,1% (39) | 1,10 | 0,58-2,06 | 0,757 |
| Não | 77,3% (75) | 22,7% (22) | 1 | - | - |
| História de violência física na família de origem (Mãe e/ou irmãs) | | | | | |
| Sim | 81,9% (149) | 18,1% (33) | 1,73 | 0,94-3,20 | 0,060 |
| Não | 72,3% (73) | 27,7% (28) | 1 | - | - |

* 1 valor perdido.

Na Tabela 17 estão as variáveis relacionadas à opinião das mulheres em relação à VPI. A aceitação da violência contra a mulher não mostrou associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) ao enfrentamento à VPI. Porém, o fato de a mulher afirmar que pessoas externas às relações familiares deveriam intervir nos casos em que a mulher se encontre em situação de violência pelo parceiro mostrou-se fortemente associada ao enfrentamento ($p = 0,007$). As mulheres que concordam com esta intervenção, apresentaram 2,25 vezes mais chance de enfrentar a VPI, quando comparadas às que não concordam com a intervenção.

Tabela 17 – Associação entre opinião das mulheres em relação à violência pelo parceiro íntimo e enfrentamento a esta violência - Recife, Pernambuco, 2005-2006

| Variáveis | Enfrentamento | NAO Procurou | OR _{bruta} | IC (95%) | p-valor |
|---|---------------|-----------------|---------------------|-----------|---------|
| Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família deveriam intervir | | | | | |
| Concorda | 85,5% (112) | 14,5% (19) | 2,25 | 1,23-4,11 | 0,007 |
| Discorda | 72,4% (110) | 27,6% (42) | 1 | - | - |
| Aceitação da violência contra a mulher | | | | | |
| Discorda | 80,9% (148) | 19,1% (35) | 1,49 | 0,80-2,76 | 0,179 |
| Concorda | 74,0% (74) | 26,0% (26) | 1 | - | - |

5.6.2 Análise Multivariada

Foi realizada regressão logística múltipla não condicional com a inclusão, nesta etapa da análise, das variáveis que apresentaram na análise univariada valor de $p \leq 0,20$ para a associação com o enfrentamento à VPI (Tabela 18). As variáveis: comportamento restritivo por parte do parceiro íntimo, tempo de relacionamento, frequência de brigas entre o casal e idade da mulher foram dicotomizadas com base nos resultados encontrados na etapa anterior da análise.

Tabela 18 – Variáveis introduzidas na análise multivariada

| Variáveis | OR _{bruta} | IC (95%) | p-valor |
|---|---------------------|-----------|---------|
| Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família deveriam intervir | 2,25 | 1,23-4,11 | 0,007 |
| Escore da gravidade da violência | 1,09 | 1,02-1,17 | 0,011 |
| Comportamentos restritivos por parte do parceiro íntimo* | 2,29 | 1,10-4,81 | 0,024 |
| Envolvimento do parceiro com briga (agressão física) com outro homem | 2,17 | 1,04-4,59 | 0,025 |
| Percepção da mulher quanto aos prejuízos à sua saúde física ou mental | 1,96 | 0,94-4,16 | 0,053 |
| Problemas relacionados ao uso de bebida alcoólica | 1,77 | 0,94-3,37 | 0,058 |
| História de violência física na família de origem (mãe / irmãs) | 1,73 | 0,94-3,20 | 0,060 |
| Tempo de relacionamento** | 1,93 | 0,92-4,05 | 0,077 |
| Número de bens duráveis | 1,57 | 0,84-2,92 | 0,129 |
| Religião atual da mulher | 1,53 | 0,82-2,87 | 0,150 |
| Frequência de brigas entre o casal (nunca ou raramente / algumas vezes ou frequentemente) *** | 1,58 | 0,81-3,08 | 0,150 |
| Idade da mulher | 1,49 | 0,80-2,76 | 0,177 |
| Aceitação da violência contra a mulher | 1,49 | 0,80-2,76 | 0,179 |

* Não+moderadamente / Muito; ** ≤4 anos + >8 anos / 5-8 anos; *** Algumas vezes = 1 a 3 vezes/mês e frequentemente = 1 ou + vezes/semana.

Após o ajustamento das variáveis entre si, não foi observada associação entre o enfrentamento à VPI com as variáveis *frequência de brigas entre o casal* (p=0,604), *percepção da mulher quanto aos prejuízos à sua saúde física ou mental* (p=0,399), *número de bens duráveis* (p=0,267), *religião atual da mulher* (p=0,259) e *aceitação da violência contra a mulher* (p=0,210), *problemas relacionados ao uso de bebida alcoólica* (p=0,174), *envolvimento do parceiro com briga, agressão física, com outro homem* (p=0,124) e *comportamentos restritivos por parte do parceiro íntimo* (p=0,116).

O modelo final da regressão logística com as variáveis que se mostraram associadas de forma independente ao enfrentamento à VPI é apresentado na Tabela 19. As variáveis *se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família deveriam intervir* (OR=2,62; IC95%: 1,38-4,95; p=0,003) e o *escore da gravidade da violência* (OR=1,11; IC95%: 1,03-1,19; p=0,006) permaneceram fortemente associadas ao enfrentamento à VPI (p<0,05). Mulheres cujo *tempo de relacionamento* com o parceiro era menor ou igual a 4 anos ou maior do que 8 anos apresentaram 2,55 vezes mais chance de enfrentar a VPI que às mulheres com 5 a

8 anos de relacionamento. As mulheres com *mais idade* (25 anos ou mais) mostraram chance maior de assumir condutas para o enfrentamento à VPI, quando comparadas às com menos idade (OR=1,84; IC95%: 1,00-3,40; p=0,049). A *história de violência física na família de origem* também manteve a associação estatisticamente significativa (p<0,05).

Tabela 19 – Modelo final da associação das variáveis entre si e enfrentamento à violência pelo parceiro íntimo - Recife, Pernambuco, 2005-2006

| Variável | OR _{bruta} | OR _{ajustada} | IC (95%) | p-valor |
|---|---------------------|------------------------|-----------|---------|
| Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família deveriam intervir | | | | |
| Concorda | 2,25 (1,23-4,11) | 2,62 | 1,38-4,95 | 0,003 |
| Discorda | 1,00 | 1,00 | | |
| Escore da gravidade da Violência* | | | | |
| 1-30 | 1,09 (1,02-1,17) | 1,11 | 1,03-1,19 | 0,006 |
| Tempo de relacionamento | | | | |
| ≤ 4 anos e > 8 anos | 1,93 (0,88-4,34) | 2,55 | 1,17-5,56 | 0,018 |
| 5 a 8 anos | 1,00 | 1,00 | | |
| Idade da mulher | | | | |
| ≥ 25 anos | 1,49 (0,80-2,76) | 1,84 | 1,00-3,40 | 0,049 |
| < 25 anos | 1,00 | 1,00 | | |
| História de violência física na família de origem (mãe / irmãs) | | | | |
| Sim | 1,73 (0,94-3,20) | 1,82 | 0,99-3,34 | 0,054 |
| Não | 1,00 | 1,00 | | |

* Variável contínua, tipo de violência física x frequência, valores de 1 a 30.

6 DISCUSSÃO

Diversos estudos têm abordado a violência contra a mulher cometida pelo parceiro íntimo (AUDI et al., 2008; CASTRO & RUÍZ, 2004; D'OLIVEIRA et al., 2009; DOUBOVA et al., 2007; GARCIA-MORENO et al., 2006; HEISE et al., 1999; JANSSEN et al., 2003; PAZ, 2006; PORTELLA, 2008; SAGOT, 2000; SCHRAIBER et al., 2007; SILVA, 2009), entretanto, poucos têm estudado como as mulheres lidam e enfrentam essa situação (OMS, 2005).

O presente estudo descreveu e analisou as condutas adotadas pelas mulheres ao enfrentar a violência física cometida pelo parceiro íntimo. Assim, após o controle para fatores de confusão, as variáveis que mostraram associação estatisticamente significativa com o enfrentamento à VPI foram: a concordância com a intervenção de pessoas de fora da família na violência cometida pelo parceiro íntimo, a intensidade da violência medida pelo escore de gravidade, o tempo de relacionamento do casal, a idade da mulher e a história de violência física na família de origem dela (mãe e/ou irmãs).

Além disso, tem como vantagem, tratar-se de um estudo de base populacional, utilizando as questões sobre violência já validadas em estudos anteriores (OMS, 2005), permitindo que os resultados encontrados possam ser comparados com outros estudos. Por outro lado, agrega informações sobre o enfrentamento à VPI na perspectiva das mulheres, fornecendo dados que poderão contribuir para o planejamento de políticas públicas, programas e ações voltadas para a redução da violência contra as mulheres.

Embora as mulheres estudadas estivessem grávidas no momento da entrevista, as perguntas sobre o enfrentamento à VPI não se referiam a nenhum episódio ou período específico do relacionamento com o parceiro atual ou ex-parceiro. Desta forma, não foi possível investigar se a gravidez contribuiu ou dificultou o enfrentamento à VPI.

Das mulheres entrevistadas, 78,4% relatou ter tido alguma conduta de enfrentamento à VPI, resultado semelhante aos encontrados em outros estudos realizados no Brasil. Em Embu/SP, entre as mulheres que sofreram algum tipo de VPI, este valor foi de 72,4% (BRUSCHI et al., 2006), na Zona da Mata pernambucana de 76,1% e na cidade de São Paulo/SP de 78,5% (SCHRAIBER et al., 2002a). No âmbito internacional (OMS, 2005), as proporções variam de 34% em Bangladesh a 79% na Namíbia.

Apesar do constrangimento, sentimento de culpa e medo do agressor contribuírem para que muitas mulheres não relatem a situação de violência (SAGOT, 2000; PORTELLA, 2008; SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 2008), os resultados deste estudo revelaram que 74,9% das mulheres conversaram com alguém sobre a VPI. Falar sobre a violência para alguma pessoa é, em geral, o primeiro passo dado pelas mulheres para romper com o ciclo da VPI (SAGOT, 2000; GARCIA-MORENO, 2002; SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 2008).

Entretanto, familiares e amigos das mulheres muitas vezes silenciam diante da VPI, por naturalizarem a violência (OMS, 2005), por acreditarem ser assunto da esfera privada ou até mesmo por medo do agressor (SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 2008), mas é com eles que as mulheres mais conversam sobre a VPI (BRUSCHI et al., 2006; OMS, 2005; SAGOT, 2000; SCHRAIBER et al., 2005). Os resultados deste estudo assemelham-se aos encontrados na literatura (SAGOT, 2000; SCHRAIBER et al., 2002b; OMS, 2005; SCHRAIBER et al., 2005; BRUSCHI et al., 2006) ao demonstrarem que os pais (42%), amigo/amiga (31,6%) e irmão/irmã (21,2%) foram as pessoas com quem as mulheres mais conversaram sobre a VPI, reiterando a importância da rede⁵ social primária (FALEIROS, 2001) na vida dessas mulheres.

Contudo, das mulheres que relataram a sua situação de violência para alguma pessoa, 44,8% disseram não ter recebido qualquer tipo de ajuda. Este achado reforça o que foi verificado em diversos países (OMS, 2005) onde 34% a 59% das mulheres com história de violência física afirmaram não ter obtido ajuda das pessoas com quem conversaram. Esta ausência de ajuda de familiares e

⁵ Para FALEIROS (2001, p. 25) "rede é uma articulação de atores em torno [...] de uma questão ao mesmo tempo política, social, profundamente complexa e processualmente dialética".

amigos dificulta o caminho das mulheres em busca de apoio, uma vez que entre os diversos fatores que contribuem para que a mulher enfrente a VPI, está o apoio de familiares e amigos (SAGOT, 2000).

Mas é importante considerar a reflexão feita por Schraiber e colaboradores (2005), ao ponderar que existem diferentes formas de se buscar ajuda, sendo algumas tímidas e ambivalentes e entender que as “ações variam de acordo com as possibilidades particulares de quanta ajuda pode ser ofertada, bem como do tipo dessa ajuda”. Desta forma, ainda que muitas mulheres não recebam o apoio de familiares e amigos, seja porque eles têm medo, falta de informação ou por possuírem poucos recursos, é preciso compreender que algumas mulheres deixam seus parceiros e saem da situação de VPI sem o apoio deles (familiares e amigos) ou mesmo de serviços de apoio. Este fato, entretanto, não minimiza a importância da ajuda pessoal, pois tem sido evidenciada a relevância desse apoio até para que as mulheres busquem os serviços institucionalizados (SCHRAIBER et al., 2005).

Tanto a rede social primária, formada por familiares, vizinhos, pessoas amigas, conhecidas, colegas de trabalho, dentre outras, quanto à secundária, composta por profissionais e funcionários de instituições públicas ou privadas, organizações sociais, ONGs, grupos de mulheres, associações comunitárias (FALEIROS, 2001) podem contribuir para que as mulheres enfrentem a situação de VPI (GROSSI et al., 2008; HEISE et al., 1999; SCHRAIBER et al., 2005). Pois, como evidenciado na literatura (KRUG et al., 2002), muitas mulheres com história de VPI estão fadadas ao isolamento social, restringidas do convívio familiar e de amigos, tendo pouco acesso a informação e serviços que poderiam apoiá-las.

Apesar do elevado número de mulheres que conversaram sobre a sua situação de VPI, poucas são as que buscaram algum serviço de atendimento. A procura por um serviço pode ser para muitas mulheres o segundo passo na busca de romper o ciclo de violência (SAGOT, 2000), no entanto, muitas desconhecem a existência desses serviços, como também desconhecem seus direitos. Na amostra estudada, apenas 20,8% procuraram algum tipo de ajuda institucionalizada. No estudo multipaíses da OMS (2005), esta porcentagem variou de 5% em Bangladesh

(zona urbana) a 45% no Brasil (zona urbana) e na Etiópia (zona rural); na Zona da Mata pernambucana, esse valor foi de 21,9% (SCHRAIBER et al., 2005), semelhante ao encontrado neste estudo.

Ainda que a proximidade dos serviços em relação ao domicílio da mulher possa facilitar a busca por ajuda institucionalizada (NASCIMENTO-GOMES et al., 2010; SCHRAIBER et al., 2005), são diversos os fatores (internos e externos) que se inter-relacionam e que contribuem (ou não) para esta busca. A convergência entre a proporção de mulheres que demandaram aos serviços de atendimento, encontrada no presente estudo, com os valores obtidos para a Zona da Mata de Pernambuco (SCHRAIBER et al., 2005) e a semelhança entre aqueles obtidos para cidade de São Paulo e para a área rural da Etiópia (OMS, 2005) sugerem que não basta apenas ter serviços disponíveis e próximos. Tanto que as mulheres aqui estudadas, residentes na capital pernambucana, teoricamente com maior facilidade para chegar aos serviços de atendimento, procuraram algum tipo de ajuda institucionalizada com frequência semelhante às mulheres residentes na Zona de Mata de Pernambuco, que estavam distantes da capital, em locais que, na época, não possuíam DEAMs, e possuíam menor rede de serviços de apoio (SCHRAIBER et al., 2005). O certo é que a oferta desses serviços pode cooperar para a concretização do acesso aos direitos que cada mulher tem assegurado na Constituição Brasileira, na Lei Maria da Penha e nos acordos internacionais assinados pelo Brasil.

O reduzido número de mulheres que procurou ajuda institucionalizada reitera a importância da ampliação e fortalecimento de políticas públicas direcionadas à defesa dos direitos da mulher e da divulgação e ampliação da rede de serviços para o atendimento à mulher em situação de violência, que no Brasil tem se mostrado ainda bastante restrita (IBGE, 2010). Por outro lado, esse achado pode refletir a pouca credibilidade das mulheres com relação à resposta ofertadas pelos serviços de apoio.

No presente estudo, os serviços de atendimento mais procurados pelas mulheres foram polícia/delegacia, hospital/centros de saúde e instituição religiosa. Estes mesmos serviços também foram os mais procurados na pesquisa realizada na

Zona da Mata pernambucana (SCHRAIBER et al., 2005), mas em ordem inversa, ou seja, serviços de saúde, polícia/delegacia e instituição religiosa, respectivamente.

Assim como em outras pesquisas (BRUSCHI et al., 2006; OMS, 2005; SAGOT, 2000; SCHRAIBER et al., 2005), neste estudo, entre as mulheres que buscaram algum serviço de atendimento, a polícia/delegacia (57,6%) foi o mais procurado. Apesar disto, nem sempre as mulheres fazem uma avaliação positiva do atendimento recebido. Nos dez países estudados por Sagot (2000), entre os serviços citados pelas mulheres (saúde, jurídico-policial, educação, serviços estatais especializados no atendimento à mulher, instituições religiosas, ONGs voltadas para as mulheres e outras organizações comunitárias), o setor jurídico-policial foi o que ofereceu as piores respostas quando procurado. Resultado semelhante foi revelado por Schraiber e colaboradores (2005) na cidade de São Paulo/SP. Neste último, mulheres com histórico de VPI que haviam procurado serviços de atendimento, foram perguntadas se os recomendariam a uma irmã em situação de VPI e a delegacia de polícia comum foi a que apresentou a mais baixa frequência de indicação (48%). Os demais serviços tiveram indicação igual ou superior a 80%.

Estudo realizado por Villela e colaboradores (2011) em distritos policiais (São Paulo/SP) revelou que, além da precária estrutura física das delegacias, parte dos policiais entrevistados apresentou visões estereotipadas em relação às mulheres que procuraram os serviços, desconsiderando a importância dos casos de VPI. No presente estudo, não foi possível conhecer as respostas dadas pelos serviços procurados pelas mulheres, bem como, as formas de ajuda oferecidas pelas pessoas com quem as mulheres conversaram, pois o questionário utilizado, não enfocava esses aspectos. Assim, fica a lacuna quanto às formas de ajuda oferecidas às mulheres e a resposta dos serviços para as demandas das mulheres em situação de violência na população estudada.

As DEAMs foram procuradas por 23,7% entre as mulheres que procuraram algum serviço. Um percentual reduzido quando considerado que este serviço é voltado exclusivamente para o atendimento a esta demanda. Além dos diversos fatores que dificultam a busca das mulheres aos serviços oferecidos, há também um

número reduzido de DEAMs na Região Metropolitana do Recife (três: Recife, Jaboatão dos Guararapes e Paulista). Percentual ainda menor foi encontrado por Schraiber e colaboradores (2005) na cidade de São Paulo (13,7%) e na Zona da Mata pernambucana (0,5%).

Ademais da pouca procura às DEAMs, este estudo encontrou um limitado número (6,8%, entre as que procuraram algum serviço) das que relataram ter procurado alguma organização de mulheres para obter ajuda. Ainda que essas organizações tenham como público alvo as próprias mulheres e, muitas vezes, são as que melhor respondem através de apoio, informação e acompanhamento às suas demandas, seus serviços são pouco utilizados pelas mulheres (SAGOT, 2000; SCHRAIBER et al., 2005). Isso pode sugerir que além de poucas, essas organizações precisariam ser mais divulgadas, bem como os serviços oferecidos.

Em contrapartida, as instituições religiosas figuraram entre os três serviços mais procurados pelas mulheres estudadas que procuraram apoio institucional (25,4%), ainda que mais da metade (55,8%) tenha declarado ter alguma prática religiosa. Schraiber e colaboradores (2005) encontraram resultado semelhante na cidade de São Paulo/SP, onde as instituições religiosas também estiveram entre os três serviços mais procurados, superadas apenas pela polícia e serviços de saúde. Este dado é relevante, uma vez que essas instituições não têm como foco principal a questão da VPI, além de serem, em grande parte, dirigidas por homens e de legitimarem a subordinação das mulheres (GIDDENS, 2005). Dados como este instigam questionamentos como: o que faz essas mulheres buscarem tais instituições e como essas instituições têm respondido a tal demanda? Infelizmente poucas pesquisas têm abordado de maneira aprofundada o atendimento dos serviços (saúde, educação, justiça, segurança pública, instituições religiosas, ONGs, etc.) procurados pelas mulheres (KRUG et al., 2002; SCHRAIBER et al., 2005), sendo, este, inclusive, um dos limites do presente estudo.

Em consonância ao que a literatura tem apresentado (SAGOT, 2000; SCHRAIBER et al., 2005; GROSSI et al., 2008; PORTELLA, 2008), um serviço bastante procurado pelas mulheres foi hospital/centros de saúde (27,1%). Os serviços de

saúde têm sido utilizados pelas mulheres em situação de VPI para tratar das lesões decorrentes da violência (GARCIA-MORENO, 2002; PORTELLA, 2008; SAGOT, 2000), mas elas, geralmente, não relatam a real causa das suas lesões aos profissionais que as atendem (GARCIA-MORENO, 2002; PORTELLA, 2008). Na amostra estudada, apenas cinco mulheres disseram ter conversado com o médico/profissional de saúde sobre a VPI e destas, três disseram ter obtido alguma ajuda por parte desses profissionais.

Alguns estudos têm revelado o desejo das mulheres de serem perguntadas pelos profissionais de saúde sobre as agressões, maus-tratos e violência (GARCIA-MORENO, 2002; KRUG et al., 2002; PORTELLA, 2008), o que nem sempre tem ocorrido. Provavelmente, perguntar sobre violência, desde que de forma adequada, facilitaria a comunicação entre a mulher e o profissional de saúde, criando espaço para a escuta, acolhimento e encaminhamento dessas mulheres aos serviços apropriados (GARCIA-MORENO, 2002). Mas, muitos profissionais não são treinados para atuar frente a casos VPI e, assim, não se sentem preparados para abordar o problema (VILLELA et al., 2001; GARCIA-MORENO, 2002). Há também profissionais de saúde que não reconhecem a VPI como um problema do âmbito da saúde e outros receiam abordar o assunto, temendo por sua própria segurança (GARCIA-MORENO, 2002). Somando-se a isso, muitos profissionais de saúde não contam com uma rede de apoio para que possam referenciar as mulheres aos serviços especializados (VILLELA et al., 2001; GARCIA-MORENO, 2002), e outros se sentem fragilizados por também serem vítimas ou perpetradores da violência (VILLELA et al., 2001; GARCIA-MORENO, 2002).

Desta forma, é fundamental a oferta de uma rede articulada de serviços (saúde, polícia, justiça, assistência psicossocial) que apóie, acolha e dê os encaminhamentos necessários às mulheres vítimas da VPI, bem como, que estes serviços possuam profissionais comprometidos com a qualidade do atendimento e capacitados quanto à compreensão da complexidade do fenômeno que é a violência contra a mulher.

Por outro lado, ainda que a VPI tenha consequências para a saúde psicológica, física, sexual e reprodutiva das mulheres (DURAND & SCHRAIBER, 2007; HEISE et al., 1999; KRUG et al., 2002; MENEGHEL et al., 2003; OMS, 2005), na população estudada, 70,1% das mulheres disseram que a violência não afetou a sua saúde física ou mental, sugerindo que as muitas mulheres não relacionam de forma direta sintomas e/ou os problemas de saúde à violência sofrida. Perceber tais prejuízos pode contribuir para que as mulheres tenham uma postura mais afirmativa em relação ao enfrentamento à VPI. Talvez por isto, na população estudada, não foi encontrada associação entre a percepção das mulheres entrevistadas sobre o dano à saúde resultante da violência e o enfrentamento.

Diversos estudos (SAGOT, 2000; OMS, 2005; SCHRAIBER et al., 2005; BRUSCHI et al., 2006; SILVA, 2009) têm demonstrado que quanto maior a gravidade da violência, mais as mulheres procuram serviços que possam apoiá-las ou, no caso dos serviços de saúde, tratar das suas lesões. São muitas as mulheres vítimas da violência considerada grave. Nos países pesquisados pela OMS (2005), a proporção de mulheres que tiveram parceiro íntimo alguma vez na vida e que sofreram violência física grave variou de 4% no Japão a 49% no Peru, mas na maioria dos países, esta estimativa alcançou valores entre 15% e 30%. Resultado parecido foi encontrado por Bruschi e colaboradores (2006) em Embu/SP, onde 22,1% das mulheres com relatos de VPI afirmaram ter sofrido violência na sua forma mais grave. Mais da metade (52%) das mulheres entrevistadas neste estudo relataram a violência na sua forma mais grave. Percentual ainda mais alto foi revelado por Schraiber e colaboradores (2002b), quando 78% das mulheres vítimas da violência física pelo parceiro íntimo relataram episódios graves de violência.

Todavia, no presente estudo, a gravidade da violência, categorizada como proposto pela OMS (2005), não se mostrou associada ao enfrentamento à VPI, talvez devido ao reduzido número da amostra estudada. Em contrapartida, o escore da gravidade da violência, que considerou tipo da violência sofrida e frequência de episódios, se mostrou fortemente associado ao enfrentamento à VPI. Estes achados sugerem que as mulheres buscam romper com a situação de violência quando sofrem episódios mais graves e contínuos de violência pelo parceiro íntimo.

Mesmo que para este estudo, não tenha sido considerado como enfrentamento à VPI, chama a atenção o número de mulheres que revidou fisicamente ou reagiu para se defender da violência cometida pelo seu parceiro. Os resultados mostram que 85,2% das mulheres afirmaram ter revidado alguma vez a violência sofrida, porcentagem considerada elevada quando comparada aos resultados da pesquisa realizada pela OMS sobre violência contra a mulher (2005), que oscilou de 6% em Bangladesh a 79% no Brasil (São Paulo/SP) e dos resultados obtidos por Schraiber e colaboradores (2005), que encontrou 63,1% na Zona da Mata pernambucana. Apesar de ser um ato também violento, o que poderá gerar mais violência entre o casal, não se sabe se o intuito da mulher era agredir o parceiro íntimo, se defender da violência ou, ainda, delimitar espaço na relação violenta. Geralmente, as mulheres que mais revidam, são aquelas que sofrem a violência considerada mais grave (OMS, 2005).

Outra ação das mulheres foi sair de casa, mesmo que somente por uma noite, por causa da violência. No presente estudo, 32,1% das mulheres deixaram sua casa e destas, 5,9% não retornaram. Em estudo realizado pela OMS (2005), a proporção de mulheres que deixou suas casas ao menos por uma noite oscilou de 19% em Bangladesh (zona rural) a 51% no Brasil (Zona da Mata de Pernambuco). Nos estudos (OMS, 2005) que investigaram os motivos alegados pelas mulheres para sair de casa, os principais motivos referidos foram: não suportar mais a violência, estar muito machucada ou o medo de que o parceiro a matasse. Estes também foram os motivos alegados pelas mulheres para a busca por alguma ajuda, em estudo realizado por Schraiber e colaboradores (2005). Os motivos apresentados pelas mulheres para sair de casa e também, para a busca por ajuda, sugerem que muitas mulheres adotam essas atitudes após a violência chegar ao seu estágio mais grave, ou seja, no “segundo estágio” do ciclo da violência (SAGOT, 2000; SCHRAIBER et al., 2005). São diversos os motivos que fazem com que as mulheres retornem às suas casas e à convivência com o parceiro agressor. Neste estudo, muitos dos motivos citados estão em concordância com o “terceiro estágio” do denominado “ciclo da violência” (SAGOT, 2000; SCHRAIBER et al., 2005), onde o parceiro se arrepende, pede desculpas e o casal retoma a relação.

Apesar da VPI ainda ser considerada por muitas mulheres, familiares, amigos e a sociedade em geral como assunto da esfera privada (BRUSCHI et al., 2006; NASCIMENTO-GOMES et al., 2010; PORTELLA, 2008; SCHRAIBER et al., 2005), várias entrevistadas neste estudo concordaram que pessoas de fora da família deveriam intervir na situação de VPI. Na amostra estudada, 46,3% das mulheres responderam afirmativamente a esta questão e esta variável esteve fortemente associada ao enfrentamento à VPI. Talvez o elevado percentual (78,4%) das mulheres estudadas que procuraram de alguma maneira enfrentar à VPI, seja conversando com alguém ou procurando algum serviço, contribua para explicar a concordância expressa por grande parte das mulheres com a intervenção de pessoas de fora da família. As mulheres que disseram concordar com esta intervenção possuem 2,62 vezes mais chance de enfrentar a VPI, quando comparadas àquelas mulheres que discordavam de tal intervenção. O que demonstra, mais uma vez, a importância do apoio das redes sociais (primária e secundária) enquanto estratégia de empoderamento destas mulheres no enfrentamento à VPI (GROSSI et al., 2008; HEISE et al., 1999; SCHRAIBER et al., 2005), bem como a atuação efetiva do sistema de justiça no enfrentamento da questão. Outro achado que sugere a importância de um suporte mais efetivo por parte do aparelho de estado, no sentido de garantir a segurança e possibilitar a reinserção das mulheres na vida social àquelas que buscam sair da situação de violência, consiste na frequência com que elas retornam, após abandonarem a casa e alguns dos motivos alegados para tal.

Conversar sobre a VPI com familiares e amigos (BRUSCHI et al., 2006; OMS, 2005; SAGOT, 2000; SCHRAIBER et al., 2005), querer ser perguntada sobre a violência nos serviços de saúde (GARCIA-MORENO, 2002; KRUG et al., 2002; PORTELLA, 2008), procurar serviços que possam apoiá-la (BRUSCHI et al., 2006; NASCIMENTO-GOMES et al., 2010; OMS, 2005; SAGOT, 2000; SCHRAIBER et al., 2005) e concordar com a intervenção de pessoas de fora da família na situação de VPI, parece sugerir que as mulheres procuram uma contribuição externa para ajudá-las no processo de enfrentamento. Mas essa contribuição deverá respeitar sempre a autonomia das mulheres quanto às suas decisões e ações quando do enfrentamento, respondendo sempre com qualidade, comprometimento e responsabilidade às demandas delas.

Estudos têm revelado que mulheres com mais idade estão mais expostas à VPI (KRONBAUER & MENEGHEL, 2005; PORTELLA, 2008), em outros, foram as mais jovens que apresentaram uma maior frequência (SAGOT, 2000; MENEZES et al., 2003; OMS, 2005). Neste estudo, ainda que predominem mulheres mais jovens na população estudada, as mulheres com idade igual ou superior a vinte e cinco anos (≥ 25 anos) apresentaram 1,84 vezes mais chance de ter alguma conduta de enfrentamento à VPI, quando comparadas às com idade inferior aos vinte e cinco anos. Esta associação talvez sugira que os episódios de VPI ao longo dos anos façam com que as mulheres com mais idade, saturadas da violência e com acúmulo de experiência de vida, tenham menos tolerância à VPI e, assim, apresentem mais condutas de enfrentamento.

O tempo de relacionamento do casal também esteve associado ao enfrentamento à VPI, ou seja, mulheres com quatro anos ou menos de relacionamento ou com mais de oito anos (≤ 4 anos e > 8 anos) mostraram 2,55 vezes mais chance de ter alguma conduta para o enfrentamento. Mais uma vez, o tempo de relacionamento pode contribuir para o enfrentamento. É possível que mulheres com vínculos mais frágeis (menor tempo de relacionamento) com seus parceiros talvez tenham mais facilidade em decidir romper com a situação. Por outro lado, aquelas com relacionamentos mais antigos e mais tempo de exposição à violência, tolerem menos a violência e acabem adotando com mais frequência atitudes de enfrentamento à VPI.

Ter experiência de violência na família de origem tem sido identificado como um fator associado à prevalência de VPI na vida das mulheres (CASTRO & RUÍZ, 2004; OMS, 2005; AUDI et al., 2008; D'OLIVEIRA et al., 2009; SILVA et al., 2009; SILVA, 2009). Na população estudada, além das mulheres terem sofrido violência por parte dos parceiros, muitas delas também sofreram violência na infância por algum familiar (52,7%), na adolescência (33,6%) e, além disso, presenciaram na infância a mãe ser agredida pelos parceiros (47,6%) além de terem irmãs (60%) vítimas da VPI. Ter presenciado ou sofrido violência na infância pode contribuir para a aceitação da mesma (sendo vítima ou agressora) na vida adulta (SILVA et al., 2009). Apesar disto, resultados do presente estudo mostraram que para algumas mulheres a história de

violência física na família (mãe e/ou irmãs) de origem pode aumentar a chance de a mulher enfrentar à VPI. Dentre as mulheres que tiveram alguma conduta de enfrentamento, a proporção das que tinham história de violência física na família de origem foi quase 10% maior do que aquelas que não tinham. E mais, as mulheres com história de violência física cometida por parceiro íntimo na família de origem (contra a mãe ou irmã) possuem 1,82 vezes mais chance de enfrentar a VPI, quando comparadas às sem história de VPI na família de origem.

Numa sociedade onde o poder exercido pelo homem é valorizado e a desigualdade existente na relação entre homens e mulheres é naturalizada, é compreensível, embora não aceitável, que os homens sintam-se donos de suas companheiras. Neste estudo, apenas 8,5% das mulheres não reportaram comportamento controlador por parte dos seus parceiros. Ficar zangado se elas conversam com outro homem, insistir em saber onde a mulher está o tempo todo, impedir que ela visite os amigos, foram alguns dos comportamentos citados pelas mulheres com experiências de VPI. Para além de sentirem-se donos, os homens violentos também tendem a reduzir a rede social primária das mulheres, deixando-as muitas vezes isoladas como forma de impedir que seus atos violentos sejam revelados, como também para dificultar a saída das mulheres da relação violenta (KRUG et al., 2002). Aqui, mais uma vez reiteramos a importância dos serviços de saúde, uma vez que entre os comportamentos restritivos dos homens, o menos citado pelas mulheres (13,4%) foi o pedido de permissão ao parceiro antes de procurar um serviço de saúde para ela mesma. Então, se os homens violentos tentam restringir o contato das mulheres às suas redes sociais (amigos e familiares), os serviços de saúde aparecem como oportunidade para que estas mulheres encontrem uma porta aberta para o acolhimento, acompanhamento e encaminhamento aos serviços que lhe tratem como sujeito de direitos em busca do seu reconhecimento enquanto cidadã.

7 CONCLUSÃO

Este estudo revelou que apesar do silêncio que permeia a violência doméstica e especialmente a VPI, as mulheres buscam formas de lidar com a violência e enfrentá-la. A elevada proporção de mulheres que tiveram alguma conduta de enfrentamento à VPI (78,4%) possibilita conjecturar que esta forma de violência vem alcançando um maior reconhecimento por parte das mulheres e maior visibilidade pelos seus familiares, amigos e sociedade em geral.

Pais, amigo / amiga e irmão / irmã foram as pessoas mais procuradas pelas mulheres, reforçando a importância da rede social primária para o enfrentamento à VPI. Entre os serviços de apoio procurados, destacaram-se as delegacias de polícia comum, os hospitais / centros de saúde e as instituições religiosas.

Todavia, menos da metade das mulheres declarou concordar (46,3%) com a possibilidade de intervenção de pessoas de fora da família quando da ocorrência de VPI. Isto sugere que a VPI para muitas mulheres, ainda se constitui em assunto da esfera privada.

O percentual ainda mais reduzido (20,8%) de mulheres que procurou alguma ajuda institucionalizada alerta para a necessidade do fortalecimento de políticas públicas, com a expansão e divulgação de redes de serviços de atendimento, capacitação de profissionais e a melhoria da infraestrutura dos serviços na perspectiva de qualificar o atendimento às mulheres em situação de violência. Este resultado sugere a necessidade de outras investigações que visem conhecer as razões que levam as mulheres a não procurarem os serviços de atendimento ou, ao procurá-los, não relatarem a violência sofrida.

Apesar de muitas mulheres terem revelado episódios graves de VPI (52%) e da literatura apresentar inúmeras conseqüências deste tipo de violência para a saúde física e/ou mental das mulheres, a grande maioria das entrevistadas (70,1%) não relacionou a violência aos danos à saúde.

O elevado número de mulheres (91,5%) que relatou comportamento restritivo por parte do parceiro íntimo reitera a VPI como uma violência de gênero, onde se reproduz relações de poder.

A concordância com a intervenção de terceiros externos a família, a maior gravidade da violência sofrida, ter um tempo menor (≤ 4 anos) ou maior (> 8 anos) de relacionamento com o parceiro, ter idade maior ou igual a 25 anos e ter história de violência física na família de origem (mãe / irmãs) foram fatores que se mostraram associados a maior chance da mulher ter condutas para o enfrentamento da VPI.

Estudos posteriores são necessários para conhecer e avaliar as respostas dos serviços procurados pelas mulheres, contribuindo assim, para conferir maior efetividade às ações e serviços voltados à redução da violência contra a mulher.

REFERÊNCIAS

AUDI, C.A.F. et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados, **Revista Saúde Pública**, Ano 5, n. 42, p. 877-85, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em: 17 jun. 2010.

BRASIL. 10ª Conferência Nacional de Saúde. **A violência contra a mulher é também uma questão de saúde pública** [on line] 1997. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/violencia_contra_mulher.htm> Acesso em: 16 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 737**, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Publicada no DOU n. 96, SEÇÃO 1e – de 18/05/2001.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.340**, de 7 de agosto de 2006. Brasília, DF: Casa Civil, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm> Acesso em: 12 mar. 2010.

BRUSCHI, A. et al. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida da vida. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 256-264, 2006.

CASTRO, R.; RUÍZ, A. Prevalência y severidade de la violencia contra mujeres embarazadas, México. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 38, n. 31, p. 62-70, 2004.

DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria**, v. 25, suplemento 1, p. 9-21, Abril 2003.

D' OLIVEIRA, A.F.P.L. et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n.2, p. 299-310, 2009.

DOUBOVA (DUBOVA), S. V. et al. Violência de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, Agosto 2007.

DURAND, J.G.; SCHRAIBER, L.B. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 10, n. 3, Setembro, 2007.

ELLSBERG, M.; HEISE, L.; PEÑA, R.; AGURTO, S.; WINKVIST, A. **Researching Domestic Violence Against Women: Methodological and Ethical Considerations**. *Studies in Family Planning*. 2001; 32:1–16.

ELLSBERG, M.; PEÑA, R.; HERRERA, A.; LILJESTRAND, J.; WINKVIST, A. **Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua**. *Soc Sci Med*. 2000; 51(11):1595-610.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2001.

GARCIA-MORENO, C. *Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women*. **Lancet**, 359 (9316):1509-1514, 2002..

GARCIA-MORENO, C.; JANSEN, H.A.F.M.; ELLSBERG, M.; HEISE L.; WATTS C.H. *Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence*. **Lancet**, 2006; 368 (9543):1260-1269.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. Porto Alegre: Artmed, 4ª edição, 2005.

GOMES, R. A Dimensão Simbólica da Violência de Gênero: uma discussão introdutória. **Athenea Digital**, 14, 237-243. Disponível em:
<<http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/520/442>
> Acesso em: 15 abr. de 2010.

GROSSI, P.K.; TAVARES, F.A.; OLIVEIRA, S.B.. **A rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica: avanços e desafios**. *Athenea digital* – n. 14: 267-280. 2008.

HARTIGAN, Pamela. La OPS enfoca el problema de la violencia contra la mujer. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 1997.

HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A., 1994. **Violencia contra la Mujer: La Carga Oculta sobre la Salud**. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, 1994.

HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. **Ending violence against women**. Population Reports, Séries L, n 11. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, Dec. 1999.

HEISE, L.; GARCIA-MORENO, C. **Violência perpetrada por parceiro íntimo**. In: **KRUG, E.G. et al., eds. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002. p 89-122.

IBGE. **Resultados do universo do censo 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>>. Acesso em: 03 abr. 2010.

IBGE. **Pesquisa de Informações Básicas Municipais: Perfil dos Municípios Brasileiros 2009**. Maio 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1612&id_pagina=1> Acesso em: 12 jun. de 2010.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=pe&tema=pnad_2009>. Acesso em: 13 fev. 2011.

JANSSEN P. A. et al. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: A population-based study. **American Journal Obstetrics Gynecology**. Volume 188, Number 5, 2003, p 1341-1347.

JEWKES, R. Violence against women III - Intimate partner violence: causes and prevention. **Lancet**, Vol. 359, p 1423-1429, 2002.

KLEIN, C.H. e BLOCH, K.V. **Estudos Seccionais**. In: Epidemiologia – 2ª edição. Roberto de Andrade Medronho, Editora Atheneu, São Paulo, 2009. cap. 10, p 193-219.

KRONBAUER, J. F. D. e MENEGHEL, S. N.. **Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro**. Revista Saúde Pública vol. 39 nº 5 São Paulo Outubro, 2005.

KRUG, E.; DAHLBERG, L.; MERCY, J.; ZWI, A.; LOZANO, R. (eds) **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002.

MENEGHEL, S.; BARBIANI, R.; STEFFEN, H.; WUNDER, A.P.; ROSA M.D.; ROTERMUND, J. et al. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. **Caderno Saúde Pública**, vol. 19, p. 109-18, 2003.

MENEGHEL, S.N (Org.). **Rotas críticas: mulheres enfrentando a violência**. Editora Unisinos, 2007.

MENEGHEL, S.N; HENNINGTON, E.A. A rota crítica das mulheres no Brasil – Aspectos preliminares do estudo em São Leopoldo. In: **Rotas críticas: mulheres enfrentando a violência**. São Leopoldo: Unisinos, 2007.

MENEGHEL, S.N.; VIAL, S.R.M. Rotas críticas: mulheres enfrentando as violências. **Athenea Digital**, vol. 14, p. 199-213, 2008. Disponível em: <<http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/533>. > Acesso em: 05 maio 2010.

MENEZES TC; AMORIM MMR; SANTOS LC; FAÚNDES A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, v. 25, p. 309-316, 2003.

MINAYO, M. C. de S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 3, p. 646-647, 2004.

MINAYO, M. C. de S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. (Coleção Temas em Saúde).

NASCIMENTO-GOMES, F.S. et al. **A difícil denúncia de casos de violência contra a mulher em contextos rurais**. Trabalho apresentado ao VIII Congresso Latino-americano de Sociologia Rural, Porto de Galinhas, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Viena: ONU, 1948. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php Acesso em: 12 jan. 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher**. Resolução nº 34/180 da Assembleia Geral da ONU. Genebra: ONU, 1979.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração da II Conferência Internacional de Direitos Humanos**. Viena: ONU, 1993.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher** “Convenção de Belém do Pará”. OEA, Belém do Pará: 1994. Disponível em: <<https://www.cidh.oas.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>> Acesso em: 15 mar. 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe**. Ginebra: OMS, 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario**. Ginebra; Washington D. C.: OPS, 1998.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen**. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., 2002.

PAZ, Alcieros Martins. **Violência por parceiro íntimo contra mulheres grávidas do Programa de Saúde da Família do Distrito Sanitário II, Recife. 2006**. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

PERNAMBUCO. Ministério público. **Lei Maria da Penha: o Ministério Público e o combate à violência doméstica e familiar contra a mulher**. Recife: Procuradoria Geral de Justiça, 2007.

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

SACRAMENTO, L. de T.; REZENDE, M. M. Violências: lembrando alguns conceitos. **Aletheia**, dez. 2006, n. 24, p.95-104. ISSN 1413-0394.

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

SAFFIOTI, H.I.B. **Gênero, patriarcado, violência.** (Coleção Brasil Urgente). São Paulo: Perseu Abramo, 2004.

SAGOT, M. **La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (Estúdio de caso de diez países).** Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud e Desarrollo, OMS, 2000.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.L.P. **Violência contra mulheres:** interfaces com a Saúde. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 3, n. 5, 1999.

SCHRAIBER, L.B. et al. **WHO: Multi Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women, Brazil.** São Paulo: FMUSP, 2002a. (Relatório de pesquisa para a WHO).

SCHRAIBER, L.B.; D' OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANÇA-JUNIOR, I.; PINHO, A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n.4, p. 470-7, 2002b.

SCHRAIBER, L.B. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface:** Comunicação, Saúde, Educação, v. 7, n12, p. 41-54, 2003.

SCHRAIBER, L.B.; D' OLIVEIRA, A.F.P.L.; FALCÃO, M.T.C.; FIGUEIREDO, W.S. **Violência dói e não é direito.** A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: UNESP, 2005.

SCHRAIBER, L.B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, Outubro, 2007.

SCHRAIBER, L.B.; D' OLIVEIRA, A.F.P.L. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. **Athenea Digital**, 14, 229-236, 2008. Disponível em:
<<http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/536>>
Acesso em: 17 maio 2010.

SCHRAIBER, L.B.; D' OLIVEIRA, A.F.P.L. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. **Athenea Digital**, n. 14: p. 229-236, 2008. Disponível em:
<<http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/536>>
Acesso em: 12 maio 2010.

SCHRAIBER, L.B.; D' OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S205-S216, 2009.

SCHRAIBER, L.B. et al. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4: p. 658-666, 2010.

SCOTT, J. **Gênero: Uma Categoria Útil para a Análise Histórica**. Recife, SOS CORPO, 1995.

SILVA, Elisabete Pereira. **Violência no pós-parto: outra face da violência contra a mulher**. 234 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

SILVA, M. A. et al. Maus-tratos na infância de mulheres vítimas de violência. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 14, n 1, p. 121-127, jan./mar., 2009.

TELES, M.A. de A.; MELO, M. **O que é violência contra a mulher**. São Paulo: Brasiliense, 2003 (Coleção primeiros passos).

VILLELA, W. V. et al. Ambiguidades e Contradições no Atendimento de Mulheres que sofrem Violência. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 113-123, 2011.

ANEXO A

**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 [][] MÊS [][] ANO [2][0][0][] |
| NOME DA ENTREVISTADORA | _____ | _____ | _____ | ENTREVISTADORA [] |
| RESULTADO*** | _____ | _____ | _____ | RESULTADO [][] |
| PRÓXIMA VISITA HORA DATA LOCAL | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | | NÚMERO TOTAL DE VISITAS [] |
| QUESTIONÁRIO COMPLETADO? | *** CÓDIGOS DOS RESULTADOS A mulher recusou-se01 Especificar: _____ A mulher não estava em casa...02 A mulher adiou a entrevista03 A mulher está incapacitada.....04 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. Eu não vou deixar escrito seu nome ou o seu endereço. 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 três entrevistas. A primeira, no início da gravidez. A segunda, um mês antes da data prevista para o parto e a terceira, 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 entrevistada

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 | |
| 112 | Quando você nasceu (dia, mês e ano)? | Dia [][] Mês [][] Ano [][][][] | |
| 113 | Quantos anos você fez no seu último aniversário? | Anos completos [][] | |
| 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 | |
| 118 | Você sabe ler e escrever? | 01.Sim 02.Não 89. Não quis responder | |
| 119 | Você já freqüentou a escola? | 01.Sim 02.Não ⇒ passe para Q.121 89. Não quis responder ⇒ passe para 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. Secundário/Técnico ____ Ano 04. Universitário Incompleto __ Ano..... 05. Universitário completo __ Ano 88. Não aplicável 89.Não quis responder Nº de anos de instrução [][] | |
| 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 | |

| SEÇÃO 5 – PARCEIRO ATUAL OU MAIS RECENTE | | |
|---|---|---|
| ANTES DE COMEÇAR A SEÇÃO 5 CHEQUE O ESTADO MARTIAL 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 [][] |
| 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 frequentou 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 |
| 511 | Seu marido / companheiro usa / já fez uso de bebidas alcoólicas? | 01. Sim, bebe 02. Não ⇒ passe para Q.515 03. Sim, mas deixou de beber 89. Não quis responder ⇒ passe para 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 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 via 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 99. Não quis responder |

| | | | |
|-----|--|---|--|
| 515 | Seu marido / companheiro usa / já usou drogas? | 1. Sim 2. Não ⇒ passe p/ Q.517 3. Não quis informar ⇒ passe para Q.517 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 para Q.519 99. Não sabe ⇒ passe para Q.519 | |
| 518 | Nos últimos doze meses de relacionamento, isto nunca aconteceu: | 1. NUNCA 2. UMA OU DUAS VEZES 3. ALGUMAS VEZES (DE 3 A 5) 4. MUITAS VEZES (MAIS DE 5) 88. Não aplicável 99. Não sabe | |

| SEÇÃO 6 - ATITUDES COM RELAÇÃO AOS PAPÉIS DE GÊNERO | | | |
|---|---|---|--|
| | Nesta comunidade e em outros locais, as pessoas têm idéias diferentes sobre as famílias e sobre o que constitui um comportamento aceitável para homens e mulheres em casa. Vou ler uma lista de afirmações e gostaria que você me dissesse se você concorda ou discorda das afirmações. Não há respostas certas ou erradas. | | |
| 601 | Uma boa esposa obedece a seu marido mesmo que discorde dele | 1. CONCORDA 2. DISCORDA 3. NÃO SABE | |
| 602 | Os problemas familiares devem ser discutidos apenas com pessoas da família. | 1. CONCORDA 2. DISCORDA 3. NÃO SABE | |
| 603 | É importante para o homem mostrar à sua esposa / companheira quem é que manda. | 1. CONCORDA 2. DISCORDA 3. NÃO SABE | |
| 604 | Uma mulher deve escolher seus próprios amigos mesmo quando seu marido não concorda. | 1. CONCORDA 2. DISCORDA 3. NÃO SABE | |
| 605 | É obrigação da esposa manter relações sexuais com seu marido mesmo quando não estiver com vontade. | 01. CONCORDA 02. DISCORDA 03. NÃO SABE | |
| 606 | Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família deveriam intervir. | 01. CONCORDA 02. DISCORDA 03. NÃO SABE SABE | |
| 607 | Na sua opinião, um homem tem boas razões para bater em sua esposa se: | <u>SIM</u> <u>NÃO</u> <u>Não sabe</u> | |
| | a) Ela não realiza os trabalhos domésticos de forma satisfatória para ele. | 01 02 08 | |
| | b) Ela o desobedece. | 01 02 08 | |
| | c) Ela se recusa a manter relações sexuais com ele. | 01 02 08 | |
| | d) Ela pergunta se ele tem outras namoradas. | 01 02 08 | |
| | e) Ele suspeita que ela é infiel. | 01 02 08 | |
| | f) Ele descobre que ela tem sido infiel. | 01 02 08 | |
| 608 | Na sua opinião, uma mulher casada pode recusar-se a manter relações sexuais com seu marido se: | <u>SIM</u> <u>NÃO</u> <u>Não sabe</u> | |
| | a) Ela não quer. | 01 02 08 | |
| | b) Ele está bêbado. | 01 02 08 | |
| | c) Ela está doente. | 01 02 08 | |
| | d) Ele a maltrata | 01 02 08 | |

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

ANTES DE COMEÇAR A SEÇÃO 7 CHEQUE O ESTADO MARTIAL 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?

| 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> |
|-----|---|------------|------------|-----------|
| | a) Tenta impedir que você visite/veja seus amigos. | 01 | 02 | 89 |
| | b) Procura restringir o seu contato com sua família. | 01 | 02 | 89 |
| | c) Insiste em saber onde você está o tempo todo. | 01 | 02 | 89 |
| | d) A trata com indiferença. | 01 | 02 | 89 |
| | e) Fica zangado se você conversa com outro homem. | 01 | 02 | 89 |
| | f) Está frequentemente suspeitando que você seja infiel. | 01 | 02 | 89 |
| | g) Espera que você peça permissão a ele antes de procurar um serviço de saúde para você mesma. | 01 | 02 | 89 |
| | h) Impede/tentou impedir você de trabalhar. | 01 | 02 | 89 |
| | i) Impede/tentou impedir você de estudar. | 01 | 02 | 89 |

| 706 | Durante essa gravidez o seu atual marido / companheiro / namorado atual, alguma vez, tratou você da seguinte forma: | 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 um 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 |

| SEÇÃO 8 – OUTRAS EXPERIÊNCIAS | | | |
|-------------------------------|---|--|--|
| | Em suas vidas, muitas mulheres vivenciam diferentes experiências com familiares, por outras pessoas conhecidas e/ou por estranhos. Gostaria de lhe perguntar a respeito de algumas dessas situações. | | |
| 801 | <p>Desde seus 15 anos, <u>outra pessoa que não seja</u> o seu companheiro atual ou namorado alguma vez, já bateu ou agrediu você fisicamente? Não inclua as agressões que aconteceram na gravidez atual ou em outra gravidez.</p> <p>Se SIM, quem fez isso com você? _____</p> <p>EXPLORE: Talvez um ex-marido ou namorado? Alguém da família? Talvez alguém na escola ou no trabalho? Um amigo ou vizinho? Um estranho ou uma outra pessoa?</p> | <p>1. NINGUÉM</p> <p>2. EX – MARIDO / COMPANHEIRO / NAMORADO</p> <p>3. PAI</p> <p>4. PADRASTO</p> <p>5. MÃE</p> <p>6. MADASTRA</p> <p>7. DESCONHECIDO</p> <p>8. OUTRA PESSOA: _____</p> <p>89. Não quis responder</p> | |
| 802 | Quando era criança, você apanhava regularmente ou era agredida fisicamente por alguém de sua família? | <p>1. Sim</p> <p>2. Não</p> <p>89. Não quis responder</p> | |
| 803 | Quando você era criança, sua mãe era agredida fisicamente pelo seu pai (ou pelo marido dela, ou namorado)? | <p>1. Sim</p> <p>2. Não</p> <p>88. Não quis responder</p> <p>99. Não sabe</p> | |
| 808 | <p>Alguma (s) de sua (s) irmã (s) já foram agredidas fisicamente ou apanhava pelo marido / companheiro dela (s)?</p> <p>Se SIM, EXPLORE: quantas irmãs?</p> | <p>Números de irmãs agredidas [][]</p> <p>88. Não Aplicável</p> <p>88. Não quis responder</p> <p>99. Não Sabe '99'</p> <p>Nenhuma '00'</p> | |

| SEÇÃO 9 – IMPACTO E ENFRENTAMENTO | | |
|-----------------------------------|---|---|
| | <p>Eu gostaria de fazer perguntas sobre o que geralmente acontecia quando seu marido / companheiro era violento. CHECAR NO BOX D se ela sofreu violência física.</p> <p>CASO TENHA RELATADO MAIS DE UM PARCEIRO VIOLENTO, ACRESCENTAR QUE AS QUESTÕES REFEREM-SE AO ÚLTIMO OU MAIS RECENTE PARCEIRO AGRESSOR.</p> | |
| 903 | <p>Durante as vezes em que você foi agredida, você alguma vez revidou fisicamente ou reagiu para se defender?</p> <p>Você diria que isto aconteceu diria que isto aconteceu</p> | <p>1. NUNCA 2. 1 OU 2 VEZES 3. ALGUMAS VEZES 4. MUITAS VEZES 5. O TEMPO TODO 89. Não quis responder</p> |
| 905 | <p>Você diria que a violência do seu marido / companheiro contra você afetou / está afetando sua saúde física ou mental?</p> <p>EXPLORE: afetou sua saúde um pouco ou muito?</p> | <p>1. NÃO AFETOU 2. UM POUCO 3. MUITO 89. Não quis responder</p> |
| 906 | <p>Com quem você conversou sobre a violência física sofrida?</p> <p>EXPLORE: Alguém mais?</p> <p>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</p> | <p>1. Ninguém 2. Amigo / amiga 3. Pais 4. Irmão ou irmã 5. Família do marido / companheiro 6. Filhos 7. Vizinhos 8. Policial 9. Médico / Profissional de saúde 10. Padre / Líder religioso 11. Psicólogo 12. Organização de mulheres 13. Líder local. 14. Outros _____ 89. Não quis responder</p> |
| 907 | <p>Alguém já tentou ajudá-la?</p> <p>Se SIM, quem?</p> <p>ASSINALE TODOS QUE SE APLICAM.</p> <p>EXPLORE: Alguém mais?</p> | <p>1. Ninguém 2. Amigo / amiga 3. Pais 4. Irmão ou irmã 5. Família do marido / companheiro 6. Filhos 7. Vizinhos 8. Policial 9. Médico / Profissional de saúde 10. Padre / Líder religioso 11. Psicólogo / Aconselhador. 12. Organização de mulheres 13. Líder local. 14. Outros _____ 89. Não quis responder</p> |

| | | | | | |
|-----|--|---|---|--|--|
| 908 | <p>Você já foi a algum dos seguintes serviços para obter ajuda?</p> <p>(LEIA E ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Polícia / Delegacia 2. Hospital ou Centros de Saúde 3. Serviços Sociais 4. Serviços Jurídicos / Advogado 5. Tribunal / Juizado 6. Abrigo 7. Líder local 8. Organização de Mulheres 9. Padre / Líder religioso 10. Delegacia de Defesa da Mulher – DDM 11. Mais algum lugar? Onde? _____ | <p><u>SIM</u></p> <p>01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01</p> | <p><u>NÃO</u></p> <p>02 02 02 02 02 02 02 02 02 02 02</p> | <p><u>NR</u></p> <p>89 89 89 89 89 89 89 89 89 89 89</p> | |
| 909 | <p>Você já saiu de sua casa, mesmo que somente por uma noite, por causa da violência?</p> <p>Se SIM, quantas vezes?</p> | <p>Número de noites [] []</p> <p>Nunca00 <input type="checkbox"/> passe p/ Q.1001</p> <p>89. Não quis responder</p> <p>88. Não se aplica</p> | | | |

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.

| | | | |
|------|---------------------------------|---|--|
| 1004 | Você é | <ol style="list-style-type: none"> 1. EMPREGADA 2. TRABALHA POR CONTA PRÓPRIA ⇒ passe p/ Q.1006 3. EMPREGADORA ⇒ passe para Q.1006 4. APOSENTADA ⇒ passe para Q.1006 5. DONA DE CASA ⇒ passe para Q.1006 6. ESTUDANTE ⇒ passe para Q.1006 7. DESEMPREGADA ⇒ passe para Q.1006 8. OUTROS _____ | |
| 1008 | Você tem alguma fonte de renda? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Não ⇒ passe para Q. 1010 2. Ocupação principal 3. Outra ocupação 4. Pensão 5. Benefício 6. Aposentadoria 7. Aluguel 8. Outras: _____ | |

| SEÇÃO 11 – COMPLEMENTO | | | |
|--|--|--|--|
| 1101 | Agora terminamos esta primeira entrevista. Você tem algum comentário ou gostaria de acrescentar alguma outra coisa? | | |
| | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | | |
| 1102 | Conversamos a respeito de coisas muito difíceis. Como você se sentiu, durante a entrevista, conversando sobre estas coisas? | 1. Bem / Melhor 2. Mal / Pior 3. Igual / Não fez diferença | |
| 1103 | Você concordaria em nos receber novamente (<i>nas próximas semanas</i>) para esclarecer alguma questão, caso seja necessário? | 1. Sim 2. Não | |
| 1104 | Finalizando, gostaríamos de confirmar com você a possibilidade da realização de mais uma entrevista, a ser agendada para mais ou menos três meses depois do seu parto. | 1. Sim 2. Não | |
| <p><u>VERSÃO 1 - CASO A ENTREVISTADA TENHA INFORMADO PROBLEMAS / VIOLÊNCIA</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><u>VERSÃO 2 - CASO A ENTREVISTADA NÃO TENHA INFORMADO PROBLEMAS / VIOLÊNCIA</u></p> <p>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</p> <p>Caso você ouça falar de outra 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.</p> | | | |
| 1204 | Registrar a hora do término da entrevista | Horas..... [][] (24 horas) Minutos.....[][] | |

ANEXO B

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 027/2005-CEP/CCS

Recife, 28 de fevereiro de 2005.

Ref. Protocolo de Pesquisa n.º 303/2004-CEP/CCS

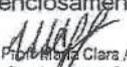
Título "Violência na gravidez: Determinantes e conseqüências para saúde reprodutiva, saúde mental e resultados."

Senhor (a) Pesquisador (a):

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco CEP/CCS/UFPE registrou e analisou, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epigrafe aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 28 de fevereiro de 2005.

Ressaltamos que ao pesquisador responsável deverá apresentar relatório, em 30/ 10/ 2005.

Atenciosamente,


 Prof.ª Maria Clara Albuquerque
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa CCS/UFPE

A
Profa. Ana Bernarda Ludimir
Dep. Medicina Social CCS/UFPE