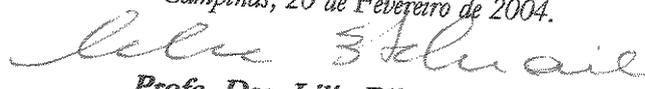


ANDREA FELICISSIMO FERREIRA

*Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de
Mestre em Saúde Coletiva.*

Campinas, 20 de Fevereiro de 2004.



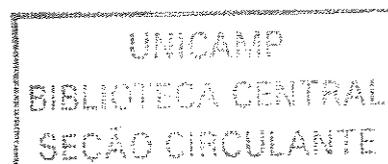
Profa. Dra. Lília Blina Schraiber
Orientadora

MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA:

**Magnitude E Repercussões No Uso De Serviços Em Unidades
Básicas De Saúde Do Setor Público Do Município De São Paulo**

CAMPINAS

2004



ANDREA FELICISSIMO FERREIRA

MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA:

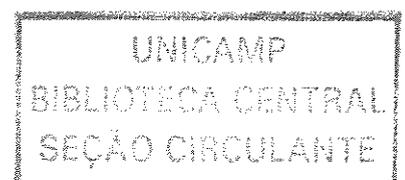
**Magnitude E Repercussões No Uso De Serviços Em Unidades
Básicas De Saúde Do Setor Público Do Município De São Paulo**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva*

ORIENTADOR: PROF. FRA. LILIA BLIMA SCHRAIBER

CAMPINAS

2004



UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	T/UNICAMP
	F413m
V	EX
TOMBO BC/	63716
PROC.	16 P.00076.05
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	11,00
DATA	13/05/05
Nº CPD	821612352997

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

F413m

Ferreira, Andrea Felicissimo

Mulheres em situação de violência: magnitude e repercussões no uso de serviços em unidades básicas de saúde do setor público do município de São Paulo / Andrea Felicissimo Ferreira. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Lilia Blima Scraiber

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Violência – aspectos sociais. 2. Violência – aspectos psicológicos. I. Lilia Blima Schraiber. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Profa. Dra. Lilia Blima Schaiber

Membros:

1. Profa. Dra. Maria da Graça Garcia Andrade

2. Profa. Dra. Ana Flávia Lucas Pires de Oliveria

3.

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 05/11/2003

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho as mulheres que incentivaram,
incentivam e incentivarão minha trajetória Lourdes,
Altina e Mariana*

À Prof. Lilia Blima Schraiber pelo carinho, dedicação e confiança depositados em mim ao longo deste processo de aprendizagem.

Às Professoras Dra. Maria da Graça Garcia Andrade e Ana Flávia Lucas Pires de Oliveira pelas contribuições na banca de qualificação.

Às pesquisadoras do projeto *Ocorrência de violência doméstica*: Márcia, Marta e Karina. A Heloisa pelo companheirismo dos tempos do aprimoramento à coleta dos dados em campo.

À Adriana um agradecimento especial pela solicitude e amizade desde a coleta de dados dos prontuários até o desenrolar da análise do material noite à fora.

Aos professores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, cujas disciplinas introduzira-me nas questões da saúde coletiva. Em especial à prof.^a Maria da Graça Garcia Andrade, pelas contribuições metodológicas. À Leoci e demais funcionários da Secretaria de Pós-graduação, pelo apoio administrativo recebido.

À CAPES, pela bolsa concedida do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva

Aos funcionários do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em especial Ricardo Góes.

Aos meus colegas de Mestrado em especial Ana Lúcia Carletti, Carlos Ventriglia e Luciana.

Aos “parceiros” dos serviços de saúde e, principalmente as mulheres entrevistadas sem os quais este projeto não seria viável.

Às amigas Mariza e Andiara pela paciência nas ansiedades do cotidiano

À Regina, Odair, Ana Claudia e Lourdes pelo apoio logístico

Ao Edu e Carlos Alberto, pelo incentivo e carinho com que ouviam minhas inquietações

Ao Marcelo, por acreditar neste projeto, pelo companheirismo, carinho e abnegação.

	PÁG.
RESUMO	<i>xxix</i>
ABSTRACT	<i>xxxiii</i>
CAPÍTULO 1- INTRODUÇÃO	37
CAPÍTULO 2- VIOLÊNCIA E SAÚDE DA MULHER	51
2.1- A violência contra a mulher como problema para a Saúde Pública.....	53
2.2- Definição do problema: da violência contra a mulher e relações de gênero às mulheres em situação de violência.....	57
2.3- Prevalência de violência por parceiro íntimo e os impactos na saúde.....	67
2.3.1- Uso de serviços.....	80
CAPÍTULO 3 – OBJETIVOS	85
3.1- Geral.....	87
3.2- Específicos.....	87
CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA	89
4.1- População e desenho do estudo.....	91
4.2- O trabalho de campo.....	94
4.2.1- Entrevista com usuárias e o instrumento “questionário”.....	97
4.2.2- Leitura de prontuários e o instrumento “ficha de leitura”.....	101
4.3- Análise dos Dados.....	103
4.4- Aspectos éticos da pesquisa.....	104

CAPÍTULO 5 – RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	105
5.1- Caracterização dos serviços estudados.....	107
5.2- Caracterização da amostra de usuárias do Município de São Paulo.....	111
5.2.1- Características sócio-demográficas das usuárias do MSP.....	111
5.2.2- Características reprodutivas das usuárias do MSP.....	116
5.3- Perfil do uso de serviços entre usuárias do MSP.....	118
5.4- Prevalência de mulheres em situação de violência por parceiro íntimo na vida.....	124
5.5- Violência e serviços.....	133
5.5.1- Visibilidade/invisibilidade da violência nos registros de prontuários.....	133
5.5.2- Violência e uso de serviços.....	137
5.6- Uso reiterado dos serviços de saúde.....	144
CAPÍTULO 6– CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	151
CAPÍTULO 7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	155
ANEXOS.....	165

	<i>PÁG.</i>
Tabela 1- Distribuição do tempo médio de usuárias (em anos) segundo os sítios de pesquisa do município de São Paulo, 2001.....	119
Tabela 2- Total de comparecimentos na vida, número médio, mediano de comparecimentos aos serviços por ano de vida de usuária segundo os sítios de pesquisa do município de São Paulo, 2001....	120
Tabela 3- Total de consultas na vida, número médio, mediano de consultas aos serviços por ano de vida de usuária segundo os sítios de pesquisa do município de São Paulo, 2001.....	121
Tabela 4- Total de consultas na vida, número médio, mediano de consultas aos serviços por ano de vida de usuária segundo atividade assistencial de ginecologia nos sítios de pesquisa do município de São Paulo, 2001.....	122
Tabela 5- Total de consultas na vida, número médio, mediano de consultas aos serviços por ano de vida de usuária segundo atividade assistencial de outras consultas médicas nos sítios de pesquisa do município de São Paulo, 2001.....	122
Tabela 6- Prevalência de violência psicológica, física e sexual por parceiro ou ex-parceiro alguma vez na vida entre as usuárias de serviços do MSP, 2001.....	125
Tabela 7- Distribuição dos episódios de violência física por parceiro ou ex-parceiro sofrido pelo menos uma vez na vida segundo o grau de severidade entre as usuárias de serviços do MSP, 2001.....	129

Tabela 8-	Distribuição da média e mediana de comparecimentos (uso) aos serviços segundo usuárias que relataram ou não violência por parceiro ou ex-parceiro entre usuárias do município de São Paulo, 2001.....	138
Tabela 9-	Distribuição da média e mediana de comparecimentos (uso) aos serviços entre usuárias que relataram ou não violência física por parceiro ou ex-parceiro segundo sítios de pesquisa do município de São Paulo, 2001.....	139
Tabela 10-	Distribuição média e mediana de comparecimentos (uso) aos serviços entre usuárias que relataram ou não violência sexual por parceiro ou ex-parceiro segundo sítios de pesquisa do município de São Paulo, 2001.....	140
Tabela 11-	Distribuição média e mediana de comparecimentos (uso) aos serviços entre usuárias que relataram ou não violência física e/ou sexual por parceiro ou ex-parceiro segundo sítios de pesquisa do município de São Paulo, 2001.....	140
Tabela 12-	Distribuição da média e mediana de consultas (uso) aos serviços entre usuárias que relataram ou não violência física por parceiro ou ex-parceiro segundo atividade de atendimento entre usuárias do município de São Paulo, 2001.....	141
Tabela 13-	Distribuição da média e mediana de consultas (uso) aos serviços entre usuárias que relataram ou não violência sexual por parceiro ou ex-parceiro segundo atividade de atendimento entre usuárias do município de São Paulo, 2001.....	142
Tabela 14-	Distribuição da média e mediana de consultas (uso) aos serviços entre usuárias que relataram ou não violência física e/ou sexual por parceiro ou ex-parceiro segundo atividade de atendimento entre usuárias do município de São Paulo, 2001.....	143

Tabela 15-	Distribuição das usuárias freqüentes e as de freqüência dentro do usual entre os sítios de pesquisa dos serviços do município de São Paulo, 2001.....	145
Tabela 16-	Distribuição do grau de severidade dos episódios de violência física e/ou sexual por parceiro ou ex-parceiro sofrido pelo menos uma vez na vida entre as usuárias frequentes e as de freqüência dentro do usual dos serviços do MSP, 2001.....	148

	PÁG.
Figura 1- A diferença entre violência de gênero e violência intra familiar.....	63
Figura 2- Sobreposição de casos de violência física, sexual e psicológica por parceiro ou ex-parceiro alguma vez na vida entre 558 usuárias de serviços do MSP, 2001.....	127

	<i>PÁG.</i>
Gráfico 1- Distribuição dos casos de violência física, psicológica e sexual por parceiro ou ex-parceiro alguma vez na vida entre usuárias dos serviços do MSP, 2001.....	125
Gráfico 2- Distribuição da frequência dos episódios de violência física por parceiro ou ex-parceiro alguma vez na vida entre usuárias dos serviços do MP, 2001.....	130
Gráfico 3- Distribuição da frequência dos episódios de violência psicológica por parceiro ou ex-parceiro alguma vez na vida entre usuárias dos serviços do MSP, 2001.....	131
Gráfico 4- Distribuição da frequência dos episódios de violência sexual por parceiro ou ex-parceiro alguma vez na vida entre usuárias dos serviços do MSP, 2001.....	131
Gráfico 5- Distribuição da frequência dos episódios de violência física e sexual por parceiro ou ex-parceiro alguma vez na vida entre usuárias dos serviços do MSP, 2001.....	132
Gráfico 6- Distribuição da frequência dos episódios de violência física por parceiro ou ex-parceiro alguma vez na vida entre usuárias frequentes e as de frequência dentro do usual dos serviços do MSP, 2001.....	146
Gráfico 7- Distribuição da frequência dos episódios de violência sexual por parceiro ou ex-parceiro alguma vez na vida entre usuárias frequentes e as de frequência dentro do usual dos serviços do MSP, 2001.....	147
Gráfico 8- Distribuição da frequência dos episódios de violência física e/ou sexual por parceiro ou ex-parceiro alguma vez na vida entre usuárias frequentes e as de frequência dentro do usual dos serviços do MSP, 2001.....	147

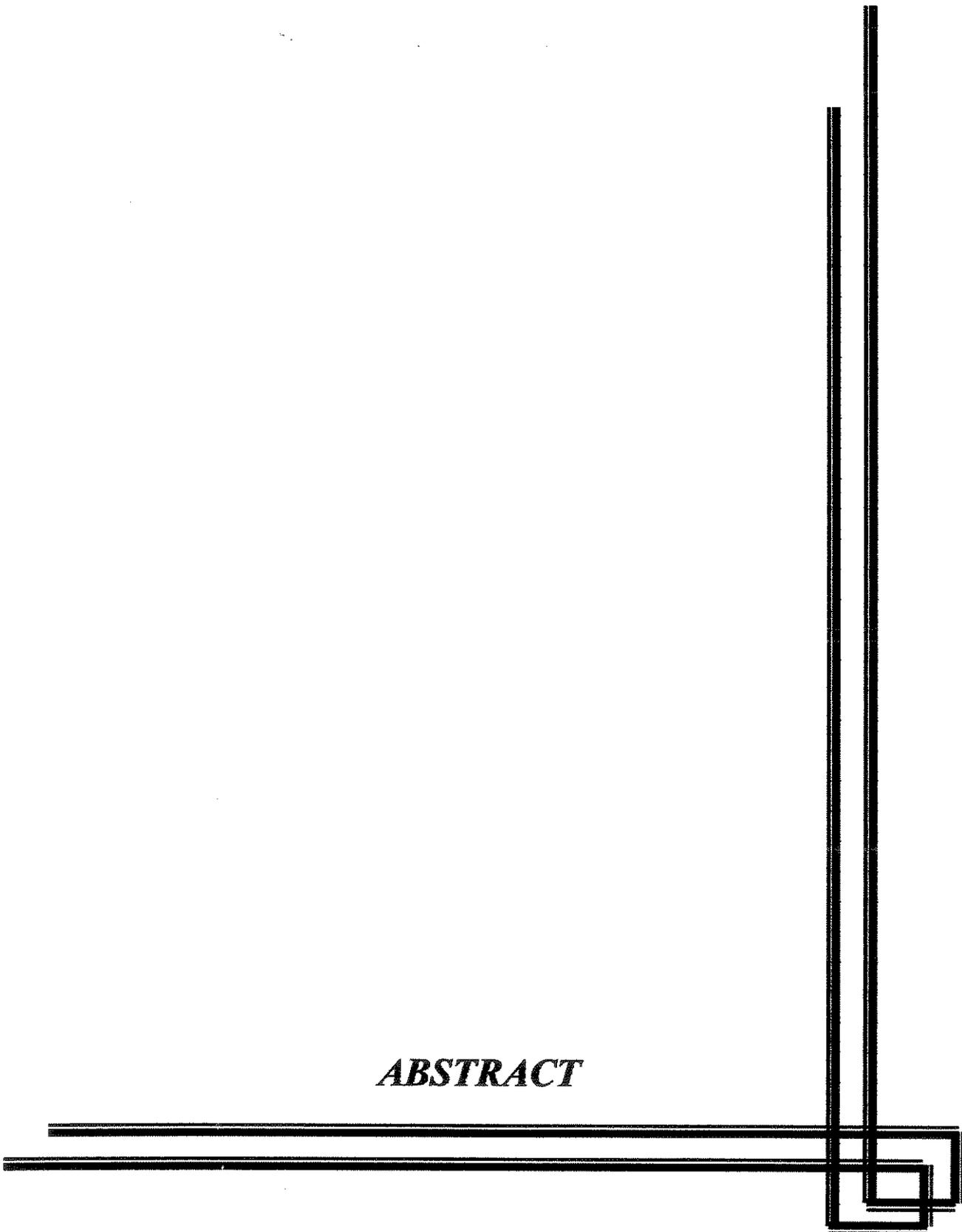
	<i>PÁG.</i>
Quadro 1- Exemplos de violências contra as mulheres ao longo da vida.....	60
Quadro 2- Prevalência de violência por parceiro íntimo em países selecionados.....	69
Quadro 3- Carga de saúde global estimada por condicionantes selecionados em mulheres de 15 a 44 anos de idade.....	76
Quadro 4- Conseqüências da violência para a saúde das mulheres.....	79
Quadro 5- Amostra prevista e realizada de entrevistas com usuárias do município de São Paulo, 2001.....	93
Quadro 6- Sítios de pesquisa, serviços e aplicação de questionários por serviço da pesquisa maior.....	107
Quadro 7- Características da assistência dos serviços do MSP, 2001.....	110
Quadro 8- Características dos registros de prontuários dos serviços do MSP, 2001.....	136

RESUMO

O problema da Violência contra a mulher é um fenômeno mundial e de grande magnitude. E, que têm merecido maior visibilidade a partir dos anos 90 na área da saúde embasado pela constatação de que a violência contra a mulher está associada a um maior risco para diversos agravos à saúde. Em especial, a violência doméstica tem-se demonstrado como um fenômeno freqüente de caráter insidioso e de cronicidade que tem repercussões em termos de saúde física, mental e reprodutiva. A consequência disto é um aumento de demandas aos serviços de saúde. Nossa hipótese é a de que a prevalência de violência por parceiro íntimo é alta; o registro em prontuários é muito baixo e, que as mulheres em situação de violência tendem espontaneamente a procurar e usar mais os serviços de saúde. Neste sentido, O presente trabalho tem por objetivo caracterizar o perfil de uso de serviços entre usuárias de 15 a 49 anos, do sistema público de saúde do Município de São Paulo, que relataram ou não violência por parceiro íntimo. A metodologia utilizada foi a técnica de pesquisa quantitativa com aplicação de entrevista estruturada com 1008 usuárias de 08 serviços de saúde do município. Foi realizado também o levantamento dos registros médicos (prontuários) das entrevistadas. A prevalência de violência por parceiro psicológica, física e /ou sexual encontrada foi de 57,7% entre aquelas que estavam casadas ou tinham companheiro à época da entrevista. Embora a prevalência de violência seja alta o registro em prontuários é mínimo, foram encontrados 03 anotações em prontuário entre os 977 analisados. O tempo médio de usuária (em anos) nos serviços foi de 2,4 e o número médio de consultas na unidade foi de 4,42 consultas/ ano de vida de usuária. Uma análise preliminar aponta, que o uso de serviços por mulheres em situação de violência para esta população especificamente se mostrou aumentado em relação aquelas sem episódios de violência. Contudo a população usuária de serviços de atenção primária da rede pública tem dificuldade de acessar o serviço visto pelo tempo médio de uso.

Palavras-chave: Violência – aspectos sociais; violência – aspectos psicológicos.

ABSTRACT



FERREIRA, A.F. Women in situation of violence: magnitude and repercussion in the user of primary care public health services of the Município de São Paulo Campinas, 2003. Dissertation Mater's - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

The problem of violence against women has been a world phenomenon and of high magnitude to. And it has deserved more studies in the 90's in the health area based on the knowledge that violence against women is associated to health risks. Intimate partners violence among all kinds of violence has been the most harmful in terms of physical, mental and reproductive health. According to this there has occurred a higher demand to health services. Our hypothesis is that the prevalence of violence perpetrated by intimate partners is very high; the records are very low in dossiers and the women in situation of violence spontaneously tend to use and look for these services. In this sense our study aims to characterize the people of these services according to users from 15-49 years old, of the Município de São Paulo public health service who have related or not violence by intimate partners. The methodology used was the technique of quantitative research through interviews structured with 1008 users of 08 health services. According to doctors inquiries and through the users interviews. The prevalence of violence by partners –psychological, physical and/or sexual found was of 57,7% among those who were married or who had an intimate partner by the time of the interviews. Although being high the prevalence of violence recorded in dossiers just 03 remarks were registered in these among the 977 analysed samples. The average time the users looked for these services was of 2,4 and the average number of appointments was of 4,42 appointments / user age. One first analyses points out that services used by women in situation of violence to this specific population has increased compared to those without any episode of violence. Nevertheless firstly the users population to primary care in public health services have found some difficulties on accessing them according to the average time of use.

Key words: Violence – social aspect; violence- psychological aspects.

CAPÍTULO 1
INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher atinge parcela importante da população e repercute de forma significativa sobre a saúde das pessoas fundamentalmente, pelo crescente número de mortes e traumas a ela associados. A violência contra a mulher é uma questão de grande magnitude e, que tem ganhado maior destaque tanto na mídia como em diversos organismos governamentais que têm tentado elaborar políticas para enfrenta-la.

Por ser a violência contra a mulher “um fenômeno extremamente complexo, com raízes profundas nas relações de poder baseadas no gênero, na sexualidade, na auto-identidade e nas instituições sociais” (HEISE, 1994: 41) é que existem sérias dificuldades para se conhecer a dimensão global deste problema, principalmente, por ser uma questão considerada do mundo privado e individual. Apesar disso, é através dos movimentos sociais nas duas últimas décadas que o assunto vem ganhando maior visibilidade e passa a ser tratado como um problema de políticas públicas. Primeiramente, foi referenciado para as áreas da segurança e justiça. E posteriormente, a partir dos anos 90, é que a questão da violência contra a mulher e violência doméstica, em particular, vem sendo remetida também à área da saúde pública.

Retomando a questão do público versus privado, é no Brasil da década de 80, que o movimento feminista abre discussão sobre a violência contra a mulher como questão de direitos humanos, tendo como precursoras Betty Friedan nos Estados Unidos e Simone de Beauvoir na Europa dos anos 50 (D’OLIVEIRA, 2000).

Observou-se, no Brasil, desde os primeiros anos da década de 80, uma consolidação do movimento feminista em torno à violência e a saúde da mulher, enquanto uma de suas principais bandeiras era proporcionar maior visibilidade¹ à questão da violência física e sexual cometida contra as mulheres. Fato este que culminou com ampla divulgação pelas mortes de mulheres de classe média assassinadas por seus companheiros ou ex-companheiros. Foi na época da morte de Ângela Diniz, que se assistiu pela primeira vez manifestações contra a impunidade dos homicídios conjugais - para casos que até então

¹ “Visibilidade é um termo comumente utilizado para referir-se ao surgimento da violência contra a mulher como uma questão para a sociedade. Ressaltamos aqui que não queremos, com isso, expressar a idéia de que havia já uma violência imemorial, que somente agora foi descoberta. Entendemos que a violência contra a mulher é uma questão construída historicamente, e a campanha por sua “visibilidade” aponta para isso” (D’OLIVEIRA, 1997).

eram mantidos sob sigilo dos lares, colocando a questão da violência contra a mulher na ordem do dia. O “slogan” do movimento de mulheres “quem ama não mata” foi utilizado como bandeira para protestar e fazer pressão sistemática para a solução dos casos perante a justiça, para evitar a absolvição ou a atenuação dos crimes. Isto porque a própria justiça acobertava os maridos que matavam suas esposas com a justificativa do caráter “passional” do crime, com base na alegação pelos advogados de defesa de “legítima defesa da honra”. O discurso vigente na época utilizava a pena do réu em detrimento da conduta moral da vítima, ou seja, a própria vítima era incriminada pela sociedade por “denegrir os bons costumes”, denunciando, assim, a impunidade para os atos de violência conjugal, não tidos como crime na ocasião, mas que, hoje, ganha este tratamento.

É através de intensa mobilização que o movimento passa a requerer que os crimes cometidos nas relações de casal tenham um tratamento equivalente aos crimes de mesma natureza ocorridos entre desconhecidos, defendendo que os direitos deveriam ser iguais para todos (D'. OLIVEIRA, 2000)

A partir desse momento, o problema da violência contra a mulher em uma de suas formas mais frequentes, a violência conjugal - até então mantida em segredo no mundo do privado - passa a ser uma discussão de âmbito público e intervenções começam a ser propostas. Neste período várias iniciativas foram idealizadas no sentido de dar apoio às mulheres, instaurando a situação de violência como questão assistencial - em especial as vítimas de violência doméstica, uma vez que o assassinato era o ato último de uma escala de violência conjugal que começava com o espancamento - por grupos feministas em diversas cidades do país: - COMISSÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER (posteriormente, SOS-MULHER), no Rio de Janeiro; SOS-MULHER, em São Paulo e Porto Alegre; CENTRO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER, em Belo Horizonte e SOS AÇÃO-MULHER, em Campinas. Estes serviços tiveram grande dificuldade e precariedade institucional. Mas cumpriram seu papel de dar notoriedade à violência de gênero, que segundo VERARDO (1997), “*sempre foi tratada com descaso pela sociedade patriarcal*”. Outros avanços em termos de políticas sociais foram o Centro de referência casa Eliane de Grammont e a casa-abrigo Helenira Resende (a primeira assassinada pelo companheiro e a segunda pela ditadura militar) para

atender mulheres em situação de risco, implantados pela Coordenadoria Especial da Mulher da Prefeitura de São Paulo, na gestão da então prefeita Luiza Erundina, nos anos 90.

Na época o Estado pressionado pelo movimento feminista pensando em políticas públicas para lidar com o problema cria, em 1985, a 1ª delegacia de defesa da mulher (DDM)², no estado de São Paulo, idealizada para atender uma demanda que já havia se formado. Considerado um avanço na área, as DDMs contavam com equipe devidamente treinada, com funcionárias mulheres, e capacitadas para acolher os crimes contra a mulher, dando grande visibilidade à questão. Uma das justificativas para a viabilidade das DDMs era a questão da desqualificação - no sentido do não reconhecimento da violência contra a mulher e violência doméstica como um problema pertinente, dentre outros tantos problemas “mais importantes” que as delegacias de polícia têm para resolver³. Também os maus tratos recebido pelas mulheres em situação de violência nas delegacias comuns, foi uma questão, além de ter como finalidade aumentar o número de denúncias e punições à violência contra a mulher, dando-lhe visibilidade. Este foi considerado um programa inovador que depois serviu de referência para outros países (SCHRAIBER & D’OLIVEIRA, 1999; TAVARES, 2000).

Neste mesmo ano de 1985, foram criadas 69 unidades, e hoje em dia, só no Estado de São Paulo são 125 DDMs 09 delas na capital. No Estado de São Paulo estão concentradas 40,70% de todas as DDMs do país. Ao todo existem 307 unidades em várias unidades da federação brasileira. Embora tenha havido um aumento significativo no número de DEAMs, este não cobre sequer 10% dos municípios brasileiros, por exemplo, as

² São utilizados os termos Delegacia Especializada no atendimento às mulheres (DEAM) e Delegacia de Defesa da mulher (DDM) quando se referem à delegacia da mulher (CNDM, 2000 & CLADEM/UNIFEM, 2003). Este último DDM é utilizado no Estado de São Paulo.

³ Cabe comentar, que, ainda hoje, as DEAMs são instituições renegadas ao segundo plano pois, inseridas em uma corporação na qual a prestação de qualquer serviço não policial é visto como ponto negativo, como demérito à eficácia e eficiência da delegacia. Mesmo tendo se passado quase 20 anos após a criação da primeira delegacia de defesa da mulher, estas são vistas na estrutura policial como “*uma entidade policial de aspecto pouco policial, mas social. Diante do quadro violento que assola o país (homicídio, roubo, etc.) a violência doméstica acaba sendo encarada como algo secundário na escala de valores a serem considerados quanto às prioridades*” ainda “*ela é vista como órgão que dá apoio assistencial. A maioria dos casos apurados pelas DDMs são crimes de menor potencial ofensivo e os DPs trabalham com casos de maior gravidade*”. Estes depoimentos foram extraídos da fala de delegadas que participaram de pesquisa sobre a situação das DEAMs no país (CNDM, 2000).

regiões Sul (16%) e Sudeste (61%) juntas reúnem 77% das delegacias do país, por sua vez, as regiões Norte-Nordeste e Centro Oeste juntas detêm somente 24% do total de delegacias. Muitos estados do país contam com apenas uma única DEAM: Acre, Alagoas, Roraima e Ceará, entre outros (CLADEM/UNIFEM, 2003).

Ainda que um conjunto de serviços voltados para o atendimento à mulher “vítima” de violência tenham sido criados também nos anos 80: as casas-abrigo, os Conselhos Estaduais, Nacionais e Municipais, os centros de referência, entre outros, as DDMs constituíram-se, como resposta “simbolicamente” imediata em termos de políticas públicas no combate à violência contra as mulheres e especialmente à violência conjugal.

No entanto, não é demais ressaltar, sem entrar no mérito da discussão, uma vez que não faz parte da proposta deste trabalho, que a grande dificuldade ao tentar aplicar a lei nos casos de violência doméstica se dá em virtude da natureza do conflito, uma vez que se tratam de conflitos entre pessoas que se conhecem, que compartilham de algum vínculo de natureza emocional, que mantêm ou mantiveram relação conjugal, uma relação de intimidade, à qual é difícil aplicar a noção de crime. Isto é, pela ótica da justiça toda a queixa é passível de ser enquadrada como crime, mas do ponto de vista dessas mulheres recorrer a instituição delegacia/justiça é uma forma de retomar a reciprocidade rompida, é um respaldo legal que pode ser usado como argumento na negociação conjugal: nem tanto com o intuito de apenar o agressor – para as quais a solução prisional é muito traumática e pouco eficiente. O objetivo das mulheres é o de romper, ao menos temporariamente, o ciclo de violência no qual estão inseridas. Esta lógica é verificada pela constatação de um estudo específico, realizado na cidade do Rio de Janeiro que demonstrou ser a retirada da queixa algo em torno de 70% dos registros. Conforme BRANDÃO (1996), a retirada da queixa um procedimento comum, é resultado da influência mútua das “vítimas”, hesitantes em criminalizar penalmente o parceiro, com as policiais, que acabam também desqualificando a demanda das mulheres, por perceber nas queixas situações mais de cunho “psicológico” e “social”.

É inegável a importância de políticas públicas do ponto de vista legal e policial, constatado através do aumento significativo de denúncias que elas propiciaram. Por exemplo, em 1999, foram registradas 263.702 ocorrências de violência contra a mulher só

no Estado de São Paulo. Entre estas houve 58.940 casos de lesões corporais dolosas, 42.173 ameaças, 12.940 “vias de fato”, 1.833 estupros, 4.603 agressões de caráter sexual (CLADEM/UNIFEM, 2003). Dados da Fundação Seade sobre Ocorrências Policiais e Número de Inquéritos Policiais de Lesões corporais dolosas registrados nas Delegacias de Defesa da Mulher para a Região Metropolitana de São Paulo no ano de 2001 ilustram a discussão feita anteriormente sobre a retirada da queixa: foram registradas 14556 ocorrências de lesões corporais e foram instaurados 773 inquéritos, para o ano de 2002 este número foi de 15908 ocorrências e 790 inquéritos instaurados, evidenciando não só um aumento dos casos de violência contra a mulher como uma discrepância entre o número de ocorrências e a instauração de inquérito. Cabe, pois o seguinte questionamento, a retirada da denúncia e de arquivamento de processo no âmbito judicial se deve apenas às situações de ambivalência entre levar à frente a denúncia contra o parceiro ou não? Ou também ao descrédito da estratégia polícia/judiciário?

Neste sentido se tomarmos como base o número mínimo de 411.213 notificações (B.O) apresentadas às DEAMs para o ano de 1999 em todas as unidades da federação Brasileira, e compararmos estes dados com o número de inquéritos instaurados (23.266) e/ou encaminhados à justiça (26.127), constata-se que, em média, somente 6% delas transformam-se em processos investigativos que são encaminhados à justiça. Conclui-se, a partir daí, que a maior parte das denúncias apresentadas às DEAM são resolvidas nos tribunais especiais criminais (167.503 notificações transformaram-se em Termos Circunstanciados de Ocorrências – TCO em 1999). A respeito deste, aqui se enquadram os crimes com maior número de notificações de violência contra a mulher, lesão corporal (113.727) e ameaça (107.999), tomando-se por base dados de 1999. Estes crimes são considerados de menor potencial ofensivo e por isso são enquadrados pela lei 9.099/95, registrados em forma de TCO que define o encaminhamento da queixa apresentada para os tribunais especiais criminais, cujo objetivo, entre outros, é apenar os réus com penas alternativas. Sabe-se, contudo, que esta forma legal acaba por “incentivar” a violência nas relações amorosas, na medida em que a punição imputada pelos tribunais especiais para estes casos limita-se à prestação de trabalhos comunitários ou à distribuição de cestas básicas – pagas muitas vezes pelas próprias mulheres. A crítica nesta direção enfatiza o caráter “mercantilista” entre a punição e atos violentos, a banalização da violência, a

sensação de impunidade, a reincidência e o benefício ao agressor em detrimento da integridade física, moral e em termos de saúde das mulheres em situação de violência doméstica (CNDM, 2000). Em face deste quadro, cabe, pois, destacar que a impunidade continua, muitos processos não são instaurados, poucos chegam ao julgamento e o número de condenados é ínfimo (D'OLIVEIRA, 2000).

Há aqui duas passagens importantes, que valem a pena comentarmos, quando a mulher decide dar queixa, já tem uma história acumulada de agressões, portanto não é a primeira agressão que desencadeia a tomada de decisão de prestar queixa e, pode não ser esta a que lhe causou dano físico mais sério. Geralmente a demora em tomar esta atitude decorre de vários fatores. Pois bem, 1º como já comentamos ela presta denúncia por entender que a instituição polícia é um locus de “comunicação” a princípio para romper este ciclo de violências e retomar a ordem do lar, muitas vezes movida pelos mesmos sentimentos que fizeram com ela demorasse na tomada de uma decisão de prestar denúncia: depender financeiramente do marido/companheiro; ter medo da reação deste; por dó do marido “que é bom pai”; só “fica violento quando bebe”; e ainda, por vergonha de ser vista socialmente como uma espancada. É neste contexto de ambigüidades que pode haver a retirada da queixa (denúncia).

Vale ressaltar que em pesquisa por inquérito populacional no Município de São Paulo em 2163 domicílios e 1172 mulheres entrevistadas de 15 a 49 anos, foram encontradas prevalência de 27% de mulheres com violência conjugal do tipo física ao menos uma vez na vida. Para estas quando perguntadas o motivo para sair de casa ou para retornar a casa, os principais motivos para saída foram: 53,8% não agüentava mais, 14,1% estava muito machucada e 8,5% pela ameaça de morte. Dentre as razões para ter retornado para casa: (35,2%) amava o companheiro, 24,1% achou que ele iria mudar e 22,2% pelo bem estar da família (SCHRAIBER e col., 2002a).

A segunda passagem importante a se comentar, é que o conjunto das instituições existentes ainda não é acolhedor e resolutivo do problema de modo satisfatório. Quando há a tomada de decisão por denunciar o agressor, muitas vezes a mulher não encontra amparo nos equipamentos sociais existentes. Embora haja, atualmente, um amplo leque de instituições/serviços que prestam algum tipo de orientação ou atendimento a

mulheres em situação de violência, ainda há uma dispersão e escassez de informações nessa área específica de atuação, mesmo no setor mais antigo que é o sistema policial e jurídico do país. Neste sentido é fundamental nos estudos acerca da violência que também a questão assistencial e a perspectiva dos profissionais para um trabalho multidisciplinar e interinstitucional seja alvo de pesquisa. Ou seja, quando uma mulher vítima de violência não encontra respaldo nos organismos competentes para tal ou qual demanda, do ponto de vista assistencial o caminho percorrido torna-se segundo estudo da (OPS, 2000) uma “*rota crítica*”, cheia de informações desencontradas e desencorajadoras.

Este mesmo estudo realizado em dez países* a partir do caminho percorrido pelas mulheres que sofrem violência detectou que não existem formas específicas para registro dos casos de violência nos diferentes setores, o que impede contar com estatísticas que mostrem a real dimensão do problema. Mesmo assim, concluiu que a maior concentração de ações se dá via delegacia de polícia, lugar onde muitas vezes a mulher é mal tratada e o efetivo não está sensibilizado nem capacitado para o atendimento a este tipo de demanda. Em alguns distritos do estudo da “Rota” pesquisados a oferta de serviços de saúde e do setor jurídico e policial tem uma limitada cobertura, que impede o acesso das mulheres em situação de violência.

Poucos são os casos que são encaminhados para a rota correta. Qual seja: apresentada a denúncia na delegacia de polícia, a mulher deveria ser encaminhada ao médico legista. O estudo comprovou que muitas mulheres com cicatrizes e lesões permanentes, não foram encaminhadas ao reconhecimento pericial, estas lesões permanentes são resultado de falta de atendimento médico. Por outro lado, os serviços de saúde quando atendem esta demanda, geralmente o fazem sem inquirir as causas das lesões. Esta situação, segundo dados do estudo, se agrava por não haver nos serviços de saúde existentes, normas e protocolos de atenção para as mulheres vítimas de violência.

Neste sentido, as mulheres não terminam o circuito por inúmeros fatores inibidores, classificados como internos – que são os que mais pesam para a tomada de decisão de iniciar a “rota” e os fatores externos. Os fatores internos estão relacionados com

* O estudo da Rota Crítica foi realizado em: Belice, Bolívia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá e Peru.

baixa auto-estima; medo de represália do agressor; vergonha social; medo de ficar sozinha; assim como outros fatores relacionados a crenças e valores. Entre os fatores externos: dificuldade geográfica e econômica de locomoção para os serviços; falta de atenção de qualidade; limitada cobertura; procedimentos burocráticos; as respostas tanto policiais quanto de saúde e do poder judiciário, que desorientam e desaconselham (OPS, 2000).

O processo de romper com a situação de violência vivida, muitas vezes por anos, inicia-se quando não há mais esperanças de mudança no comportamento do agressor. Geralmente esta começa pelos familiares e segue centrada nos serviços, é quando então se dá o início da “rota”. Sabe-se, contudo, como foi exposto, que esta “rota” têm-se mostrado “crítica”, pois há dificuldade também das instituições em lidar internamente com esta demanda. Embora, a nosso ver, os serviços de saúde possam vir a ser facilitadores para o levantamento de situações de violência doméstica, estes também podem funcionar como verdadeiros obstáculos no enfrentamento da questão (OPS, 2000).

Na área da saúde, é também na metade dos anos 80, que ocorre a elaboração e implantação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), proposta pelo Ministério da Saúde, no qual questões de direitos das mulheres serão abordadas. Suas definições de recorte programático operavam dentro da ótica de trabalhar cada mulher como um ser integral, para além da dimensão de mãe e puérpera. Abrem-se, nesse sentido, brechas para que problemas como a violência, possam ser alvo do setor.

Até os anos 70 os programas sobre saúde da mulher, eram muito semelhantes entre si em suas definições de recorte programático: operavam dentro da ótica da saúde reprodutiva com vistas ao período gravídico-puerperal e à redução da morbi-mortalidade materno-infantil. Em 1977, Por exemplo, o programa de prevenção de gravidez de alto risco, deu-se como medida preventiva dentro de uma filosofia de garantir uma prole sadia e a harmonia do núcleo familiar. Paralelamente, o movimento de mulheres já defendia o direito a uma escolha autônoma sobre a reprodução, assim como grupos da sociedade civil, que vinham debatendo a saúde da mulher como direito e questão de cidadania. Desde a década de 60, inspiradas no feminismo internacional e no clima da liberdade sexual conferida pela pílula contraceptiva, gradativamente as mulheres brasileiras vêm rompendo com o papel social que lhes era atribuído, a maternidade, e passam “a demandar pelo

controle da fecundidade, com claras aspirações por vivências sexuais desvinculadas da procriação. No entanto, os serviços de saúde ainda não estavam habilitados ao atendimento destas necessidades, restrito apenas aos serviços – de baixa cobertura e de qualidade duvidosa – oferecidos pelas instituições do tipo Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (BEMFAM) ou Centro de Pesquisas de Assistência Integral à Mulher e à Criança” (CPAIMC) (COSTA, 1999).

É nesse contexto que, em 1983, foi elaborado por uma equipe multiprofissional, um modelo assistencial capaz de atender a mulher de uma maneira integral (baseado no conceito de Atenção Integral à Saúde da Mulher - AISM), como uma proposta inovadora que rompia com a visão tradicional, “... sobretudo no âmbito da medicina, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução” (OSIS, 1994).

A proposta do PAISM, que foi regulamentada em 1986, confere destaque como estratégia de intervenção, ao conceito de integralidade por meio da oferta de ações educativas de prevenção, bem como de diagnóstico e de recuperação da saúde. Nessa proposta o modelo assistencial refere-se a um conjunto de ações de saúde pretensamente capazes de assistir a mulher em sua integralidade, incorporando além da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, a detecção de câncer ginecológico, controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis, assistência para o planejamento familiar, contracepção, esterilidade, sexualidade, adolescência até o pós-climatério, sem esquecer das dimensões psico-sociais em todos esses momentos.

Dentro do conceito da integralidade proposto pelo PAISM estão incluídas dimensões diversas, oriundas do movimento de Reforma Sanitária e outras do movimento de mulheres. Entre elas está: o acesso hierarquizado a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde; a articulação da demanda espontânea à busca de prevenção ou detecção precoce de patologias epidemiológicas relevantes; a compreensão da mulher além das suas especificidades reprodutivas, considerando as dimensões de indivíduo bio-psico-social; e também a percepção da desigualdade nas relações de gênero. Através desta última, os Serviços de Saúde deveriam instrumentalizar práticas educativas para que as mulheres tivessem maior conhecimento/poder sobre seus corpos. (D’OLIVEIRA & SENNA, 1996).

É bem verdade que não há como deixar de reconhecer a importância do PAISM na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. No entanto, a pretensão de tecnologias integradoras abriu possibilidade para que outras necessidades, ainda não completamente visíveis ou demandadas fossem também alvo das ações nos serviços. É o caso da violência doméstica e sexual como parte dessas outras necessidades, ainda que tecnologias de atendimento nessa esfera não tivessem desenvolvimento próprio até hoje.

Assim sendo, até os anos 80, no Brasil, a violência contra a mulher permanecia como um problema, sobretudo nas áreas de segurança e justiça. É a partir dos anos 90, que a violência passa a ser remetida também à área da saúde pública e, mais especificamente, aos serviços de saúde. Neste sentido, *“Podemos apenas constatar que o combate à violência contra a mulher, quando formulada como política pública, não apareceu, a princípio como uma questão referida ao setor saúde, e sim como uma questão de polícia e legislação. Talvez a histórica redução da saúde da mulher ao aparelho reprodutivo tenha contado para tal, talvez não se tenha visto nos serviços de saúde eficácia tecnológica em relação ao problema da violência doméstica e sexual...”* D’OLIVEIRA (1997: 47).

Mas, como a mesma autora aponta, o PAISM possibilita de fato este acolhimento, ao preocupar-se, de um lado, com a atenção integral (a todos os problemas do ser mulher), e de outro com as relações de gênero e família (contextos em que ocorre predominantemente a violência contra a mulher), ainda que não se tenha efetivado – exceto para os casos de violência sexual - tal assistência à mulher em situação de violência até hoje no setor.

Do ponto de vista prático a violência doméstica e sexual é considerada, hoje como um fato social grave que deve ser coibido do ponto de vista legal. No entanto, não é somente uma questão criminal, com vítima e algoz - e sim situações de vida íntima, sufocadas por anos (muitas vezes) de silêncio, dor e indignação – com conseqüências para a saúde (até então não cogitadas) que passam a ser demandadas somente nos anos 90. Sobremaneira significa que a questão da violência não deva ser alvo de competência única dos serviços de saúde, numa forma de substituição das ações da justiça, mas também da saúde e nesse setor deve ser considerado um problema para a Saúde Pública, uma vez que este tipo de abuso reflete em diversas conseqüências relacionadas aos agravos à saúde

física, à saúde reprodutiva e à saúde mental, produzido num contexto de violência por vezes não fatal (morbidade), e assume, hoje em dia, pela questão da magnitude e como problema ético, o caráter de questão pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a admissão da Violência contra a Mulher como problema de Saúde Pública em 1996 na 49ª Assembléia Mundial da Saúde.

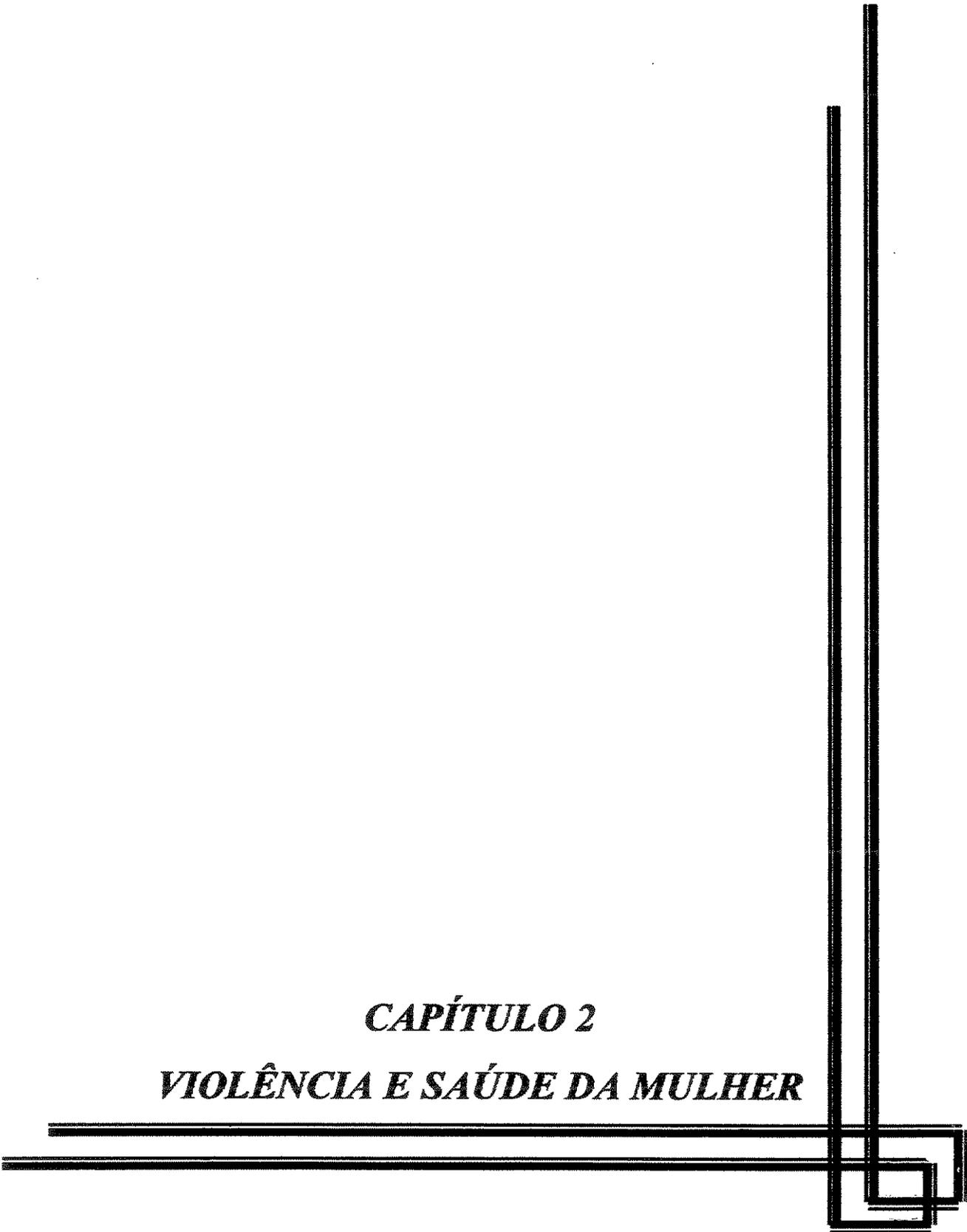
Diante dessas questões, o presente estudo considerou a necessidade de se conhecer a magnitude de mulheres em situação de violência na cidade de São Paulo e o que esta condição de “situação de violência” estaria representando para o uso que a mulher faz dos serviços de saúde.

Na presente pesquisa procuramos aprofundar nossa análise nas diferenças existentes entre usuárias com e sem relato de violência conjugal quanto ao padrão de uso de serviços em Unidades Básicas de Saúde. Partindo da hipótese que mulheres em situação de violência constituem uma ocorrência de alta prevalência em serviços de saúde. Este estudo faz parte de um projeto maior cujo recorte no plano dos serviços foi atenção primária e setor público do Município de São Paulo, tal como se desenvolverá melhor na metodologia. De outro lado, como o próprio estudo também dialoga com a literatura internacional o outro recorte feito foi para a faixa etária das mulheres que são usuárias deste tipo de serviço de 15 a 49 anos. Também este estudo vai tentar considerar a magnitude do problema e como este repercute na forma de uso dos serviços para este recorte especificamente.

Para tal, será utilizado o banco de dados da pesquisa “Ocorrência de Casos de Violência Doméstica e Sexual nos Serviços de Saúde em São Paulo e Desenvolvimento de Tecnologia de Atendimento para o Programa de Saúde da Mulher”⁴, a partir das entrevistas realizadas com usuárias e registros em seus respectivos prontuários médicos.

⁴ Projeto FAPESP (Processo n.º 98/14070-9) linha de Políticas Públicas, Universidade de São Paulo Faculdade de Medicina Departamento de Medicina Preventiva, 2001. Sob coordenação da Profa. Lilia Blima SCHRAIBER.

CAPÍTULO 2
VIOLÊNCIA E SAÚDE DA MULHER



2.1- A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER COMO PROBLEMA PARA A SAÚDE PÚBLICA

A partir do final da década de 80, já estavam solidificadas políticas públicas governamentais e não governamentais voltadas à assistência e abrigos das vítimas, e nas áreas de segurança e justiça. Desse momento em diante, o movimento feminista passou a remeter estratégica e conscientemente a discussão da violência contra a mulher para três campos principais: os direitos humanos, a saúde e o desenvolvimento social. Vamos aqui nos limitar a discutir apenas demandas da violência doméstica para o campo da saúde.

Nos últimos anos tem-se reconhecido a violência doméstica como um problema de Saúde Pública, pelos agravos que gera em termos de saúde da população feminina mundialmente (ELLSBERG, 1998; D'OLIVEIRA, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). A situação da violência em geral ganhou maior visibilidade e passou a ser incorporada pela Saúde Pública, através da violência social traduzida pela epidemiologia no item das causas de morte denominada causas externas, que engloba homicídios, suicídios, acidentes de trânsito, afogamentos e outras causas de morte intencionais ou acidentais. Através desses estudos de mortalidade, apesar do subregistro dos casos, pode-se conhecer melhor a evolução e as características da violência social. No entanto, a violência contra a mulher e crianças é mais bem demonstrada do ponto de vista da morbidade, por meio da consequência da violência em agravos à sua saúde.

A primeira área a trabalhar com essa questão, organizadamente, segundo MINAYO (1999), foi a da pediatria americana, que passa a estudar, diagnosticar e medicar sobre o que foi chamado de *síndrome do bebê espancado*. Uma década depois, vários países também reconhecem, formalmente, os maus tratos como grave problema de saúde pública. Quando são criados, a princípio nos países centrais, na década de 70, programas nacionais de prevenção primária e secundária, além de centrais de denúncia, voltadas para a assistência e controle do problema da violência contra crianças e adolescentes.

Particularmente no Brasil, entre os anos 70 e 80, a produção maior no campo da violência e saúde é dos epidemiologistas e psiquiatras. Foi através da visibilidade estatística que se passou a abordar o problema da violência, como já comentado, incluindo aí a

violência contra a mulher e a criança, mesmo sendo essa uma estimativa bem menor do evento violência para esses dois últimos grupos populacionais. A entrada do tema na agenda de debates e no campo programático em saúde segundo a autora ocorreu partir dos anos 80, consolidando-se no final dos anos 90.

Acompanhando a transição epidemiológica nacional, observada pelas taxas de mortalidade por causas externas no Brasil, verificamos o impacto da violência social como questão no campo da Saúde Pública. Até os anos 60 as violências situavam-se no quarto lugar no perfil de mortalidade geral, passando ao segundo lugar nos anos 80 e 90. Mas cabe aqui comentar alguns pontos para a delimitação do nosso objeto de estudo, pois as mulheres – nosso grupo populacional de estudo – não apresentam o mesmo perfil de agravos.

A mortalidade por causas externas acomete mais aos homens do que as mulheres, porém, encontram-se entre as cinco principais causas de morte feminina.

Os acidentes de trânsito são proporcionalmente, entre as causas específicas, a mais importante causa de morte entre as mulheres (35%), e os homicídios respondem por 11,5% de uma taxa já bem mais baixa de mortalidade por causas externas.

A população jovem é a mais exposta a este tipo de evento, sobretudo do sexo masculino. Atualmente, 7 em cada 10 adolescentes morrem por causas externas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Entre os homens os acidentes (27,9%) e homicídios (26,9%) dividem o primeiro posto no total de mortes por causas externas. Revelando que *“o ser homem em nossa sociedade urbana é extremamente arriscado e violento, já que os homens são os principais executores e também vítimas dos homicídios”* (D’OLIVEIRA, 1997).

Se, por um lado, os homens são vítimas e autores dos crimes, no caso das mulheres esta realidade se apresenta de um modo diferenciado, pois estas são vítimas mais freqüentemente de homens muito próximos, em sua maioria o cônjuge ou mesmo parentes. BARSTED (1999) citando pesquisa realizada pelo Movimento Nacional de Direitos Humanos no ano de 1998 reafirmam a relação de afinidade entre vítima e acusado de homicídio, principalmente quando a vítima é mulher. Em 72,2% das vítimas de homicídio

com relacionamento familiar ou de amizade com o acusado são mulheres contra 39,3% entre os homens.

Já Estatísticas do IBGE para o ano de 1988, mostram que, 39,1% das mulheres foram vítimas de violência física no último ano, entre os homens este número vai para 60,9%, no entanto quanto ao autor da agressão 31,9% eram parentes no caso das mulheres e entre os homens somente 10,6%. Quanto ao local de ocorrência temos que em 18% das vezes que os homens foram vítimas a violência ocorreu dentro do domicílio, e para as mulheres esta porcentagem aumenta para 48%. Em 63% dos casos de agressão física que ocorreram dentro do domicílio, a agressão teve como vítima a mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Quanto à agressão sexual, na questão do estupro em geral, estudos realizados nos Estados Unidos sugerem que entre 1/5 e 1/7 das mulheres daquele país são vítimas desta forma de violência na vida. O agressor é conhecido em 60 a 78% dos casos (GIFFIN, 1994).

Ao analisarmos estes dados verificamos que a violência cometida contra as mulheres: 1) é freqüentemente interna às relações amorosas e familiares; 2. tem forte impacto na morbimortalidade destas mulheres; 3. repercute em termos de saúde e configura-se como importante motivo de demanda para os serviços de saúde (HEISE, 1994).

Por estas características de ser mais interna ao domicílio mais relacionado a relações familiares e amorosas, a violência contra a mulher é muito freqüentemente também designada de violência doméstica e por vezes esta violência doméstica é entendida particularmente como violência conjugal ou por parceiro íntimo (HEISE, ELLSBERG, GOTTEMOELLER, 1999). Também neste estudo seguiremos esta tendência e trabalharemos com a violência conjugal ou violência nas relações de intimidade.

Os estudos da violência nas populações trazem á tona a alta prevalência dessa violência doméstica disseminada pelo mundo¹. Em 1996 a Assembléia Mundial da

¹ Alguns dos estudos internacionais mais importantes são demonstrados no cap II item 2.3.

Organização Mundial da Saúde – OMS, declarou ser a violência uma prioridade de Saúde Pública e sugeriu aos países membros a iniciar atividades para a prevenção da violência e o atendimento para os efeitos sobre a saúde.

No Brasil, o campo consolida-se no final dos anos 90, com a parceria entre diversos organismos que delineiam estratégias específicas para a prevenção e assistência de casos de violência. Atualmente no âmbito governamental a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violência preconiza orientações para o setor saúde nesse contexto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Já no que diz respeito à questão da assistência à saúde e do atendimento individual nos serviços, a violência contra a mulher representa um grande desafio para os diversos organismos que vêm trabalhando com a questão. Embora se configure como um problema de grande magnitude e transcendência pelo impacto dela decorrente, seu diagnóstico é dificultado por fatores culturais, pela falta de orientação da população em situação de violência, bem como pela dificuldade dos profissionais dos serviços em lidar com a questão.

Quando a saúde assume para si o cuidado² das mulheres em situação de violência, na tentativa de trabalhar com a prevenção e detecção precoce dos casos (destacando que ela não é da competência exclusiva do setor saúde), há desvantagens no sentido do risco que se corre em medicalizar a questão, reduzindo a situação a uma possível patologia. Por serem situações com uma gama muito diversificadas de problemas, as queixas apresentadas aos serviços de saúde nem sempre se caracterizam como demanda, na visão dos profissionais, que muitas vezes a traduzem como “queixas vagas”, ou seja, são aquelas queixas que *“via-de-regra, assumidas, de antemão, como situações assistenciais” inviáveis, fadadas ao insucesso assistencial*” SCHRAIBER (2001b). Sabemos que, entre os profissionais da saúde, principalmente a categoria médica tem dificuldades em lidar com as situações de abusos físicos e/ou sexuais em decorrência da violência doméstica, pelo receio em enfrentar os desdobramentos posteriores (SUGG & INUI, 1992; D’OLIVEIRA, 1996, 2000; SCHRAIBER, 2001b). Isto porque o saber técnico

² Grifo nosso - o cuidado no sentido da promoção à saúde.

e científico dos médicos é competente para lidar com o corpo que adocece, ou seja, com demandas que se caracterizam como adoecimento e não como problemas de cunho social, cultural e até psicológicos, relacionados à subjetividade do sujeito. Se, por um lado, a *“interpretação de doença por parte da usuária pode ser acolhida como patologia pelos profissionais de saúde, a violência perde seu sentido e sua importância, tendendo a ser desconsiderada. Do contrário (se não é possível encontrar nenhuma patologia que justifique a queixa), esta queixa é desqualificada como social, ou psicológica, e não é acolhida pelo serviço que opera sob a racionalidade biomédica de intervenção, isto é, a doença como alteração de forma ou função do corpo conforme compreendido pela biomedicina enquanto o alvo da atuação profissional (patologia)”* (D’OLIVEIRA, 2000).

Por outro lado, as usuárias entendem que todo sofrimento que as leva aos serviços de saúde é uma doença, e como tal deve ser diagnosticada e tratada. A violência doméstica tem entre suas formas mais freqüentes, os maus tratos físicos (espancamentos, homicídios), o abuso sexual (estupro, atentado violento ao pudor, incesto, assédio sexual) e o psicológico (ameaças, privações, maus-tratos e discriminação), além da negligência e abandono, em que vivem as mulheres sob situação de violência. Estas, com freqüência são situações que geram demandas aos serviços de saúde através de sinais ou sintomas, geralmente entendidos como “queixas vagas” que podem ser sintomas decorrentes da tensão e da violência em seu cotidiano. A conseqüência disso é um aumento do uso dos serviços de saúde (KOSS, KOSS, WOODRUFF, 1991), que será discutido no item 2.3.1.

Como se considerou acima a violência contra a mulher pode ser vista segundo o referencial teórico de gênero como uma violência de gênero e as mulheres que se encontram em situação atual ou pregressa de conflitos de gênero que levaram a violência, são por nós denominadas mulheres em situação de violência.

2.2- DEFINIÇÃO DO PROBLEMA: DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E RELAÇÕES DE GÊNERO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Uma das dificuldades encontradas entre aqueles que se dedicam a estudar o problema da violência contra a mulher, é o de estabelecer um marco teórico a ser utilizado.

Ocorre que neste domínio há uma diversidade de termos e inúmeras perspectivas disponíveis para a conceitualização deste fenômeno, o que não proporciona uma definição única ou uma terminologia uniforme para os que trabalham com a temática. Neste sentido, trabalharemos com aqueles aspectos que mais se adequem ao recorte pretendido neste estudo, para identificar o padrão de uso de serviços em UBS por mulheres em situação de violência.

Por ser fenômeno de conceitualização complexa, iniciamos nossa discussão pela nomeação do termo mais geral – **violência** – que denota, desde as formas mais cruéis da tortura e do assassinato em massa até aspectos mais sutis e disseminados, considerados opressivos na vida moderna cotidiana, como as relações sociais, econômicas e as normas culturais. Neste sentido, esta definição do evento centra sua questão em termos de uma violência macro estrutural, com claras delimitações que dizem respeito à esfera pública, embora tenha imbricações na vida privada. Numa relação dicotômica temos uma violência menos explícita - no sentido dela ocorrer no espaço doméstico – mas, nem por isso menos atroz, que é a violência contra a mulher nas relações conjugais e/ou familiares, e temos também a violência considerada uma epidemia global que tortura, mutila e mata – psicologicamente, fisicamente e sexualmente – milhares de mulheres, e que pode ser vista como a violência do espaço público.

Ambas as situações (público/privado) podem ser analisadas da perspectiva das relações de gênero.

A violência nas relações de gênero, que se tornou um problema legitimado de saúde nas duas últimas décadas, é um fenômeno de difícil delimitação. Isso porque dependendo do conceito de violência que se use ele pode abarcar uma série de situações – injustiça, pobreza, falta de acesso, desrespeito aos direitos humanos. Nesse referencial, a violência pode ser bem ampla e quase se sobrepor às relações de gênero (D'OLIVEIRA, 1997). Entre os pesquisadores que preferem uma definição mais genérica, MINAYO (1994) argumenta que a violência deve ser pensada como violência social que inclui a chamada “violência estrutural”, como pobreza, o acesso desigual à saúde, educação, que são definições que levam em conta o contexto social.

No interior dessa violência social encontramos a violência contra a mulher como se disse essa violência ainda pode ser muito genericamente pensada, no entanto, HEISE et al., (1999) chama a atenção para o fato que esta é uma violência específica e particular.

Dentre os que discutem uma definição mais delimitada e que fazem no sentido de não perder a força empírica descritiva do termo, HEISE (1994) defende o conceito de violência de gênero, para a violência dirigida à mulher, chamando a atenção para o risco de conceitos muito genéricos que incluem todas as violações de direitos humanos que acabam por imobilizar futuras ações efetivas, trazendo mais confusão ao campo. Por esta razão o desenvolvimento de uma definição específica torna-se válida para determinar a magnitude do problema e identificar áreas prioritárias para intervir.

Procuraremos, de tal modo, compreender melhor a identidade de um problema que vem sendo construído a partir dos anos 70, “a violência contra a mulher”.

“**Violência contra a mulher**” foi uma expressão cunhada pelo movimento social feminista há pouco mais de vinte anos, e indica situações tão diversas como a violência física, sexual e psicológica cometida por parceiros íntimos, o estupro por estranhos, o abuso sexual de meninas, o assédio sexual no local de trabalho, a violência contra a homossexualidade, o tráfico de mulheres, o turismo sexual, a violência étnica e racial, a violência cometida pelo Estado, por ação ou omissão como os crimes de guerra, por exemplo, o estupro em massa e os conflitos armados, a mutilação genital feminina, a violência e assassinatos ligados ao dote (GROSSI, 1995; OEA, 1996). Conforme a interpretação de gênero dessas questões, o termo diz respeito genericamente a sofrimentos e agressões que estão profundamente arraigados na vida social e que vem sendo percebidos como situações normais, sempre que estes sofrimentos e agressões forem dirigidos especificamente às mulheres pelo fato de serem mulheres. Assim, é a perspectiva de acometer um mesmo gênero, o feminino, o que une todas estas situações concretas, no conceito violência contra a mulher, operada como violência de gênero.

Tal constatação de conjunto é verificada pela manifestação da violência em distintas fases da vida, constituindo-se em um ciclo de abusos desde o nascimento até a maturidade, praticados contra as mulheres em diferentes culturas, classes, educação, renda

ou idade, presente ainda em todos os países e caracterizando-se como uma das maiores formas de violação dos direitos humanos³.

Quadro 1- Exemplos de violências contra as mulheres ao longo da vida

Fase	Tipos de violência
Antes do nascimento	Aborto seletivo em função do sexo; conseqüências para o recém nascido em função dos maus tratos sofridos pela mulher durante a gravidez.
Infância precoce	Infanticídio feminino; violências físicas, sexuais e psicológicas.
Criança	Matrimônio de crianças; mutilação genital feminina; violências físicas, sexuais e psicológicas; incesto; prostituição e pornografia infantil.
Adolescência e fase adulta	Violências durante o namoro e noivado; relações sexuais impostas por razões econômicas; incesto; abuso sexual no local de trabalho; estupro; prostituição e pornografia forçada; violências cometidas por parceiros íntimos; violência dentro do matrimônio; homicídio cometido por parceiros íntimos; violência psicológica; gravidez forçada.
Velhice	“suicídio forçado” ou homicídio de viúvas por motivos econômicos; violências físicas, sexuais e psicológicas.

Adaptado de: HEISE et al., 1994.

A definição mais ampliada adotada pelas NAÇÕES UNIDAS (1993) privilegia esta conceituação ora apresentada, sendo a violência contra a mulher:

“qualquer ato de violência baseado no gênero que resulte em ou tenha probabilidade de (possa) resultar em prejuízo ou sofrimento físico, sexual ou psicológico para mulheres, incluindo ameaça de tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, ocorrendo tanto na vida pública como na vida privada”.

³ Embora a reivindicação de políticas públicas nas esferas jurídicas e policial estivesse sendo importante desde a década de 80, a formulação dos direitos das mulheres como direitos humanos é bem mais recente. Foi somente a partir dos anos 90 que se reconheceu os direitos humanos das mulheres como parte integrante dos direitos universais da humanidade, afirmando o direito à igualdade política, ao exercício dos direitos reprodutivos e à uma vida livre de violência.

Um outro campo do conhecimento que tem trabalhado com a violência nas relações de intimidade, tendo por objeto de estudo – violência nas relações de casal – são os estudos da violência intra-familiar. Nesta teoria a perspectiva das diferenças nas relações de gênero – com a qual trabalhamos - não é considerada para analisar a violência no interior das relações de casal, isso é a perspectiva de que a mulher sofre violência conjugal pela desigualdade de valor com que é vista na casa, na família e na sociedade, pelo fato de ser mulher.

Aqueles que usam o termo violência intra-familiar mais comumente expressam uma visão de neutralidade em relação às diferenças de gênero, recusando a perspectiva feminista de análise (GELLES & CORNELL, 1985 *apud* D'OLIVEIRA, 2000)⁴. As teorias explicativas para a violência que ocorre no interior da família, baseiam-se em múltiplas questões como, desemprego, más condições de trabalho, problemas de saúde, fatores individuais, questões sócio estruturais, além de padrões culturalmente incorporados de resolução de conflitos, em que as agressões físicas, psicológicas ou sexuais dirigidas a crianças, idosos, ou entre o casal, não são interpretadas como produto da desigualdade de gênero. A este tipo de violência entende-se aquela que pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, que inclui pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consangüinidade, mas em relação de poder com a outra pessoa. O conceito não se refere apenas ao espaço físico no qual a violência ocorre, mas também às relações em que se constrói.

A expressão violência intra-familiar pode se confundir com violência doméstica, expressão que dá destaque ao domicílio e à violência dos que ali convivem, ainda que a agressão propriamente dita pode ocorrer na rua, no trabalho ou dentro da casa.

Assim a violência doméstica refere os episódios de abuso físico, psicológico e/ou sexual entre pessoas que pertencem a um mesmo domicílio, via-de-regra cônjuges ou parceiros íntimos, mas que pode abarcar pessoas próximas (filhos, pais) ou até agregados de uma família não consangüínea.

⁴ GELLES & CORNELL, 1985 *apud* D'OLIVEIRA, A.A.F.P.L. *Violência de Gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em Atenção Primária*. São Paulo, 2000 (Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo/USP).

Neste sentido, no caso da violência intra-familiar, agressores e agredidos são parte da mesma família, no caso da violência doméstica desloca-se a questão para quem habita o domicílio, ocorrendo ali mesmo a agressão ou não: *“já que a noção mais geral acerca do problema remete a violência doméstica aquela que cometida por pessoas íntimas, como filho, pais, e outros parentes que dividam o mesmo lar - desloca assim a olhar de gênero enquanto aproximação do problema”*. (SCHRAIBER & D’OLIVEIRA, 1999).

Em muitas partes do mundo a expressão violência doméstica é usada como sinônimo de violência contra a mulher pelo marido atual ou qualquer outro companheiro (ELLSBERG et al., 1998). Na América Latina, o termo algumas vezes também é utilizado para referir-se a todas as formas de violência que ocorrem no lar, incluindo as agressões sofridas por crianças, especialmente meninas e idosos. Outro termo bastante comum utilizado na Europa desde os anos 70 é *mulheres maltratadas* para descrever mulheres que tem experimentado ataques sistemáticos por parte do companheiro. No entanto esta terminologia vem sendo criticada por estigmatizar a mulher a um papel passivo e de vítima. Os atos de violência costumam ser divididos em violência física, psicológica e sexual (ELLSBERG et al., 1998; D’OLIVEIRA, 2000; UNICEF, 2000) e em alguns casos também econômica (ELLSBERG et al., 1998; UNICEF, 2000). Aqueles que usam o termo violência doméstica geralmente não se identificam com a abordagem da violência intra-familiar, e orientam-se pelo referencial feminista.

Mas pensada como violência doméstica ou como violência por familiares, pode-se interpreta-los como violência de gênero, isto é, violência entre os membros de uma família que ocorre justamente pela diferença de poder entre homens e mulheres, como sustentam as feministas. Para esta perspectiva, *“todas as formas de violência contra a mulher teriam raízes comuns nas desigualdades de gênero, e por isto as agressões físicas e sexuais cometidas por parceiros e ex-parceiros teriam a mesma base que o estupro de guerra, o tráfico sexual de meninas e outras formas de violência que ocorrem no espaço “público”, devendo compor um campo de conhecimento comum”* D’OLIVEIRA, 2000:28). Justamente, a crítica feita sob o ponto de vista da teoria feminista, é no sentido da não visibilidade do agressor - quando se analisa a violência sob a perspectiva da violência

intra-familiar - uma vez que na maioria dos casos de agressão as mulheres são vítimas de violência perpetrada por homens.

A figura a seguir demonstra graficamente a interseção entre estes dois recortes representados da seguinte forma:



Fonte: ELLSBERG et al. (1998)

Figura 1 - A diferença entre violência de gênero e violência intra familiar

A diferença entre estes dois campos de abordagem é a interpretação que se faz da violência, na violência de gênero levando-se em conta as desigualdades de gênero da sociedade, da outra perspectiva as relações conflituosas da família, mas não como conflitos de gênero. Tanto a violência de gênero, como a violência intra-familiar podem referir-se a atos de violência física, psicológica e/ou sexual. No entanto a principal diferença é o contexto em que ocorre, e a relação entre vítima e agressor (ELLSBERG et al., 1998).

D'OLIVEIRA (2000:29) ressalta que “a nosso ver, os estudiosos da violência intra-familiar tem a vantagem de apontar para a rede de relações sociais mais ampla que determina a violência doméstica, e chamar a atenção para os agravos cometidos contra crianças, idosos, portadores de deficiências e outras pessoas em situação de grande

vulnerabilidade. Por outro lado, eles têm a desvantagem de nem sempre considerar todas as desigualdades estruturais desta rede, especialmente a determinada pelas relações de gênero, que o feminismo aponta, em nossa opinião, com razão”.

A perspectiva feminista traz à luz pelos movimentos sociais de mulheres a importância da diferença de gênero para explicar esta violência que é tolerada em silêncio, legitimada pelas leis e justificada como “tradição” cultural, em sua forma mais endêmica, que são os maus tratos numa relação de casal.

A violência nas relações amorosas/conjugal foi especialmente trabalhada em sua forma mais usual que são os ataques físicos, embora haja outras formas de manifestação e com diferentes graus de severidade, num padrão de escala progressivo através dos anos de relacionamento violento.

Recentemente esta questão tem recebido a denominações de: violência entre parceiros íntimos (*intimate partner violence*) (WATTS & ZIMMERMAN, 2002; ELLSBERG et al., 1998), que diz respeito à violência física, violência sexual; abuso emocional; e também restrição econômica. Outros termos utilizados, como espancamento de esposas (*wife battering*), estupro marital (*marital rape*) e mulheres espancadas (*battered women*), indicam expressamente que a violência é cometida pelo homem contra a mulher (CAMPBELL, 2002). No entanto, estes termos são acusados de ocultar outros arranjos de casais, presentes em diversas culturas, ou seja, a violência pode ocorrer também em relações homossexuais ou de namoro.

O termo mulheres espancadas (*battered women*), muito utilizadas na literatura norte-americanas, não foi muito bem aceito no Brasil. Utiliza-se mais a expressão violência conjugal ou violência nas relações de intimidade. Consideraremos, em nossa análise, estes dois últimos a fim de contemplar as diversas possibilidades de arranjo de casal⁵ presentes na nossa cultura.

⁵ Vale ressaltar que por ocasião da aplicação do questionário em entrevista com usuárias da pesquisa maior, foram detectadas relações homossexuais até porque o próprio instrumento utilizado contemplava esta questão.

Em nosso estudo, portanto, utilizaremos o termo violência contra a mulher no sentido de **violência de gênero**, e também daremos destaque à **violência por parceiro íntimo** ou violência nas relações amorosas contra a mulher, que surge como questão com força entre as feministas americanas e também no Brasil (HEISE, 1994; GROSSI, 1995), tornando pública uma situação antes corriqueira e estritamente do domínio privado. Assinalando os seguintes elementos: a) o uso da força física e situações de constantes humilhações, que provoquem dano tanto à integridade física quanto emocional e/ou sexual; b) perpetrada por marido, companheiro, namorado ou qualquer outro com quem esta constitui ou constituiu uma relação de intimidade, sendo esta, situação atual ou anterior; c) chama-se mulheres em situação de violência às mulheres que experimentaram ou experimentam tal condição.

2.2.1- Conceituando a violência baseada no gênero no âmbito das relações amorosas e de intimidade

Antes, porém de passarmos ao próximo item deste capítulo, vamos comentar algumas questões ligadas ao uso do conceito de gênero.

A incorporação do conceito de gênero aos estudos e debates no campo das questões da condição feminina, vem aos poucos desconstruindo a noção que atribui, desde finais do século 18, à identidade feminina à esfera privada como espaço de sociabilidade (e com função clara de mantenedora de uma prole sadia para manutenção da força de trabalho) e ao homem por excelência a vida pública. A “domesticação” da mulher foi consequência de uma cultura patriarcal, que acabou por dar aos homens e mulheres uma carga simbólica de atributos – homem viril, forte, protetor e chefe do núcleo familiar e à mulher atributos de fragilidade, submissão, passividade, resignação e dependência - interpretadas como inerente aos sexos. Este tipo de pensamento no qual mulheres foram educadas para submeterem-se aos homens, tutelada seja pelo pai, tio, irmão ou marido sempre justificou o autoritarismo masculino, interpretando a violência do homem contra a mulher como algo natural (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A categoria gênero vem deste modo sendo incorporada à pesquisa e à prática política para designar uma nova forma de trabalhar as diferenças sexuais, enquanto construção cultural e simbólica, seja como categoria analítica ou empírica (RAGO, 1997). Esta construção vem colaborar no sentido de uma desnaturalização das diferenças sexuais, apontando para uma construção cultural e não natural dessas diferenças. Portanto é a construção cultural e simbólica que atribui a identidade de masculino/feminino e não uma determinação biológica, aos indivíduos de sexo masculino e feminino.

Dentro dessa perspectiva, o gênero apresenta-se como uma categoria relacional entendendo que as relações entre os sexos são constituídas por relações de poder. A noção de gênero indica, pois, a construção social, material e simbólica, e, é a partir desta diferença, que transforma bebês em homens e mulheres, em cada época e lugar de distintas maneiras. Para SCOTT (1995) gênero é essencialmente definido como:

“O núcleo essencial da definição baseia-se na conexão integral entre duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder”.
(SCOTT, 1995:14).

A incorporação do conceito de relações de gênero no Brasil é do final dos anos 80, quando todo um campo de estudos das questões da condição feminina, especificamente de “estudos da mulher” se redefine para “estudos de gênero”. Buscando ampliar a idéia de “violência contra a mulher” para violência de gênero (*gender violence*), privilegia a perspectiva relacional do problema. A introdução da noção de gênero vem colaborar com o campo dos estudos no sentido de enfrentar o risco do vitimismo, presente até a incorporação desse conceito de gênero, ao conceber as mulheres como não responsáveis por suas próprias ações e, portanto, desprovidas de capacidade de decisão para agir. Nesta visão patriarcal, cada mulher é uma potencial vítima e cada homem, um potencial agressor, incorrendo-se em uma vitimização dada pela própria condição feminina. A idéia de um discurso vitimizador da mulher, que em determinado momento da história, foi importante, parece ser, hoje, um obstáculo na luta da violência contra a mulher, uma vez que, a idéia de vítima reforça a não capacidade de defesa, resistência e luta das mulheres.

Vale destacar, neste sentido, que seguindo a tendência iniciada por serviços de assistência, no final dos anos 80, que também será adotada por nós neste trabalho, ocorre a substituição da expressão “mulheres vítimas de violência” por “mulheres em situação de violência”, para destacar a postura não vitimista, entendendo que a mulher nesta situação é sujeito e não objeto. O que não significa ignorar a iniquidade e a desigualdade entre os sexos na vida cotidiana e a posição desprivilegiada para muitas mulheres, tanto no sentido do poder, quanto da riqueza. Implica apenas considerá-las sujeito nesta relação violenta.

Como já foi dito, privilegiamos a violência perpetrada contra a mulher por parceiro íntimo, ou seja, provocada não por desconhecidos, mas por homens com quem as mulheres compartilham sonhos, uma vida, com quem constituem uma família e um lar. Esta violência por parceiro íntimo parece obedecer a uma seqüência crescente de episódios violentos, refletindo-se em situações de cronificação, com sérias repercussões sobre a saúde da mulher.

2.3- PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO E OS IMPACTOS NA SAÚDE

Nesse momento da discussão faz-se necessário caracterizar a forma como mulheres que vivem violência nas relações de intimidade têm-se apresentado aos serviços de saúde. Primeiramente vejamos com mais detalhes a magnitude da violência contra a mulher na sua forma mais freqüente que é o abuso por parceiro íntimo, que transcende a grupos sociais, econômicos, religiosos e culturais.

Os estudos sobre prevalência centram sua definição na violência física e/ou sexual pela facilidade para quantificar e nomear o problema em grandes amostras. No entanto, os estudos existentes têm pouca comparabilidade entre si, pois divergem quanto a questões metodológicas, como, por exemplo, características da amostra; a formulação das questões; violência física experimentada no último ano, ou atos ao longo da vida; instrumentos utilizados para a coleta dos dados; onde a informação é coletada e as questões de sigilo e segurança (ELLSBERG et al., 1998). Vale ressaltar uma outra questão

importante que é o sub-registro já que muitas mulheres por medo, vergonha, tendem a minimizar os relatos de situações de violência vividos.

Apesar de todas estas diferenças, os dados reunidos demonstram largamente a importância do problema. Um número crescente de pesquisas tem confirmado a alta prevalência de violência física contra a mulher em todo mundo. Trabalhos internacionais indicam entre 10 a 60% de mulheres com relato de episódios de violência física por parte de um parceiro (HEISE, et al., 1999; UNICEF, 2000).

As estatísticas são inquietantes em qualquer parte do mundo, 35 estudos de 24 países revelam que mais da metade das mulheres reportam ter sido agredidas fisicamente por parceiro atual ou anterior. Entre estas, nas relações estabelecidas a violência muitas vezes é multifacetada e tende a piorar com o passar do tempo, acarretando conseqüências de abuso psicológico na experiência das mulheres considerada mais impactante que as agressões físicas (HEISE et al., 1994).

As estatísticas a seguir, no QUADRO 2, vêm demonstrar um resumo dos principais estudos de prevalência tanto em países centrais como em países periféricos, evidenciando o problema da violência por parceiro íntimo ao redor do mundo:

Quadro 2- Prevalência de violência por parceiro íntimo em países selecionados

Pais e autor	Amostra	Tipo de Amostra	Achados
	Países	Industrializados	
Bélgica Bruynooghe et al 1989	956 mulheres de 30 a 40 anos	Amostra aleatória de 62 municípios de todo o país	3% violência muito grave, 13% violência moderadamente grave e 25% violência menos grave
Canadá (Statistics Canada, 1993)	Mostra representativa nacional de 12300 mulheres de 18 anos ou mais	Amostra nacional representativa	25% das mulheres (29% das que alguma vez foram casadas) informam haver sido atacadas fisicamente por um companheiro atual ou anterior desde os 16 anos de idade.
EUA, 1986	6002 domicílios	Mostra representativa a nível nacional	Violência física no último ano relatada por 11,6% das mulheres; violência física severa no último ano relatada por 3,4%
Japão	796 mulheres no ano de 1993		59% das entrevistadas declararam ter sofrido maus tratos físicos por parte de seus companheiros
	América Latina	e Caribe	
Chile Larrain, 1993	1000 mulheres entre 22 e 55 anos em Santiago envolvidas em uma relação por 2 ou mais anos	Mostra aleatória estratificada	60% foram abusadas por um companheiro, 26,2% foram fisicamente abusadas
Colômbia, PROFAMILIA, 1990	3272 mulheres urbanas 2118 mulheres rurais	Amostra nacional representativa	20% abusada fisicamente, 33% abusadas psicologicamente, 10% estupradas pelo marido
México Rodriguez, Becerra, 1997	650 mulheres alguma vez casadas/unidas	Mostra representativa de Guadalajara- região metropolitana	30% pelo menos um episódio de violência física pelo parceiro; 13% violência física no último ano
Barbados Handwerker, 1993	264 mulheres de 20-45 anos e 243 homens de idade 20-45	Mostra de probabilidade nacional de toda a ilha	30% das mulheres agredidas fisicamente como adultas
	Ásia e	Pacífico	
Índia Narayana, 1996	6902 homens casados entre 15 e 65 anos	Mostra multi-etapas em 5 distritos de Uttar - Prades	18-45% dos homens atualmente casados reconhece haver abusado fisicamente de suas esposas
	Oriente	Médio	
Egito El-Zanaty et al, 1996	Mulheres alguma vez casadas	Mostra nacional representativa	35% das mulheres diz ter sido golpeada fisicamente pelo esposo alguma vez no casamento
	África		
Zimbabwe Watts, et all, 1997	966 mulheres maiores de 18 anos	Mostra representativa da província de Midlands	32% refere abuso físico por um familiar ou membro do lar desde a idade de 16 anos

Adaptado de: HEISE et al. (1994); ELLSBERG et al. (1998)

A maior parte das mulheres que sofrem qualquer tipo de agressão física geralmente experimenta também outros atos de violência por vários períodos: 60% das mulheres agredidas no último ano foram agredidas mais do que uma vez, e 20% experimentaram violência severa mais do que seis vezes, segundo ELLSBERG et al., (1998) em estudo realizado na cidade de Leon, Nicarágua.

A violência física nas relações de casal quase sempre são acompanhadas por abuso psicológico e, em um terço até mais da metade dos casos também por violência sexual. Por exemplo, entre 613 mulheres com relato de violência no Japão, 57% tinham sofrido os três tipos de abuso – físico, psicológico e sexual. Somente 8% tiveram experiência somente de abuso físico. Em uma cidade Mexicana, 52% das mulheres que sofreram ataques físicos tinham também sido abusadas sexualmente por parceiros íntimos, segundo HEISE et al., (1999). Em León, Nicarágua, ELLSBERG et al., (1998) encontrou que entre 188 mulheres que foram agredidas fisicamente por seus parceiros, somente 5 também não foram abusadas sexualmente, psicologicamente, ou ambos.

A porcentagem de mulheres que sofreram pelo menos um episódio de violência sexual na vida por parceiro tem sido estimada internacionalmente entre 2% e 50%, a maioria das estimativas ficando entre 13 a 25% das mulheres (D'OLIVEIRA, 2000). O mesmo padrão se repete em estudos sobre países latino-americanos chegam a demonstrar mais de 50% das mulheres relatando ao menos um episódio de violência física ou sexual perpetrada pelo parceiro durante a vida. Dados de pesquisa realizada em Durango (México) no ano de 1996 demonstram que 42% das mulheres relataram ter sofrido este tipo de agressão alguma vez na vida. Em São Paulo (Brasil) 10% das mulheres havia sido forçadas (tentado ou consumado) a prática sexual contra sua vontade por parceiro alguma vez na vida (OMS, 2002). Entre os casos de violência sexual por parceiro de acordo com GIFFIN (1994) em estudos realizados sobre a violência nas relações de casal, encontrou que de 10% a 14% de todas as mulheres Norte Americanas declararam que os maridos as forçam a fazer sexo contra sua vontade.

Esta violência sexual entre parceiros íntimos na maioria dos países, inclusive no Brasil, não é condenada, pois sequer é reconhecido o estupro marital como crime, ou seja, é um “fenômeno de violência que não existe” perante a sociedade e muito menos perante a

justiça. Ainda que, alguns países: Alemanha, Áustria, Austrália, França, México começaram a criar leis contra o estupro marital, apontando para um imenso progresso, é muito difícil para a mulher prestar uma queixa justamente pela dificuldade para se obter provas evidenciais sobre o crime.

Enquanto há um descompasso entre a lentidão do sistema penal, o não reconhecimento dos direitos humanos e universais das mulheres, e uma questão cultural talvez mais significativa baseada no “contrato” de prestação de favores sexuais ilimitados aos companheiros/maridos, as mulheres continuam sendo violentadas na sua intimidade por seus parceiros íntimos. Segundo dados da (UNICEF, 2000) estudos realizados em diversos países de 10 a 15% das mulheres revelam ter sido forçada a ter relações sexuais com seu parceiro íntimo.

Com base em diversos estudos realizados em Bangladesh, Estados Unidos, Ilhas Fidji, Índia, Papua Nova Guiné, Peru e Sri Lanka, estabeleceu-se uma estreita correlação entre violência doméstica e os casos de suicídio. De acordo com o UNICEF (2000), uma mulher que sofreu abusos tem doze vezes mais probabilidade de suicidar-se do que uma que não sofreu violência. Ainda, o assassinato de mulheres pelos homens que as maltratam é um fenômeno que se deveria considerar, segundo dados do Conselho Econômico e Social (ECOSOC)⁶ das Nações Unidas (1996) como uma categoria especial, quando se analisam as diferentes formas de violência doméstica. Neste sentido, tem sido documentada a incidência do femicídio (assassinato de mulheres) no âmbito doméstico em países como Austrália, Bangladesh, Canadá e Tailândia, entre outros. Uma análise comparativa sobre o femicídio, baseado em dados de 1991, chegou a conclusão que as mulheres Russas teriam duas vezes e meio mais probabilidade de morrer assassinada por seu marido que as americanas, segundo dados do UNICEF (2000).

⁶ ECOSOC das Nações Unidas apud UNICEF. *Domestic Violence Against women and girls*. Innocenti Digest n°6. United Nations Children's Fund – UNICEF, Innocenti Research Centre - Florence – Italy, – may 2000.

Considerada a variação metodológica presente nos estudos quanto ao desenho e definição de violência, tornando seus números pouco comparáveis, pode-se concluir que as evidências apontam para o fato de que a violência por parceiro íntimo é uma experiência bastante comum transculturalmente, ou seja, é um problema recorrente que acomete não só os países ditos do 3º mundo, repercutindo em questões de morbi-mortalidade da mulher.

Um problema a se destacar para realizar estimativas similares no Brasil, é o fato de que num primeiro momento, é a violência por causas externas, aquela que tem grande visibilidade – na qual os homens, especialmente os homens jovens, estão muito mais expostos que as mulheres à violência e ao homicídio cometida por estranhos ou conhecidos no espaço público, ao passo que a violência praticada contra as mulheres, que é de alta magnitude, justamente por ocorrer no espaço das relações de intimidade nem sempre é diagnosticada e pode estar bastante subestimada nos indicadores mais usados. Essa característica que tem sua raiz na violência de gênero confere determinada particularidade à questão, trata-se, pois de problema de alta relevância com repercussões importantes que refletem na saúde das mulheres e especificamente no uso que estas fazem dos serviços de saúde, como veremos a seguir.

Uma característica dos atos de violência nas relações amorosas refere-se à sobreposição de atos de violência (ANDRADE, 2003) de tal forma que o abuso é mais do que um ato isolado de agressão física, geralmente vem acompanhado pela violência psicológica, e em inúmeros casos também por agressões sexuais, conforme pudemos observar nos estudos de prevalência populacionais e também se repete em estudos nos serviços. A manifestação da violência física, como aquela que causa ou tenta causar dano intencional, por meio de uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas, e segundo concepções mais recentemente, o castigo repetitivo, não severo, também se considera violência física (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) pode ocorrer de várias formas, através de: tapas, empurrões, socos, mordidas, queimaduras, cortes, estrangulamento e lesões por armas ou objetos cortantes, entre outros. É bem verdade que o abuso psicológico é o expressão mais comum da violência doméstica, também é verdade que é a mais difícil forma de violência de ser definida e denunciada, conduzindo freqüentemente a mulher a sensação de impotência e falta de esperança.

A repetição de atos como humilhação e insultos, isolamento forçado e limitação social, ameaças constantes de violência e a negação de recursos econômicos representam esta forma mais sutil e insidiosa de violência, podendo ser cometida com o propósito de castigar, amedrontar e ou controlar a identidade e o comportamento da mulher. Por vezes ela é impingida não só à mulher, mas também contra pessoas queridas, filhos, parentes, animais de estimação ou até mesmo objeto de grande apreço e valor sentimental, como forma de intimidação. Conforme dados do UNICEF (2000) *“mulheres que sofreram violência declaram que a violência psicológica permanente, que significa tortura emocional constante e vida passada de terror, é mais insuportável que a brutalidade física”*.

Ao analisar artigos em bases indexadas sob a rubrica violência doméstica e serviços de saúde da mulher, encontramos uma produção variada. Estes artigos geralmente buscam a ocorrência de violência por parceiro íntimo ou violência doméstica em mulheres usuárias de serviços de saúde, encontrando números tão ou mais elevados do que os encontrados na população geral.

Quanto a prevalência em serviços no Brasil, dados das DELEGACIAS DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER – DDMs (1994) evidenciam que entre os dois mil casos registrados em cinco meses, 70% corresponde a violência doméstica e quase na totalidade deste, a violência foi perpetrada por parceiro ou ex-parceiro, sendo que 40% causaram dano físico sério (GIFFIN, 1994). Cabe ressaltar, no entanto que embora estes dados respondam apenas pelos crimes denunciados neste tipo de serviço, fica evidente o padrão centrado na violência doméstica.

Estudos sobre a realidade americana em serviços de saúde têm demonstrado um índice consistente de 20% das mulheres relatando que sofreram ao menos um episódio de agressão física durante a vida pelo parceiro ou ex-parceiro e 4% expondo o mesmo no último ano (MCCAULEY et al., 1995).

No entanto, não é demais ressaltar que é escasso o conhecimento sobre a ocorrência de violência por parceiro íntimo no contexto brasileiro, especialmente em serviços de atenção primária. Uma vez que a maior parte das informações disponíveis sobre

a prevalência de violência doméstica é de serviços de emergência hospitalar (SUGG & INUI, 1992).

Os serviços de emergência são o primeiro foco de atenção, no que concerne à violência. A violência conjugal é a maior causa de lesão corporal em mulheres atendidas em prontos-socorros. As lesões da violência por parceiro íntimo caracterizam-se por sua cronicidade, por seu caráter sexual e pelo sério impacto psicológico e sexual, mais do que pela gravidade clínica, segundo D'OLIVEIRA (1997).

Os estudos realizados vêm demonstrar as características dos casos de violência por parceiro em serviços de emergência tanto quanto à frequência do problema em unidades básicas de saúde. Estudos internacionais mostram altas prevalências do problema em serviços de saúde. Pesquisa em serviços de emergência demonstram que a ocorrência de violência por parceiro varia de 22% a 35% durante a vida da mulher. Já em atenção primária apresenta uma frequência de 21,4% das mulheres relatando violência doméstica na vida (MCCAULEY et al., 1995).

Uma série de estudos tem sugerido que o abuso por parceiro íntimo é comum entre mulheres que procuram tratamento nas emergências hospitalares. Segundo DEARWATER (1998) os estudos mais recentes reportam que entre 6 a 30% das mulheres que buscam atendimento nas emergências hospitalares o fazem por causa dos sintomas relacionados ao abuso por parceiro. Em serviços de emergência hospitalar americanos, pesquisa com 3455 mulheres entrevistadas encontrou 14,4% das entrevistadas relatando abuso físico ou sexual cometido por um parceiro íntimo no último ano, e 36,9% abuso físico ou emocional durante a vida.

Um dos poucos estudos Brasileiros sobre a caracterização dos casos de violência doméstica centrou-se em dois hospitais públicos na cidade do Rio de Janeiro, entre usuárias a partir dos 15 anos de idade, foram encontrados 72 casos de violência declarada como doméstica. Dentre estes, o agressor foi o parceiro ou ex-parceiro em 69,4% das mulheres atendidas. Em (70,4%) dos casos a agressão foi por espancamento, seguido de agressão com instrumentos (pau, cabo de vassoura, etc...) em 21,1% dos casos, sobretudo na região da face e cabeça, seguidas por braço e mão. Os especialistas mais demandados segundo

apontam os autores, em um dos hospitais foi o ortopedista e o odontólogo, inclusive percebeu-se que esta última categoria profissional foi mais utilizada entre as mulheres vítimas de violências domésticas do que entre o total daquelas que foram vítimas de violência por causas externas. O mesmo padrão se repete para o outro hospital alvo de pesquisa (DESLANDES et al., 2000).

Tais dados assinalam para a gravidade das lesões, indicam uma possível explicação para o fato de mulheres que sofrem violência e não recebem o apoio de ações preventivas, demandarem mais atendimentos hospitalares do que as mulheres que não sofrem violência por parceiro íntimo (DEARWATER, 1998).

Não é demais ressaltar, neste sentido que a visibilidade da violência doméstica e sexual nos serviços de prontos-socorros é fundamental tanto para que ela possa ser reconhecida e tratada como tal, como enquanto fonte de dados e informação para o planejamento de ações. Contudo esta não parece ser uma realidade para todos os serviços de saúde.

Também os serviços de saúde de atenção primária são impactados por essa forma de violência. Recentemente, alguns estudos têm sido produzidos no país. Dois deles em atenção primária – o Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa no Município de São Paulo com usuárias da unidade (D'OLIVEIRA, 2000; SCHRAIBER et al., 2002b). Segundo dados do estudo de SCHRAIBER et al. (2002b) com 143 mulheres usuárias encontraram 41,3% de relatos de violência física perpetrada pelo companheiro alguma vez na vida. O companheiro atual ou anterior foi o agressor em (36,7%) dos relatos de agressão física no último. Enquanto 63,3% destas agressões foram classificadas como severas, (36,7%) foram consideradas moderadas.

Também pesquisa realizada em atenção primária de um estudo da JOHN HOPCKINGS com 1952 mulheres usuárias encontrou 5,5% de relatos de violência doméstica no último ano e 21,4% de mulheres relatando violência doméstica durante a vida adulta, enquanto 32,7% reportava violência doméstica como criança ou adulta (MCCAULEY et al., 1995).

Esta significativa prevalência de violência por parceiro constitui sério problema de saúde, além de ser um grave obstáculo ao desenvolvimento social e econômico. Em seu informe sobre o desenvolvimento mundial de 1993 que se centrou sobre a saúde, O

Banco Mundial calculou os anos de vida perdidos para homens e mulheres por distintas causas. O método, chamado DALY (Disability Adjusted Life Year), consiste em considerar não apenas os anos perdidos por mortalidade, mas também aqueles perdidos por morbidade, que valem uma fração da mortalidade a depender da gravidade da morbidade associada. No quadro a seguir podemos ver a importância da violência como causa de morbidade na comparação com outros problemas tradicionais da saúde pública:

Quadro 3- A carga de saúde global, estimada por condicionantes selecionados em mulheres de 15 a 44 anos de idade

Condição	Anos de vida saudável perdidos ajustados por incapacidade
Condições maternas	29,0
Sepsis	10,0
Trabalho de parto prolongado	7,8
Doenças de transmissão sexual (excluindo AIDS)	15,8
Inflamação pélvica	12,8
Tuberculose	10,9
HIV/AIDS	10,6
Doenças cardiovasculares	10,5
Violação e violência doméstica	9,5
Todos os cânceres:	9,0
Mama	1,4
Colo uterino	1,0
Acidentes automobilísticos	4,2
Guerra	2,7
Malária	2,3

Banco Mundial, 1993, In: Ellsberg et al., 1998

A violência doméstica é mais impactante como causa de anos de vida perdidos por morte ou incapacidade física em mulheres de 15 a 49 anos, que todos os tipos de câncer, acidentes de trânsito e guerras.

Os efeitos relacionados ao trauma são exacerbados pelo fato de o agressor ser um conhecido íntimo o que aumenta a sensação de vulnerabilidade e fragilização. E, por significar uma violência repetida e continuada que por muitas vezes se perpetua cronicamente por muitos anos e às vezes pela vida. Estas situações violentas podem ter conseqüências na auto-estima e auto-imagem destas mulheres, deixando-as *“com menos possibilidade de se proteger, menos seguras e mais propensas a aceitação a vitimização como sendo parte da sua condição de mulher”*. (HEISE, 1994: 36).

As repercussões da violência como problema de saúde não se restringem apenas aos traumas das agressões físicas, significando maior risco no desenvolvimento de uma série de quadros mórbidos, que vem sendo associada, por pesquisadores que estudam o assunto em todo o mundo (HEISE et al., 1994, 1999 ; ELLSBERG et al., 1998; SCHRAIBER & D’OLIVEIRA, 1999; GRISSO et al., 1999; KYRIACOS et al., 1999; D’OLIVEIRA, 2000; CAMPBELL, 2002), a: lesões permanentes, problemas crônicos tais como dor de cabeça, dor abdominal, distúrbios do sono e alimentação, e doenças de efeito retardado, incluindo artrite, hipertensão, doenças cardíacas. Na saúde mental foram encontrados sintomas de depressão, ansiedade severa, fadiga, stress e enfermidades relacionadas ao stress, pânico, abuso de álcool e drogas, baixa auto-estima e suicídio. MCCAULEY et al. (1995) também demonstra que a violência está associada a maiores índices de suicídio, abuso de drogas e álcool, queixas vagas, cefaléia, distúrbios gastrintestinais e sofrimento psíquico em geral, incluindo tentativas de suicídio.

Em relação à saúde reprodutiva HEISE et al., (1994), tem demonstrado forte correlação entre a violência conjugal e maiores taxas de dores pélvicas crônicas, leucorréia de repetição, dor em baixo ventre, bem como menor possibilidade de recorrer a práticas contraceptivas seguras uma vez que não há possibilidade de diálogo/negociação na relação para sexo seguro, tornado-as mais vulneráveis em relação a uma gravidez indesejada ou não planejada e a doenças sexualmente transmissíveis DST/AIDS. Do mesmo modo que as agressões sexuais, o estupro pode conduzir à gravidez indesejada e conseqüentemente as

perigosas complicações em decorrência de aborto ilegal (HEISE et al., 1999). Os estudos internacionais têm demonstrado elevados níveis de violência durante a gestação, sugerindo inclusive que as agressões são mais severas e reiteradas neste período, e dirigidas com frequência a região do abdômen, colocando em risco não só a mulher como o bebê, suas conseqüências relacionam-se com o aumento de risco de abortos espontâneo ou provocados, trabalho de parto prematuro e sofrimento fetal (HEISE et al., 1999).

Em uma revisão feita sob a chancela violência doméstica e sintomas para saúde realizada para discussão do grupo de estudos *violência e gênero nas práticas de saúde**, encontramos uma série de sinais e sintomas em achados clínicos, os quais muitas vezes se repetem em diferentes estudos, no entanto com diferentes classificações para os mesmos problemas de saúde: contusões, laceração e fratura em diversas partes do corpo, as lesões localizam-se na cabeça, rosto, pescoço, tórax, peito, abdômen, nádegas, braços e mãos, pernas e pés (KYRIACOU et al., 1999). Fatores de risco para doenças ginecológicas associados à violência física e sexual, dores pélvicas crônicas, endometriose, infecções, irregularidade menstrual, menstruação dolorosa, disfunção sexual, dores crônicas no abdômen, problemas da arteria-coronariana, gastro-intestinas, diabete, asma, problemas nas juntas ou dor nas costas, zunido, formigamento, dormência, achados durante a gestação, gravidez não planejada, ruptura prematura de membrana, hemorragia, complicações/aborto e carência/ falta de cuidado durante o pré-natal (EISENSTAT & BANCROFT, 1999), entre outras.

O quadro abaixo, extraído de HEISE et al. (1999), ilustra as repercussões mais freqüentes em termos de saúde pelas mulheres.

* Grupo de pesquisa Violência e Gênero nas práticas de Saúde, sob a coordenação da Prof. Lilia Blima Schraiber-Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo/FMUSP.

Quadro 4 - Conseqüências da violência para a saúde das mulheres

Resultados não fatais

Problemas de Saúde Física

- ◆ Lesões físicas (fraturas, feridas, etc)
- ◆ Problemas ginecológicos
- ◆ Gravidez não desejada
- ◆ Abortos
- ◆ inflamação pélvica
- ◆ baixo peso ao nascer
- ◆ abuso de álcool e drogas
- ◆ enxaqueca
- ◆ asma
- ◆ invalidez parcial ou permanente
- ◆ doenças sexualmente transmissíveis, DST/AIDS

Problemas de Saúde Mental

- ◆ Depressão
- ◆ Medo
- ◆ ansiedade
- ◆ Tentativa de suicídio
- ◆ Disfunção sexual
- ◆ Baixa auto-estima
- ◆ Transtorno alimentar
- ◆ Transtorno de stress
- ◆ Transtornos de personalidade
- ◆ Comportamento sexual de alto risco

Resultados fatais

- ◆ Suicídio
- ◆ Homicídio
- ◆ Mortalidade Materna
- ◆ HIV/AIDS

Fonte: adaptado de Heise, 1994.

Como podemos ver, esses sintomas são tradução clínica de uma experiência bastante impactante para as mulheres que vivem em situação de violência. Esta é a única forma de encontrar nos centros de saúde - do modo como são organizados - acolhimento para o seu problema, isto é há tradução para o corpo de um problema que transcende o corpo. É neste sentido que a violência é demanda para os serviços de saúde, na medida em que as conseqüências para a saúde física e mental são o aumento do risco para diversos agravos à saúde, como os inúmeros citados ao longo do trabalho.

No entanto raramente estes aspectos são considerados em emergências hospitalares. Ou seja, uma mulher vítima de espancamento por parceiro tem o mesmo diagnóstico e conduta que uma outra por qualquer outro tipo de lesão.

De acordo com D'OLIVEIRA (2000) embora haja dificuldade por parte dos profissionais em abordar diretamente a questão, estes parecem reconhecer a situação, porque prescrevem diferenciadamente. Mesmo que estas condutas, de diagnósticos vagos pouco contribuam na resolução do problema. Conforme demonstra um estudo americano, 24% das mulheres em situação de violência atendidas em um pronto socorro receberam tranqüilizantes ou analgésicos, enquanto 9% das mulheres com lesões não intencionais obtiveram a mesma prescrição (STARK; FLITCRAFT, 1996). O mesmo estudo mostra que a situação de violência também leva a mais encaminhamentos para serviços de saúde mental: 15% das pacientes que viviam situações de violência doméstica tiveram este tipo de encaminhamento, enquanto apenas 4% das vítimas de lesões não intencionais receberam a mesma orientação.

2.3.1- Uso de serviços

A alegação da potencialidade dos serviços de saúde para identificação e intervenção dos casos de violência doméstica tem sido discutido pela literatura internacional, que associa um uso mais intenso dos serviços de saúde, tanto ambulatoriais como hospitalares, entre aquelas mulheres que sofrem violência física e sexual do que aquelas que não estão nesta situação (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999a; HEISE et al., 1999). A literatura tem mostrado que mulheres que sofrem violência, mesmo

de baixa severidade, têm mais sintomas físicos e mentais que aquelas que não têm história de violência, os autores demonstram ainda que a quantidade de queixas aumenta à medida que aumenta a severidade do abuso MCCAULEY et al (1995), e este efeito persiste mesmo após o fim das situações de violência.

Entre os estudos que procuram associação entre uso de serviços e violência por parceiro íntimo existem diferentes formas de abordagem e diferentes fatores relacionados às características dos indivíduos, de suas necessidades de saúde e da própria constituição dos serviços.

O estudo realizado por HATHAWAY, LORELEI, MUCCI, (2000) examina o cuidado com a saúde (procura por consulta/atendimento) associada à violência por parceiro íntimo. Em amostra baseada em populações clínicas e em planos de saúde, os autores demonstram que mulheres com *Intimate partner violence (IPA)* tem mais sintomas de saúde mental e outros problemas associados e, que, a maior parte delas está em contato rotineiro com os serviços de saúde.

Também a presença de serviços específicos pode influenciar a demanda referida ao serviço de saúde, neste mesmo artigo apenas 15% das mulheres com história de violência buscaram cuidados médicos, 30% contataram ajuda policial e 36% procuraram terapia.

Embora diversos estudos tenham mostrado associação entre mulheres que sofrem ou já sofreram violência por parceiro e usar espontaneamente os serviços de saúde (MAIURO, VITALINO, SUGG, 2000; BAUER, 2000; CAMPBELL, 2002) é escassa literatura que demonstre o que significa o uso aumentado de serviços Alguns artigos, no entanto, fazem alguma referência do que representa esse uso MCCAULEY, et al, (1995) demonstra através de visitas ao serviço de emergência nos últimos seis meses para comparecimento ≥ 1 que pacientes que sofreram abuso utilizaram mais o serviço que aquelas sem história de violência, 23% e 35% respectivamente. Para KOSS et al., (1991) entre as mulheres vitimizadas o consumo de serviços representa um uso 2.5 vezes maior em relação àquelas que não sofrem violência perpetrada por parceiro íntimo.

Uma análise da relação entre abuso por parceiro, *status* de saúde e uso de serviços de saúde por mulheres baseadas em estudos clínicos reforça aumento do consumo de serviços de saúde tanto da prescrição quanto admissão entre mulheres em situação de abuso. Ainda segundo CAMPBELL (2002) esse consumo representa uso três vezes maior de serviços de saúde de emergência entre mulheres que sofrem abuso em relação às usuárias sem relato de violência.

Se, por um lado, esses estudos demonstram a alta ocorrência de violência entre usuárias de serviços de saúde, em especial, em atenção primária, por outro revelam que os profissionais de saúde não identificam a maioria dos casos e quase não registram a violência em prontuário como parte do atendimento SUGG; INUI (1992) como constatou SCHRAIBER et al. (2000) em pesquisa com 322 mulheres usuárias em unidade básica de saúde (57%) com experiência de violência na vida, apenas 10% dos casos estavam registrados em prontuário.

Estes dados vem encorajando políticas de detecção, acolhimento e referência do problema pelos serviços de saúde. Um artigo publicado no *The New England Journal of Medicine* (EISENSTAT & BANCROFT, 1999), faz uma revisão da prevalência do problema e suas conseqüências para a atenção primária e propõe a incorporação da questão através de algumas medidas: pergunta de rotina a todas as usuárias sobre o problema; registro cuidadosos do relato e lesões observadas; respeito e consideração pela mulher, encorajando-a a utilizar os serviços de apoio disponíveis; e estabelecer com ela um plano de segurança quando necessário.

Contudo, poucos serviços de saúde tem incorporado procedimentos para a detecção de rotina de casos de violência, ou que oferecem alguma intervenção para elas. Frequentemente os serviços de saúde confrontam-se com esta realidade, nos casos em que as mulheres procuram atendimento, por problemas de saúde direta ou indiretamente relacionados à violência, entretanto têm sérias dificuldades para lidar com violência de gênero (ÂNGULO-TUESTA, 1997).

Em geral, os profissionais de saúde só perguntam sobre possível violência por parceiro se o trauma for físico, embora as mulheres recebam atendimento médico quase nunca se pergunta o real motivo da visita ao serviço (MORENO, 2002).

Para entendermos esta dificuldade um estudo bastante citado realizado por SUGG & INNUI, (1992) com 38 profissionais, predominantemente médicos de atenção primária de uma rede de serviços da Health Maintenance Organizations (HMO) em Washington, abordou as principais dificuldades percebidas por estes profissionais para a intervenção sobre questões relacionadas à violência doméstica. Estes profissionais trabalhavam em serviços onde a pergunta direta de rotina havia sido implantada na anamnese, no entanto eles sentiam dificuldade de incorporar em sua prática diária o tema. No estudo os principais obstáculos levantados referem-se sensação de impotência; medo de ofender a paciente e a tirania da agenda. Para eles trabalhar com a questão da violência é o mesmo que abrir a *Caixa de Pandora*. Este mito, citado repetidamente pelos profissionais, significa que, ao se abrir a caixa, libertar-se-ia a doença, a insanidade, o vício e a maldade no mundo, questões estas que os profissionais não se sentem à vontade para trabalhar. O interessante neste caso é que nunca se abra esta caixa.

Sintetizando, é inegável a importância da incorporação das questões que permeiam a violência contra mulher pelos serviços de saúde, mesmo porque os efeitos da violência nas relações de intimidade têm sido apresentados de inúmeras formas tanto na atenção primária quanto nos serviços de urgências e emergências.

Mas, o que a mulher acaba por trazer ao serviço de saúde, deste modo, não é a violência como problema e sim seus efeitos, traduzidos em doenças diversas. Não obstante, esta maior frequência de “queixas vagas” faz com que estas pacientes sejam rotuladas nos serviços como somatizadoras, pacientes odiosas, ou poliqueixosas e desqualificadas em suas queixas, gerando o que SCHRAIBER (2001b) chama de uma “... *espiral de demandas e intervenções técnicas e éticas incompetentes para uma assistência integral...*”.

Os reflexos desse problema são com nitidez percebidos no âmbito dos serviços de saúde, seja pela complexidade do atendimento que demandam, seja pelos custos que representam (DESLANDES, GOMES, SILVA, 2000).

Há hipótese, inclusive, sustentada pela literatura internacional, que mulheres em situação de violência criam padrão de uso repetitivo dos serviços por problemas (demandas) recorrentes (SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 1999). Não sendo reconhecida e trabalhada, a violência nas relações de gênero mantém-se como problema nos serviços de saúde, produzindo demanda (SUGG & INUI, 1992; D'OLIVEIRA, 1997; D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 1999; SCHRAIBER et al., 2000). Por ser caracterizado como problema de extrema dificuldade de ser abordado, via de regra, os casos de violência que chegam aos serviços acabam sendo medicalizados em suas demandas, reiterando-se como casos persistentes, em consequência disso, haveria uma diminuição da capacidade de produção das unidades e aumento de seus custos.

O nosso estudo não chegará a discutir a questão do custo, mas pretende-se, ao menos, caracterizar o uso de serviços por mulheres que sofrem e não sofrem violência e verificar a ocorrência de repetições neste uso, a que chamamos de “uso repetitivo”.

Para tal, buscaremos verificar a prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo, caracterizar a violência segundo seus tipos (física, sexual e psicológica) e mapear o uso de serviços de saúde, tomando como base empírica uma amostra de serviços da rede pública do Município de São Paulo. Estes serviços, como se discutirá adiante, são em particular de atenção primária nível de atendimento para o qual quer-se contribuir com a presente pesquisa.

CAPÍTULO 3
OBJETIVOS

3.1- GERAL

Este trabalho tem por objetivo caracterizar o padrão de uso de serviços de saúde de atenção primária, do sistema público de saúde do Município de São Paulo, por mulheres de 15 a 49 anos, que relataram ou não violência por parceiro íntimo.

3.2- ESPECÍFICOS

Identificar características sócio-demográficas e reprodutivas, das mulheres de 15 a 49 anos usuárias dos serviços estudados.

Conhecer a prevalência de mulheres em situação de violência por parceiro, entre aquelas usuárias de 15 a 49 anos e caracterizar os tipos de violência.

Identificar quantas visitas/ano foram demandadas entre mulheres que relatam e que não relatam violência, para cada sítio estudado.

Identificar se há uso diferenciado das atividades oferecidas pela UBS, através das “frequências de uso”/ano para cada atividade, para mulheres que relataram violência.

Caracterizar o uso reiterado das atividades e do serviço (UBS), se possível, com base nos achados de frequência de uso.

CAPÍTULO 4
METODOLOGIA

4.1- POPULAÇÃO E DESENHO DO ESTUDO

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior¹, intitulado “Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para programas de saúde da mulher” Foi investigada a ocorrência de casos de violência doméstica e sexual entre 3193 usuárias de 15 a 49 anos, de 19 serviços que são portas de entrada (Unidades Básicas de Saúde) da rede pública de saúde da Grande São Paulo. A investigação processou-se no âmbito dos municípios de São Paulo, Santo André, Diadema e Mogi das Cruzes. O estudo teve por Instituição Parceira a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e, nos municípios da Grande São Paulo em que houve a municipalização dos serviços de saúde da rede estadual, contou com a anuência formal das respectivas Secretarias Municipais de Saúde. No caso do Município de São Paulo, a municipalização da rede assistencial ocorreu durante a realização da pesquisa, no entanto os serviços inicialmente aderidos permaneceram no projeto com anuência da própria Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, os 19 serviços, foram classificados em 09 locais ou “sítios de pesquisa”, em razão de sua localização geográfica, pertencimento à rede administrativa específica e forma similar de funcionamento. Os serviços participantes responderam aos seguintes critérios para entrada na pesquisa:

1. Significativos volumes de demanda, a fim de permitir adequada logística à aplicação das entrevistas, em tempos compatíveis com a pesquisa e o funcionamento regular dos serviços;
2. Presença de profissionais da equipe de saúde que possam acolher casos ativados pela pesquisa, tais como assistentes sociais e/ou psicólogos e/ou enfermeiros e/ou educadores, além do médico;

¹ Daqui para frente para evitar possíveis confusões, sempre que me referir ao estudo “Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para programas de saúde da mulher” chamarei de **pesquisa maior**.

3. Serviços com qualidade de funcionamento capazes de serem referências em suas regiões para um primeiro atendimento na saúde de mulheres em situação de violência, que serão objeto de futuro treinamento e implantação da tecnologia de atendimento apropriada à saúde, enquanto portas-de-entrada;
4. Qualidade do registro médico e registro de outros profissionais em prontuário;
5. Condições de instalação e outras infra-estruturas de apoio logístico à pesquisa de campo;
6. Sensibilidade e disponibilidade da chefia e das equipes ao problema violência como necessidade de saúde.

A todos os serviços participantes do projeto maior foram solicitadas manifestações por escrito de interesse e adesão e também foram assinados os termos éticos de consentimento para a pesquisa.

O objeto de estudo deste trabalho, a violência contra a mulher aqui está recortada para estudar em especial o padrão de uso de serviços de saúde entre as mulheres que relataram ou não violência por parceiro íntimo, partindo da hipótese que mulheres em situação de violência constituem uma ocorrência de alta prevalência em serviços de saúde e criam padrão de uso repetitivo dos mesmos, com demandas recorrentes, de difícil resolução. Para tanto, a amostra deste particular estudo é constituída por 1008 mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos), usuárias de 08 serviços públicos de saúde do Município de São Paulo. Estas mulheres foram investigadas por entrevista com questionário fechado e

Portanto, os serviços do município de São Paulo, estão divididos em 03 diferentes “sítios” ou locais de pesquisa, a saber: – Região centro oeste, com 06 serviços; Região sul, 01 serviço e Região norte, com 01 serviço, como no Quadro a seguir, em que se apontam os serviços e as amostras previstas e realizadas. Sendo eles:

Quadro 5- Amostra prevista e realizada de entrevistas com usuárias do município de São Paulo, 2001.

Sítios de pesquisa e serviços		Amostra usuárias	Questionários aplicados
Município de São Paulo			
DIR I			
Núcleo I de Saúde:	CS I Pinheiros; CS II Vila Ipojuca; CS	335	336
Região centro oeste	II Vera Cruz; CS II Rio Pequeno; CS II Caxingui; CS II Bom Retiro		56; 56 56;56 56;56
Núcleo II de Saúde:	CS II Paraisópolis	335	337
Região sul			
Núcleo IV de Saúde:	CS II Carandiru	335	335
Região norte			
TOTAL.....		1008 usuárias (08 serviços)

Os serviços que compõem o presente estudo são do tipo ambulatorial e portas de entrada para atendimento a mulheres de modo geral no sistema público de saúde. A entrada é definida como a *via pela qual a usuária alcança* a assistência que pretende, e no caso dos serviços que compõem este estudo, tal entrada é constituída como **uma única porta**. Ou seja, esta entrada é a via que promove o primeiro contato da usuária com a unidade e a partir do que está aberto seu acesso (SCHRAIBER e col., 2003). A clientela constituída como demanda espontânea, é aquela em que a mulher por reconhecer que necessita de cuidados, vai à unidade em busca de assistência. Desta forma, teremos neste estudo para as usuárias do Município de São Paulo, a situação de porta de entrada única e de demanda espontânea. Na pesquisa maior há locais com mais de um tipo de porta de entrada e mais de um tipo de demanda.

A estruturação dos serviços tem a seguintes características, para porta de entrada ela é única e a demanda espontânea (quando se trata de porta aberta aos usuários) para o conjunto dos 08 serviços pesquisados. As atividades das unidades concentravam-se

em 2 turnos diários, manhãs e tardes. O volume de atendimento varia de menos de 300 usuárias por mês (CS II Bom Retiro, Caxingui e Vera Cruz), entre 300 e 1000 usuárias por mês (CS II Rio Pequeno, Vila Ipojuca, Carandiru e CS I Pinheiros), e mais de 1000 usuárias por mês no caso do CS II Paraisópolis, único sítio desta pesquisa com volume de atendimento considerado grande. Cabe aqui uma observação, esta UBS encontra-se dentro de uma favela com mesmo nome, de grande porte, localizada em uma região de área nobre da cidade de São Paulo, o bairro do Morumbi, e justamente pela sua localização geográfica – estar dentro de uma favela - é seu volume de atendimento é grande. Cabe ainda destacar que os volumes de atendimento ano das unidades aqui considerado são aqueles que se referem às mulheres de 15 a 49 anos e não ao volume total de atendimento das unidades.

A pesquisa maior valeu-se de abordagens segundo metodologias qualitativas e quantitativas de apreender e analisar seu objeto. Para o desenvolvimento do presente trabalho, utilizou-se apenas parte do produzido na frente quantitativa. Foram realizados 1008 entrevistas estruturadas com base em questionário aplicado em usuárias dos 08 serviços de saúde citados acima, identificando características sócio-demográficas das mulheres, a frequência, tipo e gravidade dos episódios de violências por parceiros íntimos. Foram também realizadas leituras de registros médicos das usuárias entrevistadas, através do preenchimento de fichas de leitura padronizadas dos prontuários. Buscou-se nestes prontuários caracterizar o uso do serviço, discriminando cada atividade assistencial, tal como registrado ao longo de toda a vida de usuária das mulheres entrevistadas, a fim de caracterizar o uso do serviço e os registros de violência destas usuárias, conforme explicitado nos objetivos.

4.2- O TRABALHO DE CAMPO

Antecedendo o início de cada campo, realizamos as “visitas preparatórias” aos serviços com intuito de mapeá-los enquanto forma de organização e dinâmica do atendimento. Foram, assim, colhidas as seguintes informações, para o conjunto dos serviços:

1. Portas de entrada na Unidade (via de alcançar a assistência)
2. Volume médio de demanda, com base em pelo menos 6 meses de observação. Este volume médio refere-se ao total de atendimentos da unidade quando não foi possível estimá-lo para os atendimentos de mulheres adultas;
3. Volume médio de demanda por porta de entrada, quando pertinente;
4. Origem da demanda (ou forma de constituição da clientela);
5. Direção Técnica do Serviço – Nome e área profissional;
6. Conformação da equipe assistencial universitária (preferencialmente) e não universitária esta última em especial nos serviços PSF/ QUALIS;
7. Mapa das ações assistenciais executadas na Unidade com a identificação dos médicos consultantes por especialidade, quando cabível;
8. Horários de atendimento e tempos de espera para os distintos atendimentos;
9. Trajetos assistenciais no interior da Unidade e para fora dela (encaminhamentos e recebimentos de pacientes).

Na seqüência da realização dos pré-testes dos instrumentos ‘questionário’ e ‘ficha leitura de prontuários’, duas semanas antes do início do campo, realizávamos uma nova visita com intuito de confirmar ou retificar as informações já obtidas. Esta última visita foi realizada através de observação direta dos atendimentos realizados nas unidades e por nós detalhadamente anotados (no estilo etnográfico de descrição) para viabilizarmos a logística do campo e também para propiciar um conhecimento sobre a “organização tecnológica do trabalho existente”. Este objetivo não estava previsto de início, mas se mostrou necessário à logística e também para a análise da qualidade de atuação dos serviços no lidar com as mulheres, sobretudo aquelas em situação de violência. Com esta observação verificamos o percurso assistencial das usuárias elegíveis para a pesquisa desde sua entrada no serviço. O mesmo estudo foi realizado para o fluxo dos prontuários. Esta

atividade muito nos auxiliou na viabilização da aplicação dos questionários de entrevista, sem que esta atividade atrapalhasse a dinâmica dos serviços, uma vez que alguns deles diferem quanto à forma de entrada das usuárias para o atendimento, a marcação de consultas, o número de médicos na unidade, forma de espera para a consulta e ainda os horários de atendimento.

No desenho original do projeto maior estava prevista a realização de 1 piloto em uma unidade básica de saúde por considerar que a grande maioria dos locais da pesquisa eram serviços de atenção primária de tipo porta de entrada para usuárias com características socioeconômicas similares. No entanto, como as Visitas Preparatórias apontaram para significativas diferenças e particularidades na estrutura, organização e funcionamento dos serviços, o que implicou na realização de mais pilotos.

Foram realizados, no total, 3 pilotos. Na semana que antecedia o início da coleta de dados empíricos, o primeiro piloto ocorreu em Mogi das Cruzes, local por onde a pesquisa maior começou. Nos períodos da manhã e tarde, a supervisora neste serviço distribuiu a equipe de pesquisadoras (6) e cada uma delas aplicou 2 questionários por período, totalizando 12 questionários. O segundo piloto aconteceu no CS Vera Cruz, serviço integrante do local de pesquisa 'Núcleo I/Região Centro Oeste de São Paulo'. O piloto realizado neste serviço, serviu para montar a logística de campo dos serviços que compunham o Núcleo I (CS Rio Pequeno, CS Caxingui, CS V. Ipojuca, CS Pinheiros, CS Bom Retiro). No CS Vera Cruz também foram aplicados questionários nos dois períodos (manhã e tarde), totalizando 16. O terceiro piloto ocorreu no CS Paraisópolis e se justificou dado a característica de ser o único serviço da amostra que se localiza em favela e apresenta a particularidade de alto fluxo de usuárias elegíveis. Assim, foram aplicados entre os períodos da manhã e tarde 14 questionários. Para cada um dos pilotos realizados, as supervisoras de campo faziam a correção dos questionários ainda em campo e estes eram trazidos para o escritório onde eram novamente revisados e codificados.

Esta atividade se mostrou acertada de modo a verificar: qual a melhor forma de convidar a mulher a participar da entrevista; se os locais designados realmente asseguravam a privacidade para entrevista; qual o melhor horário para a equipe chegar ao serviço e ainda

escala das entrevistadoras. Tanto a direção dos serviços, quanto os funcionários, de um modo geral foram colaboradores para com as atividades do campo.

A coleta de dados empíricos teve início em maio de 2001 e seu término em agosto do mesmo ano, e seguiu a seguinte ordem: CS Paraisópolis, CS Vera Cruz, CS V. Ipojuca, CS Rio Pequeno, CS Caxingui, CS Pinheiros, CS Bom Retiro e CS Carandiru. Esta coleta foi desenvolvida em duas etapas: entrevista com usuárias e leitura de prontuários. Houve a necessidade de interromper o campo, durante o mês de Julho, pois se sabe que se trata de um mês atípico nos serviços de atenção primária, quanto à demanda de usuários e funcionamento do serviço (férias escolares, férias de profissionais dos serviços).

4.2.1- Entrevista com usuárias e o instrumento “questionário”

As mulheres elegíveis para a pesquisa eram aquelas que se dirigiam as UBS a procura de atendimento nas áreas de saúde da mulher e saúde do adulto, qual seja, preferencialmente para consulta com clínico e/ou ginecologista, incluindo a coleta de exame de câncer de colo de útero (papanicolau). Além do critério idade (15 e 49 anos de idade), essas mulheres deveriam ter usado o serviço anteriormente pelo menos uma vez e/ou ter matrícula na UBS.

O convite para participarem da pesquisa era feito sistematicamente a todas as mulheres que aguardavam em sala de espera o atendimento médico ou aquelas que procuravam o serviço para agendamento de consultas ou exames. Nos dirigíamos às usuárias esperando sempre o melhor momento para nos apresentar, introduzindo a pesquisa e seus objetivos. De modo geral, o procedimento de identificação das mulheres elegíveis dava-se antes da chegada do profissional médico, quando os prontuários das mulheres já estavam separados. Após a conferência na agenda de cada profissional da assistência por período, às supervisoras verificavam se as mulheres eram elegíveis. Para as que se encontravam no início da lista de atendimento, o convite para participar da pesquisa era feito para o momento posterior à consulta; para as usuárias que se encontravam no final da lista, o convite à participação era feito antes da consulta, desde que houvesse um intervalo

de tempo médio até a consulta de 40 minutos. O questionário tinha uma duração em média de 30'. Procedendo desta maneira, foi possível realizar o número de entrevistas adequado nos períodos de atendimento dos profissionais sem perturbar o atendimento das mulheres, desempenho dos profissionais nas atividades e o funcionamento dos serviços.

Em todos os serviços a questão da privacidade para a realização das entrevistas foi uma preocupação constante, para garantir o não constrangimento por parte da entrevistada, além de evitar a subinformação por dificuldade em se falar de um assunto tão íntimo e delicado. Cabe ressaltar que ficava garantido à mulher, que em hipótese nenhuma, ela perderia sua vez de entrada na consulta por estar respondendo ao questionário. Também se garantia que, de forma alguma, caso ela não quisesse participar ou sentisse vontade de interromper a entrevista a qualquer momento, seu atendimento na unidade seria prejudicado, sendo facultativo participar ou não da entrevista. De fato, foi possível realizar as entrevistas nos períodos de atendimento das unidades sem perturbar o fluxo de atendimento, cabe também comentar que algumas usuárias preferiam completar a entrevista, realocando-se na ordem de atendimentos com os profissionais.

Quando da aceitação em participar do estudo, às usuárias era explicado que se tratava de pesquisa sobre “saúde da mulher e uso de serviços”. No momento do questionário em que, eram abordadas questões relacionadas à violência, perguntava-se especificamente sobre a continuidade da entrevista ou não. Além disso, para a realização da entrevista, por uma questão ética, era necessário que ela assinasse juntamente com a entrevistadora um Consentimento Informado (ANEXO I). Antes de começarmos a entrevista, propriamente dita, colocávamos de novo os objetivos da pesquisa e reafirmávamos a questão do sigilo dos dados coletados e a importância da participação das mulheres neste estudo com usuárias de serviços de saúde.

Por se tratar de temática que consideramos um “tema sensível”, a atenção e cuidados adicionais foram levados em conta na abordagem das entrevistadas, na condução da entrevista e, quando necessário, no acolhimento e encaminhamento assistencial. Portanto, foi oferecido suporte assistencial às mulheres entrevistadas que relataram situações de violência vividas no presente ou passado, por meio de entrega quando manifestavam interesse pelo mini-guia de serviços que atendam mulheres em situação de

violência no município de São Paulo³– isto porque, em alguns casos quando a violência vivida é severa, se um companheiro violento acha um endereço que exponha a mulher a uma situação de conflito, esta via-de-regra prefere não levar consigo para sua casa qualquer material que ponha em risco sua vida, isto é, que possa suscitar a raiva por parte do agressor – por esta razão ele era entregue as usuárias que referiam interesse, e devidamente orientado pela entrevistadora quanto ao uso do mesmo, que consta de endereços, características, e horário de atendimento de instituições de apoio psicossocial, jurídico e policial, material este produzido pela equipe do projeto maior.

Cabe comentar o fato de que mesmo as mulheres por nós entrevistadas que viviam situações extremadas de violência, referiam interesse pelo mini-guia, assim como as usuárias que não experimentaram situação parecida pediam exemplares a mais para entregar a vizinhas, amigas, irmãs e parentes que vivem situações de violência.

As entrevistas foram realizadas de forma sistemática ao longo da semana de atendimento nos serviços, obedecendo ao fluxo e a dinâmica do mesmo. Adotou-se a semana como unidade típica de funcionamento da assistência. Isto é, dada à variação no uso dos serviços desse tipo ao longo dos dias da semana, a amostra foi completada respeitando-se um mínimo de uma semana de coleta. Assim sendo, nos valem da captação das mulheres que compareceram espontaneamente aos serviços até completar a amostra. Ou seja, a amostra prevista (335) foi repartida pelos dias da semana e a cada dia, por período de atendimento (manhã e tarde) segundo o volume de atendimentos do dia e do período.

Ficávamos em média 06 dias úteis para completar as 335 entrevistas e no Núcleo I, como são 06 serviços diferentes e 56 questionários a serem realizados em cada um, ficamos 30 dias para concluí-lo. O maior prolongamento do tempo de coleta dos dados ocorreu no CS Carandiru, devido à baixa demanda de usuárias elegíveis para a pesquisa. As entrevistas aconteceram em espaços privativos ou consultórios médicos onde não havia atendimento ou em salas de enfermagem, assistentes sociais e até na sala da direção cedida pela gerência. Os ambientes estiveram sempre adequados e arrumados, permitindo um espaço favorável para o desenrolar da entrevista.

³ GUIA DE SERVIÇOS PARA O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. *Mulheres em situação de violência*. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde & Centro de Saúde Samuel Pessoa /FMUSP, São Paulo, 1999 (2 ed).

pela gerência. Os ambientes estiveram sempre adequados e arrumados, permitindo um espaço favorável para o desenrolar da entrevista.

Foram poucas as recusas e nenhuma desistência ao longo da entrevista. Tivemos problemas apenas no CS do Rio Pequeno, pois uma das entrevistadas estava com o marido, recém saído da penitenciária, e este se mostrava nervoso pelo fato da mulher estar participando de uma entrevista que ele “não sabia bem do que se tratava”. Neste caso, esta usuária relatou viver situação presente de violência reiterada por parte deste companheiro e o mesmo se mostrou extremamente hostil com a equipe de pesquisadores. Um outro campo da pesquisa em que a equipe central e a de campo tiveram grande preocupação em agilizar o término da coleta de dados foi em Paraisópolis, isto porque depois de umas duas semanas de coleta, algumas usuárias nos procuravam querendo participar da pesquisa “pois minha vizinha me falou...” ou “é que eu queria ganhar um daqueles caderninhos” (mini-guia de serviços). Isto ocorreu, ao nosso ver, porque estas usuárias residem em favela e os laços de convivência e proximidade pelo fato dos barracos serem divididos apenas por madeira. Acaba-se, assim por se compartilhar não só acontecimentos do bairro, mas também episódios da vida do casal, tal como violência sofrida pela vizinha, amiga, irmã ou até pela mãe.

O instrumento utilizado foi um questionário fechado com 54 questões relativas a seis blocos. A estrutura do questionário de entrevista (ANEXO II) com usuárias consta de uma primeira parte relativa a características de identificação do serviço e usuária e características sociodemográficas e familiar. O segundo bloco aborda aspectos de saúde reprodutiva e sexualidade incluindo a presença de sintomas relacionados às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a realização do teste para detecção do vírus HIV. As questões que seguem levantam problemas de saúde referidos, como a presença de transtorno mental comum (TMC). Foi utilizado o instrumento *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) composto por questões com resposta do tipo sim/não (HARDING et al., 1980).

O terceiro bloco aborda especificamente as questões sobre diversas formas de violência (psicológica, física e/ou sexual) vividas pelas mulheres praticadas por parceiro atual ou anterior. As questões referem-se a comportamentos e situações concretas acontecidas na relação com o parceiro atual ou anterior na vida ou no último. O instrumento

utilizado foi o Escala de táticas perante o conflito CTS (*Conflicts Tactics Scale*) para medir a frequência e a severidade de atos específicos de violência física e psicológica entre parceiros íntimos. O que este instrumento explora são experiências relatadas de forma específica e definidas em atos de violências, tais como, tapas, socos, pontapés (STRAUS, 1979). Existe o CTS I e o CTS II, este último inclui também agressão sexual. Na pesquisa maior, o instrumento utilizado para coletar informações sobre ocorrência de violência é o CTS II modificado.

O quinto bloco procurou explorar situações de violência perpetrada por pessoas próximas que não o cônjuge (familiares e amigos), e por outros (vizinhos, conhecidos e desconhecidos).

Os últimos blocos referem-se à percepção da mulher sobre a ocorrência do episódio de violência na vida, isto porque mesmo tendo respondido que sofriam violência, muitas não reconheciam como violência o ocorrido, e sim como algo “natural” inerente às relações de casal; ainda foi incluída uma questão com uma breve avaliação do estado de bem-estar da usuária ao final da entrevista e a possibilidade da temática violência ser abordada de forma rotineira pelos profissionais do serviço de saúde que frequenta.

Para esse estudo utilizamos informações referentes apenas aos três primeiros blocos do questionário, ou seja, apenas questões relativas às características sócio-demográficas, vida reprodutiva das mulheres e a ocorrência de violência por parceiro íntimo.

4.2.2- Leitura de prontuários e o instrumento “ficha de leitura”

A coleta de dados por meio da leitura de prontuários médicos dos 08 serviços pesquisados foi uma atividade realizada quase sempre concomitante à aplicação de questionário em entrevista com usuárias.

Para esta atividade contamos com a parceria dos próprios funcionários dos serviços devidamente treinados pela coordenação da pesquisa maior através de uma Oficina de Pesquisa, com intuito de habilitá-los para a leitura de prontuários. Esta decisão de estimular a presença desses profissionais na equipe de trabalho de campo foi pensada:

1. Pela possibilidade de transferência de tecnologia, pelo aprendizado de técnicas de pesquisa pelos profissionais; 2. Por maior familiaridade e, portanto, facilidade dos profissionais analisarem as informações contidas nos registros médicos, o que possibilitaria uma coleta de dados mais acurada.

De uma maneira geral, os profissionais dos serviços e a direção demonstraram interesse pela atividade de leitura de prontuários. Ficou acertado com a coordenação da pesquisa que seriam designados horários e dias a serem trabalhados de forma que não coincidissem com as atividades dos profissionais em seus serviços. Em apenas 2 serviços não tivemos participação constante dos funcionários, no CS V. Ipojuca e Rio Pequeno, em razão de atrasos e faltas por conta da agenda de trabalho em suas unidades. O único serviço em que não houve a participação de nenhum profissional inclusive da direção – pois esta logo após os primeiros contatos foi substituída foi o CS Bom Retiro. Nos demais, a participação tanto dos profissionais quanto da direção foi bastante significativa. No CS Vera Cruz, por exemplo, a diretora participou de toda a coleta de dados de leitura de prontuários, demonstrando grande preocupação, quando não era possível compreender as anotações nos prontuários de seu serviço. Neste sentido também da perspectiva de aprimorar o registro em sua unidade, a pesquisa produziu efeitos maiores.

Esta atividade de leitura de prontuários foi a de maior dificuldade técnica na coleta de dados, primeiramente, por requerer uma supervisão constante quanto à forma de padronização dos procedimentos de leitura, tanto quanto do preenchimento da ficha de coleta de dados, como no que tange a classificação da informação médica. Também a ilegibilidade dos registros demandou atenção especial.

O instrumento “ficha de leitura” (ANEXO III) constou de duas fichas: A primeira foi pensada como forma de realizar um levantamento quantitativo do uso de serviço no último ano e o uso de serviço na vida das usuárias, (cuja data de referência é a da realização da entrevista), bem como verificando se há registro de episódios de violência anotados nos prontuários médicos. Com a segunda ficha realizamos um levantamento qualitativo do uso de serviços de saúde no último ano, por meio dos tipos de demanda das usuárias (sintomas, queixas e diagnósticos) e pela conduta do atendimento. Esta segunda ficha de análise de prontuários (qualitativo) foi pensada a partir da leitura de bibliografia

internacional que relaciona a violência contra a mulher com uso reiterado de serviços de saúde. A partir deste levantamento chegamos a uma lista de mais de 100 sintomas de saúde relacionados à ocorrência de violência doméstica. Finalmente chegamos ao número de 45 sintomas que utilizamos para o instrumento da pesquisa maior para proceder ao levantamento das queixas e/ ou diagnósticos mais recorrentes das usuárias entrevistadas. No entanto foi necessário um trabalho de reclassificação das demandas na categoria “outros” ao término do campo, que ao final resultou em 65 variáveis estabelecidas para a leitura das informações do registro em prontuário e a codificação dos dados.

Para o trabalho que venho apresentar utilizamos informações referentes apenas ao levantamento quantitativo do uso do serviço de atividades não programáticas (clínica médica e ginecologia) e registros de episódios de violência.

Estamos, para tanto, partindo da hipótese de que a prevalência de violência por parceiro íntimo é alta; o registro em prontuários é muito baixo e, que as mulheres em situação de violência tendem espontaneamente a procurar e usar mais os serviços de saúde.

4.3- ANÁLISE DOS DADOS

Para análise do material empírico consideramos três recortes: 1) características sócio-demográficas e reprodutivas; 2) prevalência de violência por parceiro íntimo, frequência e severidade dos atos; 3) uso de serviços de saúde por mulheres com e sem relato de violência. Para o banco de dados dos questionários foi utilizado o programa FOXPRO 2.6 para Windows e a entrada de dados se deu por meio de uma dupla digitação e o tratamento estatístico no programa STATA 6.0.

Inicialmente, realizou-se uma análise descritiva das características sócio-demográficas e reprodutivas das usuárias dos três sítios Município de São Paulo, em seguida o mesmo foi feito em relação à prevalência de violência e por fim analisou-se o uso das atividades assistenciais por mulheres em situação de violência para então verificar se houve ou não uso reiterado dos serviços por mulheres que sofrem violência.

Para os dados contínuos e normalmente distribuídos utilizou-se a média e os respectivos desvios-padrão.

Foram considerados para essa análise apenas as mulheres com mais de um mês de inscrição no serviço e que haviam comparecido ao serviço de saúde ao menos uma vez. Considerou-se apenas o uso do serviço na vida realizado a partir dos 15 anos de idade.

Para investigar a existência de diferenças, estatisticamente significantes, no número mediano de consultas/ano entre os três diferentes sítios de pesquisa utilizou-se o teste de Kruskal-wallis para três ou mais subpopulações independentes. Para investigar a significância estatística das diferenças do número mediano de consultas/ano entre as usuárias que sofreram ou não violência por parceiro, utilizou-se o teste U de Mann-Whitney para duas subpopulações independentes e com variâncias desiguais a um nível de significância de 5%.

4.4- ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este estudo faz parte de um projeto maior “Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o programa de saúde da mulher” (SCHRAIBER & col, 2003) que obteve aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP (ANEXO IV).

A pesquisa com a temática da violência contra a mulher por ser “tema sensível” exige atenção e cuidados adicionais de natureza ética: 1. acolhimento e encaminhamento assistencial para os casos identificados de mulheres em situação de violência e que queiram assistência; 2. suporte de natureza psicológica e ética aos pesquisadores de campo, em termos de seu treinamento específico como de supervisão técnica e apoio psico-emocional; 3. pesquisa como um momento de educação e valorização dos direitos humanos, primeiro por meio de consentimento elaborado com cuidados éticos e informativos e segundo por meio de entrega de materiais educativos com vistas à disseminação de informações quanto aos direitos humanos universais, direitos das mulheres em especial, como forma de engajamento em prol da cidadania.

CAPÍTULO 5
RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ESTUDADOS

Para caracterizar os serviços deste particular estudo cabe lembrar que este se insere em uma pesquisa maior composta por 19 serviços de saúde agrupados em 09 sítios de pesquisa, conforme quadro abaixo.

Essa pesquisa foi financiada pela FAPESP na linha políticas públicas razão pela qual os serviços participantes constituíram a referida amostra por conveniência, já que deveriam implantar as tecnologias e programas resultantes da pesquisa.

Quadro 6 - Sítios de pesquisa, serviços e aplicação de questionários por serviço da pesquisa maior.

Sítios de pesquisa e Serviços ou subpopulações	Questionários aplicados
Sítio NúcleoI: CSs: Pinheiros; Caxingui; Rio Pequeno; Vera Cruz; Bom Retiro; Vila Ipojuca.	336 56; 56; 56 56; 56; 56
Sítio CSE Barra Funda Profissionais do sexo; Moradora de Rua; moradora da Favela; pop. Sem discriminação +	481 59; 57; 40; 325
Sítio CS Paraisópolis	337
Sítio PSF ¹ USFs: Jd Campos; V Guilhermina; Jd Robru; Gleba Pêssego	335 84; 84; 84; 83
Sítio CS Carandiru	335
Sítio CRT/Aids Pronto Atendimento; Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico (COAS)	363 182; 181
Sítio DIR II Santo André UBSs: Vila Luzita; João Ramalho; Vila Guiomar	335 112; 112; 111
Sítio DIR II Diadema UBS Vila Nogueira	335
Sítio DIR III Mogi das Cruzes HC Luzia de Pinho Melo	336
Total	3193

¹Programa de Saúde da Família

Destes estamos trabalhando com os serviços localizados no Município de São Paulo (CS II Bom Retiro, Caxingui, Vera Cruz, Rio Pequeno, Vila Ipojuca, CS I Pinheiros, que compõem o sítio Núcleo I e ainda CS Paraisópolis e Carandiru), e do Município exclui-se o Centro de Saúde Escola da Barra Funda, Centro de Referência para tratamento de DST/AIDS (CRT/AIDS) e o Programa Saúde da Família (Qualis). Ao nosso ver a exclusão dos três sítios citados se justificam pela diferenciação quanto a características de constituição dos serviços, principalmente em relação à forma de captação de sua demanda que ocorre de forma diversa da atenção primária por demanda espontânea da clientela.

Para este estudo em particular que é sobre o uso de serviços em unidades básicas de saúde e, que está relacionado à hipótese de uso espontâneo por parte das usuárias, é que se optou em trabalhar apenas com aqueles serviços muito semelhantes quanto à forma de organização e captação por demanda espontânea.

De outro lado os sítios restantes em nosso estudo garantem que diferentes regiões da cidade (região sul, centro-oeste e norte) fossem contempladas. A localização geográfica não será abordada para análise do material, mas mostra que a diversidade geográfica garante a diversidade sócio-urbana da cidade de São Paulo. Podemos no mais inferir que um dos sítios desta pesquisa, o CS Paraisópolis é o único que tem uma característica que difere dos demais por estar localizado em área de favela, de perfil urbanizado.

Cabe também, primeiramente, uma descrição dos serviços que compõem os sítios desta pesquisa, para então caracterizar a população e a população usuária do serviço. Esta é prioritariamente composta por usuárias de serviços de saúde do Sistema Público do município de São Paulo, em serviço de atenção primária cujas características não diferem muito entre si. Tal clientela do SUS apresenta perfil muito semelhante em sua composição, qual seja, basicamente é constituída por população de nível socioeconômico baixo, escolaridade primária, faixa etária razoavelmente jovem e migrante da região nortenordeste, como veremos mais à frente.

A estruturação dos serviços é de maneira geral muito homogênea em sua captação da demanda, atividades das unidades e volume de atendimento, já descritos na metodologia. Assim como se assemelham quanto às atividades assistenciais realizadas, o tipo de assistência prestada, bem como têm em sua composição de equipe, profissionais sensíveis à temática, composta basicamente por enfermeiros, ginecologista, pediatras, dentista e auxiliares de enfermagem entre os serviços do Núcleo I. Esta só difere dos demais para atividade de clínico geral no CS V. Ipojuca, homeopata no CS Vera Cruz, visitadora sanitária no CS Caxingui e assistente social no CS de Pinheiros. No sítio Paraisópolis entre os profissionais da assistência cotidiana inclui-se assistente social e uma educadora em Saúde Pública. O CS Carandiru difere dos demais por ter psicólogo e psiquiatra em sua composição profissional.

As atividades assistenciais são aquelas que discriminamos como as ações realizadas, sejam de consulta médica, odontológica, psiquiátrica ou com psicólogos ou de enfermagem, de exames realizados ou de ações sanitárias, e sejam ainda de ações educativas.

De maneira geral os serviços prestam assistência centrada nas atividades de consultas, médica, de diagnóstico precoce e tratamento oportuno. A incorporação de ações de cunho preventivo e educativo fica a cargo de apenas três serviços como podemos verificar no quadro a seguir. Da mesma forma que o tipo de assistência revela a produção do cuidado como citado acima, centrada na assistência médica individual de 02 modalidades: a de natureza biomédica quando é uma assistência principalmente do tipo médico curativo, por consultas individuais tradicionais, o que pode incluir outros profissionais que não o médico como o odontólogo, por exemplo; a de natureza médico-sanitária, quando combinam a assistência médica individual com exames preventivos, ações de educação e promoção à saúde, ou ações de saúde pública (SCHRAIBER e col., 2003).

E por fim, o que denominamos de modificadores da assistência primária que consta de anotações acerca das especificidades de funcionamento de cada serviço, tais como alterações importantes na atenção primária como tradicionalmente é operada.

Quadro 7- Características da assistência dos serviços do MSP, 2001

Serviço	Equipe Composição	Atividades assistenciais	Tipo de assistência	Modificadores da assistência
CS II Rio Pequeno	1 enfermeiro: 2 ginecologistas; 3 pediatras, 1 dentista, auxiliares de enfermagem	Gineco, pré-natal, colposcopia, resultado papa, climatério, clínica médica, pediatria, odontologia, coleta papa, atendimento de enfermagem (aferição PA, coleta exames, curativo, vacina), vigilância, farmácia	1. biomédica	Não tem clínico; o pediatra faz às vezes de clínico.
CS II Vila Ipojuca	Enfermeira, ginecologista, dentista, clínico, pediatra, educadora	Consultas médicas (pediatra, clínico e GO), vigilância sanitária, grupos: amamentação, hipertensão, diabéticos, vacina, saúde bucal, contracepção, papanicolaou e grupos na comunidade, projeto idoso acamado (visita domiciliar)	2. Médico sanitária	Enfermeira faz pré e pós-consultas, vacina, Vigilância, Orientações, Serviço social, grupos. Estavam sem GO
CS II Vera Cruz	2 Enfermeira, 2 clínico, 1 clínico homeopata, 2 dentistas	Consultas médicas e odont, atendimento de enfermagem	1. Biomédica	
CS II Caxingui	3 clínicos, 2 ginecologistas, 2 pediatras, auxiliares de enfermagem, Caxingui visitadora sanitária	Consultas médicas, atendimentos de enfermagem (pré e pós + vacina, coleta, etc), vigilância, farmácia.	1. Biomédica	Demanda de outros CS Visitadora só pós consulta
CS II Bom Retiro	Bom Retiro 2 clínicos, 1 ginecologista, 1 pediatra, atendente de enf.	Consultas médicas, farmácia, atendimento enfermagem	1. Biomédica	Equipe reduzida
CS I Pinheiros*	Na atenção básica: 4 clínicos, 3 ginecos, pediatras, enfermagem, Pinheiros ass social Na Casa do Adolescente: 2 clínicos, 3 ginecos, 2 dentistas, psicólogos, enfermagem.	Consulta médica (clínico, gineco, pediatra), papanicolaou, pré-natal, serviço social (faz encaminhamentos)* Consultas médicas, odont, psico, grupos, disque adolescente, pré-natal.	1. Biomédica 2. Médico sanitária	Não regionalizado - atende criança a partir de 11 anos
CS II Paraisópolis	Enfermeira, 4 ginecologista, 3 clínico, pediatra, assistente social, educadora, dentista	Consultas médicas e odont, grupo gestante, atend enfermagem, grupo planejamento familiar, grupos na comunidade	2. Médico sanitária	
CS II Carandiru	2 Enfermeira, 3 ginecologista, 2 clínico, 1 psicólogo, 1 psiquiatra, 1 fisioterapeuta, 1 fono, 3 pediatra, 2 dentista, 2 assistente social	Consultas médicas, odont, psiquiatra, psicólogo, serviço social, fisioterapia, grupos 3ª idade, gestantes, SM, atendimento enfermagem e farmácia	2. Médico sanitária	

*Este serviço conta com Ambulatório de Especialidades que não estão sendo considerados aqui. O quadro apresenta somente as atividades da atenção primária.
Adaptado de: SCHRAIBER e col., 2003

5.2- CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE USUÁRIAS DO MSP

Neste item, caracterizamos os sítios como um todo quanto ao perfil de sua clientela. Essa caracterização buscou descrever, de maneira geral, o perfil sócio-demográfico e reprodutivo das mulheres entrevistadas.

5.2.1- Características sócio-demográficas das usuárias do Município de São Paulo

Entre as usuárias de unidades básicas do município de São Paulo a média de **idade** para uma amostra de 1008 mulheres entrevistadas foi de 29,7 anos. Cabe notar que para dois sítios, o Núcleo I e o Carandirú, a média de idade das usuárias foi maior, comparativamente ao outro sítio pesquisado, 30,5 anos para ambos. No pólo oposto, encontra-se o sítio de Paraisópolis que apresenta a mais baixa média de idade das mulheres (28.1 anos). Cabe ressaltar também que a área de abrangência deste sítio alcança, especificamente, uma área ocupada por uma “favela”, com um perfil totalmente urbanizado.

Quanto à **escolaridade**, a média de anos de estudo foi de 6,2 anos, correspondendo ao ginásial. Analisando a distribuição das médias de anos de estudo por sítio investigado, observa-se que o sítio II- Paraisópolis apresenta a mais baixa média de anos de estudo (4,5 anos), enquanto o Núcleo I apresenta a mais alta média (7,2 anos). O serviço do Carandirú apresenta uma média de anos de estudo de (6,9 anos). Como já referido, a área de abrangência do sítio de Paraisópolis alcança uma área de “favela”, o que poderia explicar a baixa escolaridade e nível sócio-econômico da população de usuárias assistida por tal serviço. No caso do Núcleo I, por estar localizado em região mais central do Município, acaba englobando uma parcela da população com nível sócio-econômico melhor que os demais, o que poderia explicar a média mais alta de anos de estudo desta população de usuárias.

Para a classificação do estrato sócio-econômico adotou-se o critério da ABIPEME (Associação Brasileira de Institutos de Pesquisas de Mercado) (ABIPEME, 2001), utilizado em outras pesquisas em saúde reprodutiva, como a PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde), o qual é composto por cinco classes sócio-econômicas, A, B, C, D, E, construídas a partir da somatória de pontos adquiridos pela combinação do nível de instrução do chefe da família, adaptado neste estudo para a instrução da entrevistada, independentemente de ela ser ou não o chefe da família, e posse de bens de consumo duráveis (eletroeletrônicos e eletrodomésticos).

A grande maioria da população assistida pelos serviços do Município de São Paulo, pertence ao estrato sócio-econômico D (41,7%), seguido de 30,2% que pertencem ao estrato C, 20,6% ao estrato E, apenas 7,3% fazem parte do estrato B. A média no escore criado para estrato sócio-econômico oscilou entre 24,8 pontos, correspondendo ao estrato econômico D (representado por Paraisópolis) a 35,7 pontos, correspondendo ao estrato econômico C (representado pelo Carandirú), bem como pelos serviços do Núcleo I (35,4 pontos). A média da amostra de 1008 usuárias foi de 31,9 pontos, correspondendo ao estrato econômico D.

Em relação à situação conjugal das usuárias, privilegiou-se a situação de conjugalidade e de relacionamento sexual das mulheres, preferivelmente ao estado marital ou civil. Desta maneira, as mulheres foram agrupadas entre as eram casadas ou viviam com um companheiro, aquelas que tinham parceria sexual, mas que não conviviam, aquela que tinham namorado, mas não tinham relação sexual e aquelas que estavam solteiras, à época da entrevista, sem parceria sexual.

Assim definidas as categorias de relacionamento afetivo/conjugal, vê-se que 68,6% das usuárias da amostra se definiram como casadas ou vivendo com companheiro e 17,0% das usuárias estavam solteiras, portanto sem parceiro sexual ou namorado à época da entrevista. Cento e vinte sete mulheres (12,6%) relataram ter parceiro/namorado, mantendo relação sexual, mas não coabitavam. As mulheres com parceiro ou namorado, mas sem relacionamento sexual representaram parcela ínfima (1,6%).

A distribuição das usuárias segundo estado conjugal por sítio de saúde investigado demonstrou alguns dados interessantes. Paraisópolis e Núcleo I que apresentaram um significativo afastamento das médias de casadas ou em união consensual e, no pólo oposto, da média daquelas sem parceria sexual. Assim, enquanto Paraisópolis apresentou baixo percentual de mulheres sem parceiro (solteiras) (11,9%), e a mais alta proporção de mulheres casadas ou em união consensual (77,7%), o Núcleo I apresentou o mais baixo percentual nesta última categoria (57,7%) e uma proporção maior de mulheres sem parceiro sexual (solteiras) 23,0%, em comparação aos outros dois sítios. Também se observou que Carandiru tem alta proporção de mulheres casadas ou em união consensual (70,4%), como Paraisópolis, e a mais baixa proporção daquelas com namorado, porém sem relação sexual (0,60%).

Observa-se que 50,1% das usuárias na questão cor da pele, se auto-referiram como brancas, enquanto 24,8% se auto-referiram como sendo mulatas apenas 11,2% das usuárias se auto-referiram como negra proporção um pouco superior a daquelas que se consideravam como morenas ou pardas (11%), sendo que, dentre esta última, segundo a percepção das entrevistadoras havia muitas mulheres negras. É interessante ainda observar que, ao analisar a cor da pele auto-referida segundo sítio de saúde, Carandiru e o sítio Paraisópolis apresentaram as mais altas taxas de mulheres auto-referidas como mulatas/pardas 40,2% e 35,2%, respectivamente. O sítio I foi o serviço que apresentou a maior proporção de usuárias que auto-referiram-se como negras 13,3%, assim como teve o mais baixo percentual de mestiças 0,30%.

Quanto à prática religiosa, optou-se por investigar a prática religiosa da usuária, preferivelmente a sua religião, logo a prática religiosa atual da entrevistada poderia ser diferente da religião, por exemplo, em que foi criada. Também, aqui, não se considerou a existência de múltiplas práticas religiosas, mas aquela considerada principal pela usuária.

Desta forma, encontramos para amostra das 1008 usuárias que a prática religiosa católica é a mais expressiva, atingindo 63,8%. Em segundo lugar, aparece o protestantismo pentecostal com percentual de 16,6%. As pessoas que relataram não ter prática religiosa atingiram 12,2%. As demais práticas religiosas (incluindo as práticas

ligadas aos cultos afro-brasileiros e espíritas, bem como judaica, muçulmana, e orientais) não ultrapassaram 3%.

A análise da prática religiosa das usuárias segundo sítio de saúde investigado aponta algumas peculiaridades: em primeiro lugar, salienta-se que as práticas religiosas pentecostais tiveram maior expressividade no Carandiru (19,1%), nos outros sítios ficou em torno de 15%.

Quanto às práticas religiosas menos expressivas, a população usuária do Núcleo I foi a que apresentou as maiores taxas de praticantes de religiões espíritas e afro-brasileiras, (3,87%). Salienta-se que dentre estas práticas, o espiritismo representou a maior proporção. Entre as usuárias de Paraisópolis não houve nenhum praticante do espiritismo e de umbanda. Entre os sítios o serviço que tem a menor proporção de não praticantes (13,7%) é o Carandirú. Este mesmo serviço apresentou a taxa mais baixa de católicos praticantes (60,9%), comparativamente aos demais serviços. Paraisópolis e Núcleo I têm respectivamente 67,3% e 63,3% de católicos praticantes.

De modo geral, pode-se observar a predominância, como esperado, da prática católica, mas também, uma proporção considerável de evangélicos pentecostais, basicamente um reflexo da migração do catolicismo para este tipo de culto.

O local de nascimento da maioria das usuárias dos sítios pesquisados foi a região Norte e Nordeste (57,7%) e aquelas nascidas na região Sul e Sudeste representam (40%) da população de usuárias dos sítios do município. Menos de 2% das usuárias da amostra nasceram em outras regiões do país ou em países que não o Brasil. No caso destas últimas, vale destacar as Bolivianas que trabalham na região do Bom Retiro no centro da Cidade e são usuárias das unidades C.S. Bom Retiro. A análise por sítio estudado revela que, o sítio Paraisópolis, apresenta uma alta proporção de mulheres nascidas nas regiões norte/nordeste (76,2%), comparativamente aos demais serviços. E no pólo oposto, Carandirú e Núcleo 1, com uma alta proporção de usuárias nascidas na região sul/sudeste, 49,2% e 47,6%, respectivamente.

Quanto à moradia, 71,2% referiram morar em bairro, 21,5% em favela e apenas 7,2% em outros locais, incluindo conjuntos habitacionais, casas de apoio e mesmo na rua. A análise por sítio demonstrou que os maiores percentuais de residência em favela encontram-se nos serviços de Paraisópolis que, como já mencionado, efetivamente se localiza em área de favela. É interessante observar que ao indagadas sobre o local de moradia, 47,6% das usuárias do Sítio Paraisópolis responderam que moravam em favela, contra 50,9% que responderam que moravam em bairro. Ou seja, mais da metade das usuárias deste serviço não consideraram que moravam em favela, sendo que a área de abrangência deste serviço é localizada em região com características de ocupação desordenada, porém com um processo de urbanização avançado, o que pode ter contribuído para a baixa percepção das usuárias quanto à localização da moradia em região de favela e considerarem morar em bairro.

Quanto à variável ocupação o instrumento priorizou a múltipla resposta, no entanto a maioria relatou apenas uma ocupação. Assim, ao considerar o relato da ocupação, trabalhadora autônoma foi referida 31% das vezes, em segundo lugar, ser dona-de-casa/do lar foi referido por 25% das usuárias, enquanto que 15% das usuárias estavam desempregadas à época da entrevista, 18,4% eram empregadas domésticas, 4,7% estudantes e 2,1% relataram ser trabalhadoras esporádicas. Cabe destacar que as porcentagens referem-se ao total de vezes em que cada ocupação foi referida, o que permitia a dupla jornada de trabalho ou composições do tipo estudante e trabalhadora autônoma.

Entre os sítios que apresentaram as maiores porcentagens de usuárias que relataram ser trabalhadoras autônomas, Carandiru e Núcleo I, 41,4% e 39,0%, respectivamente. Ao analisar a ocupação entre as usuárias do Núcleo I, observou-se que 14% eram do lar, enquanto que em Paraisópolis esta porcentagem é de (38,2%), ou seja, das usuárias moradoras de “favela”, a ocupação predominante foi dona-de-casa. O mesmo sítio comparativamente aos outros foi o que apresentou maior número de mulheres desempregadas (19,3%). Enquanto o Núcleo I possui 41,4% de suas usuárias trabalhando como autônomas em Paraisópolis esta porcentagem é de 14,2%. De maneira geral, nota-se a expressiva participação das usuárias no mercado de trabalho formal e informal, mas ainda

no sítio de Paraisópolis, ser dona-de-casa exclusivamente foi a ocupação mais referida. Já a categoria Outros (1,7%) concentra basicamente mulheres aposentadas ou pensionistas.

A questão 24 do questionário de entrevista procurou saber qual foi o principal motivo da saída da casa em que as mulheres foram criadas. Das 1008 usuárias, 86% já saíram da casa que foram criadas, e 40% saíram para casar. Entre os sítios de pesquisa, das usuárias de Paraisópolis 43,6% saíram de casa para casar, e 5,6% porque engravidaram. Entre aquelas que saíram de casa por motivos relacionados a conflitos familiares ou violência, 6,2% eram usuárias de Paraisópolis e do sítio do Carandirú. Das oito mulheres que foram expulsas de casa, quatro delas eram do CS de Paraisópolis.

5.2.2- Características reprodutivas da amostra de 1008 usuárias do MSP

Das 1008 mulheres da amostra em estudo, 41 (4%) relataram que não haviam iniciado a vida sexual. Entre as 966 que já haviam iniciado a vida sexual, 49,6% tinham entre 15 e 18 anos de idade, e a média do início dessa atividade foi de 17,9 anos, portanto. Proporção esta que diminui mais da metade para a faixa etária entre 19 e 22 anos (25,4%). A idade média geral de início da vida sexual nesta amostra foi ligeiramente mais alta se compararmos a média de idade das usuárias da pesquisa maior que foi de 17,6 anos.

Em relação às características reprodutivas das usuárias do MSP, 823 mulheres (81,6%) referiram já ter engravidado alguma vez na vida, sendo que 44,5% tiveram de duas a quatro gestações, com uma média de 2,7 gestações e amplitude de 1 a 14 gestações. O sítio Paraisópolis apresentou o mais alto percentual de mulheres que já engravidaram (87,5%), juntamente com o Carandirú (82,6%). Entre os sítios, também Paraisópolis apresentou um alto percentual de mulheres com mais de quatro gestações (20%) em comparação ao Núcleo I (9,6%) e ao Carandirú (13,7%).

Quanto ao número de filhos nascidos vivos, (45,5%) tiveram até dois filhos; cento e oitenta e cinco mulheres (18,3%) tiveram de três a quatro filhos e sessenta e sete mulheres (6,6%) tiveram mais de quatro filhos nascidos vivos.

Foram analisadas as características da amostra sob estudo quanto à utilização de **métodos contraceptivos**, excluindo as mulheres virgens e sem parceria sexual, as que haviam passado por histerectomia, bem como as grávidas e as que estavam amamentando (n=369) a época da aplicação do questionário. Da amostra de mulheres restantes (n=639 usuárias) observou-se que 88,4% usavam atualmente algum tipo de método contraceptivo.

Este percentual apresentou-se mais elevado para o Sítio I, 89,6%, enquanto a taxa mais baixa foi observada no Carandiru em torno de 87%. Entre as mulheres que usavam método contraceptivo, observa-se que o método hormonal (pílula ou injeção hormonal) foi o mais citado (41%), seguido pelo método cirúrgico (laqueadura ou vasectomia), 22,4% e pelos métodos de barreira (condom, diafragma e geléias espermicidas), 17%. Os métodos naturais, como tabelinha ou coito interrompido, foram os menos citados (3,7%).

Quando analisado o tipo de método por sítio de saúde investigado, observa-se que o método hormonal (pílula ou injeção) encontra-se bastante disseminado, especialmente, nas usuárias do sítio Paraisópolis, dado que à época da pesquisa, (44,5%) utilizavam este método, mas também outros serviços, como o Sítio I, Carandiru, apresentaram proporções expressivas no uso de métodos hormonais, em torno de 39%. Quanto ao uso de métodos de barreira, particularmente, o uso de condom, este foi um pouco maior no Carandiru (19,5%) em comparação aos outros dois sítios, em torno de 16%. Deve-se ainda ressaltar o uso expressivo de métodos cirúrgicos, majoritariamente a laqueadura, nos sítios do Carandiru e Paraisópolis, com um percentual de 23,4% e 23% respectivamente. Cabe, aqui relembrarmos que a média de idade das usuárias dos dois serviços foi (30,5 anos) para usuárias do Carandirú e (28,1 anos) entre as mulheres de Paraisópolis, ou seja, é população relativamente jovem que faz uso de um método contraceptivo definitivo. Ainda o não uso de métodos anticoncepcionais foi referido por 11,5% das usuárias do MSP, sendo mais expressivo no CS Carandiru e Paraisópolis, em torno de 12%.

Em relação à **experiência de aborto**, do total de mulheres que já engravidaram alguma vez na vida (823 mulheres), 31,19% relataram a ocorrência de aborto. Entre estas, um aborto foi referido por 23,3% das usuárias; 5,4% dois abortos e 2,3% relataram a

ocorrência de três ou mais abortos. Deve-se considerar, entretanto, que não foi perguntado se o aborto foi espontâneo ou provocado. Entre os sítios de pesquisa o Núcleo I foi o que teve a maior proporção de abortamentos (34,2%) das usuárias.

Do conjunto de características acima descritas há diferença estatisticamente significativa entre os sítios de pesquisa do Município de São Paulo, exceto quanto à utilização de métodos contraceptivos e à experiência de aborto ($p > 0,05$). Essas diferenças se acentuam principalmente, porque a população usuária de Paraisópolis é aquela que difere dos demais segundo determinadas características como mais baixa escolaridade, população limite entre o estrato socioeconômico “D”/ “E”, predominantemente jovem, moradora de região de favela e migrante da região norte-nordeste.

5.3- PERFIL DO USO DE SERVIÇOS ENTRE USUÁRIAS DO MSP

Considerou-se para o cálculo do tempo de usuária no respectivo serviço, o tempo de usuária (em anos e em meses) desde a data de inscrição no respectivo serviço até a data de aplicação do questionário individual. Somente em um caso (proveniente do sítio Núcleo I-C.S.II Bom Retiro) não conseguimos descobrir a data de inscrição no serviço de saúde o que impossibilitou o cálculo do tempo de usuária, mesmo após a recomendação de considerar, nestes casos, a data do primeiro atendimento na vida de usuária como a data de inscrição no serviço. Após reiterar esta orientação, a busca por estes prontuários para completar esta informação não foi possível, pois este não foi re-localizado devido a alterações na organização do serviço e dos prontuários. Para análise do perfil de uso de serviços considerou-se somente aquela cujo tempo de inscrição ao serviço de saúde foi superior a um mês e/ou tivessem pelo menos um comparecimento ao serviço de saúde durante a vida de usuária.

Das 977 usuárias que tiveram seus prontuários localizados o tempo médio de usuária (em anos) foi de 2,07 anos e amplitude 0,98 (amplitude: <1mês a 21,4 anos de usuária). Entre aquelas com mais de um mês de inscrição ($n=828$) o tempo médio de uso do serviço foi de 2,4 anos e mediana 1,38 anos. Faz-se, a seguir, a descrição do tempo médio

de usuária em anos para cada sítio de saúde investigado considerando apenas aquelas usuárias com mais de um mês de inscrição no serviço ou com pelo menos alguma atividade de atendimento durante a vida de usuária.

Tabela 1- Distribuição do tempo médio de usuárias (em anos) segundo os sítios de pesquisa do município de São Paulo, 2001.

Sítios de pesquisa	Nº de mulheres entrevistadas	Nº de prontuários localizados	Nº de mulheres*	Tempo de usuária no serviço em anos		
				Média ±DP	Mediana	Amplitude
Paraisópolis	337	328	293	1,44±1,00	1,51	.093-3,49
Núcleo I	336	320	287	3,13±3,90	1,63	.087-16,3
Carandiru	335	329	248	2,84±3,93	1,15	.087-21,4
Total	1008	977	828	2,44± 3,28	1,38	.087-21,4

*Dos 977 prontuários pesquisados estamos considerando somente aquelas usuárias com mais de um mês de inscrição nos serviços (n=828).

Observa-se que em todos os sítios de saúde, com exceção do sítio II-Paraisópolis, o tempo médio de usuária esteve acima de dois anos, sendo que no Sítio I, o tempo médio de usuária esteve acima de 3 anos. O sítio II-Paraisópolis apresentou o menor tempo médio e mediano de vida de usuária, 1,44 e 1,51 anos respectivamente. Deve-se considerar na análise do tempo médio de vida de usuária após os 15 anos a idade da usuária à época da entrevista, pois as mulheres com menos de 1 ano de vida de usuária ou aquelas com um a dois anos de usuária tendem a ser as mulheres mais jovens, entre 15 e 29 anos, recém ingressantes na vida reprodutiva, já aquelas com mais de 7 anos de vida de usuária tendem a ser mais velhas, entre 30 e 49 anos. Isto poderia explicar em parte o pouco tempo médio de usuária em Paraisópolis (1,44 anos), tendo em vista que a idade média das usuárias deste sítio foi a mais baixa observada dentre os três sítios (28,1 anos). Além de que, deve-se considerar a potencial rotatividade da clientela de usuárias do sítio de Paraisópolis, tendo em vista a área de abrangência deste serviço concentrar-se em região de favela.

De maneira geral, observou-se na amostra total um tempo médio de vida de usuária relativamente baixo, com mediana de 1,38 anos, ou seja, tendo a maioria das usuárias um pouco mais de 1 ano de inscrição no serviço de saúde, o que pode refletir também o movimento migratório, rotativo, das usuárias entre as diversas áreas administrativas do Município de São Paulo.

A tabela 2 descreve a concentração ou o número médio de comparecimentos totais ao serviço por ano de vida de usuária para cada sítio de pesquisa entre as atividades de ginecologia e de outras consultas médicas, consideradas para análise. Observa-se na amostra de 828 prontuários médicos analisados que a concentração ou número médio de comparecimento na vida de usuária foi de 3,48 e mediana 1,56 (amplitude: 0 a 28,09 comparecimentos superior a um mês).

Tabela 2- Total de comparecimentos na vida, número médio, mediano de comparecimentos aos serviços por ano de vida de usuária segundo os sítios de pesquisa do município de São Paulo, 2001.

Sítios de pesquisa	Nº total de comparec.	Nº de mulheres que compareceram nas atividades	Nº de mulheres com mais de 1 mês de inscrição	Média ±DP	Mediana	Amplitude
Paraisópolis	912	166	293	3,25±4,63	1,36	0-26,4
Núcleo I	1373	169	287	3,69±5,29	1,82	0-28,0
Carandiru	660	145	248	3,51±4,60	1,46	0-22,1
Total	2945	480	828	3,48±4,86	1,56	0-28,0

Nota-se a seguir a concentração (número médio) de consultas para a população total e também entre as atividades assistenciais demandadas entre usuárias dos sítios do MSP (Tabelas 3 a 5). Cabe ressaltar que tal perfil de uso das atividades de atendimento está diretamente relacionado à atividade assistencial prestada pelos diferentes sítios de saúde, à forma de organização do trabalho em cada serviço, ao registro adequado e diferenciado das atividades de atendimento, à demanda relacionada ao período reprodutivo das usuárias entrevistadas e ao critério estabelecido para coleta de dados entre as usuárias de portas de atendimento de significativo volume, como a ginecologia e outras consultas médicas. Tais

características puderam, assim, explicar o perfil de uso para as duas atividades de atendimento em determinado serviço de saúde investigado.

A concentração do total de consultas no ginecologista e outras consultas médicas por ano de vida de usuária foi 4,42 e mediana 3,12 consultas. Entre os sítios de pesquisa das 287 mulheres de Paraisópolis (n=30) não tiveram nenhuma consulta, entre aquelas que utilizavam o CS Núcleo I, 33 tinham comparecimento zero e das 245 usuárias do Carandiru 25 não passaram por consulta de ginecologia ou clínica médica.

Tabela 3 - Total de consultas na vida, número médio, mediano de consultas aos serviços por ano de vida de usuária segundo os sítios de pesquisa do município de São Paulo, 2001.

Sítios de pesquisa	Nº total de consultas.	Nº de mulheres que passaram por consulta	Nº de mulheres com mais de 1 mês de inscrição	Média ±DP	Mediana	Amplitude
Paraisópolis	1409	257	287	4,28±4,48	3,12	0-26,4
Núcleo I	2378	253	286	4,69±5,12	3,29	0-28,0
Carandiru	1256	220	245	4,29±4,38	2,88	0-22,1
Total	5043	730	818	4,42±4,68	3,12	0-28,09

Observa-se na próxima tabela para a atividade de ginecologia que a concentração de consultas foi relativamente alta entre todos os sítios de pesquisa, com uma média geral de uso de 2,78 e mediana de 1,67 consultas/consultas por ano. Destaca-se o sítio do Carandirú por apresentar a maior concentração de consultas de ginecologia por ano de vida de usuária (média de 3,39 e mediana 2,32) em comparação aos demais sítios, em Paraisópolis têm 2,37 e 1,63 média e mediana e 2,60 e 1,46 entre as usuárias do Núcleo I.

Tabela 4 - Total de consultas na vida, número médio, mediano de consultas aos serviços por ano de vida de usuária segundo atividade assistencial de ginecologia nos sítios de pesquisa do município de São Paulo, 2001.

Atividade de atendimento	Nº total de consultas	Ginecologia			
		Nº de mulheres com mais de 1 mês de inscrição q. passaram por consulta	Média ± DP	Mediana	Amplitude
Paraisópolis	728	287	2,37± 3,17	1,63	0-26,4
Núcleo I	1270	286	2,60± 3,89	1,46	0-28,0
Carandiru	951	245	3,39± 3,85	2,32	0-18,5
Total	2949	818	2,78±3,66	1,67	0-28,0

¹ Há diferença estatisticamente significativa entre os sítios quanto à concentração de consultas (p=0,005)

A concentração média de outras consultas médicas agendadas (a especialidade clínicos) esteve em torno de 1 a 2 consultas médicas por ano de vida de usuária, alcançando um valor médio para a amostra geral de 1,67 consultas/ano, sendo que os sítios Núcleo I e Paraisópolis apresentaram as maiores concentrações médias de consultas por ano de vida de usuária, em torno de 2 consultas médicas/ano de vida de usuária, conforme demonstra a tabelas 5.

Tabela 5 - Total de consultas na vida, número médio, mediano de consultas aos serviços por ano de vida de usuária segundo atividade assistencial de outras consultas médicas nos sítios de pesquisa do município de São Paulo, 2001.

Atividade de atendimento	Outras Nº total de consultas	Consultas Nº de mulheres com mais de 1 mês de inscrição q. passaram por consulta	Médicas		
			Média ± DP	Mediana	Amplitude
Paraisópolis	681	287	1,90± 2,79	0,63	0-12,5
Núcleo I	1108	286	2,09± 3,87	0,47	0-22,8
Carandiru	305	245	0,90±2,45	0,00	0-17,4
Total	2094	818	1,67±3,16	0,15	0-22,8

¹ Há diferença estatisticamente significativa entre os sítios quanto à concentração de consultas (p=0,0001)

Quanto às demais consultas médicas agendadas, particularmente a clínica médica, as maiores concentrações de consultas/ano de vida de usuária foram observadas nos serviços que compõem o Núcleo I, entre os serviços deste núcleo o C.S Vila Ipojuca apresentou a mais baixa concentração de consultas médicas (1,5 consultas/ano de vida de usuária).

Optamos por trabalhar para análise apenas com as atividades de Ginecologia e outras consultas médicas preferivelmente às atividades de PA, Pré-natal, grupo, saúde mental e assistência social. A prioridade na escolha das atividades da assistência obedeceu a dois critérios: o primeiro diz respeito à constituição do quadro de profissionais das unidades, ou seja, a especialidade de clínica médica e ginecologia é comum a todos os serviços de saúde, com as demais especialidades não ocorre o mesmo. As atividades de Pronto-atendimento, por exemplo, têm baixa concentração de consultas, não alcançando uma consulta por ano de vida de usuária em sítios como o Carandiru e Núcleo I (mediana= 0), também, são ausentes os registros em consultas de PA no sítio de Paraisópolis, serviços caracterizados por atividades pré-agendadas.

A assistência ao pré-natal embora seja uma atividade comum a todos os serviços ela obedece à lógica de uso programado, ou seja, aquela atividade em que a usuária é estimulada a retornar à unidade com maior frequência que as demais. Neste sentido nosso segundo critério para identificar o perfil de uso dos serviços de saúde foi priorizar àquelas atividades de uso espontâneo não programático, para então caracterizar o uso reiterado de serviços.

Os resultados obtidos em relação à concentração de consultas entre os serviços demonstraram não haver diferenças estatisticamente significantes encontradas entre todas as atividades assistências ($p > 0,05$) dos três sítios de pesquisa. Quando realizado o teste estatístico para as distintas atividades assistências verificou-se que há diferença estatisticamente significativa entre os sítios quanto à concentração de consultas para a ginecologia e outras consultas médicas ($p < 0,05$).

Nota-se de maneira geral que o uso de serviços de saúde entre a população pesquisada é de baixa frequência, isto é tem baixo comparecimento espontâneo e baixa aderência aos programas, verificado pela concentração (número médio) de consultas entre usuárias dos sítios do MSP, 4,42 consultas/ano na vida de usuária. Deve também ser considerado neste tipo de inferência tanto a rotatividade da população de usuárias (baixo tempo de vida de usuárias) quanto à forma de organização dos serviços e a capacidade produtiva das unidades.

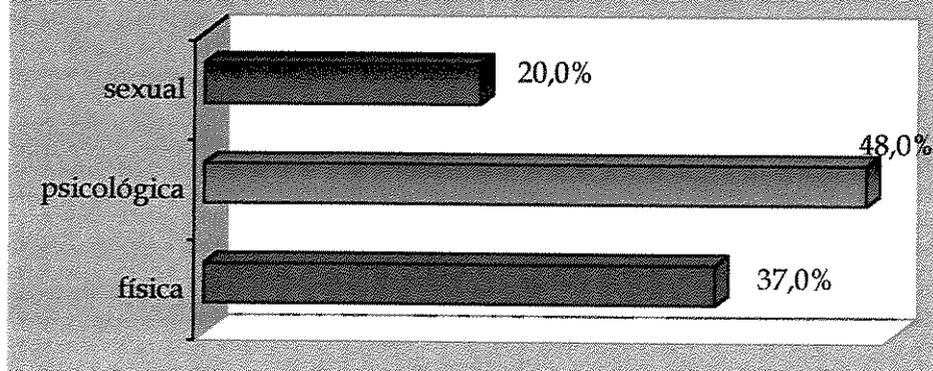
5.4- PREVALÊNCIA DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLENCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA VIDA

Neste item estaremos analisando a prevalência de violência psicológica, física e/ou sexual perpetrada por parceiro íntimo, entre mulheres usuárias dos serviços de saúde do Município de São Paulo, considerando além dos episódios também a frequência e a severidade da violência.

Os resultados obtidos referem-se àquelas mulheres que estavam casadas ou em união consensual e àquelas com relacionamento sexual regular à época da entrevista ou anteriormente do total da amostra das usuárias do MSP (n=966 usuárias). Para o levantamento da prevalência de violência, perguntou-se às mulheres se já haviam sofrido qualquer forma de violência psicológica, física e/ou sexual pelo companheiro ou ex-companheiro alguma vez na vida.

O gráfico 1 apresenta a distribuição de mulheres que responderam sim a qualquer uma das formas de violência na vida.

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA E SEXUAL POR PARCEIRO OU EX-PARCEIRO ALGUMA VEZ NA VIDA ENTRE USUÁRIAS DE SERVIÇOS DO MSP, 2001



A Tabela 6 apresenta a distribuição das mulheres por sítio de saúde investigado. Cabe destacar que os dados referem-se a proporção de usuárias que sofreram agressão psicológica, física e/ou sexual pelo menos uma vez na vida e que, muitas vezes, são episódios em que se fazem presentes as várias formas de agressão, mostrando superposição das violências, como na Figura 2.

Tabela 6 – Prevalência de violência psicológica, física e sexual por parceiro ou ex-parceiro alguma vez na vida entre as usuárias de serviços do MSP, 2001.

<i>Serviço</i>	Violência psicológica ³ % (N)	Violência física ³ % (N)	Violência sexual ³ % (N)	Qualquer forma ³ % (N)	Total da amostra ²
Sítio Núcleo I ¹	49,7 (156)	34,1 (107)	20,7 (65)	58,9 (185)	314
Sítio Paraisópolis	52,0 (170)	41,3 (135)	21,7 (71)	60,5 (198)	327
Sítio Carandiru	43,8 (143)	36,4 (118)	18,8 (61)	53,8 (174)	325
Total na amostra	48,5 (469)	37,2 (360)	20,3 (197)	57,7 (557)	966

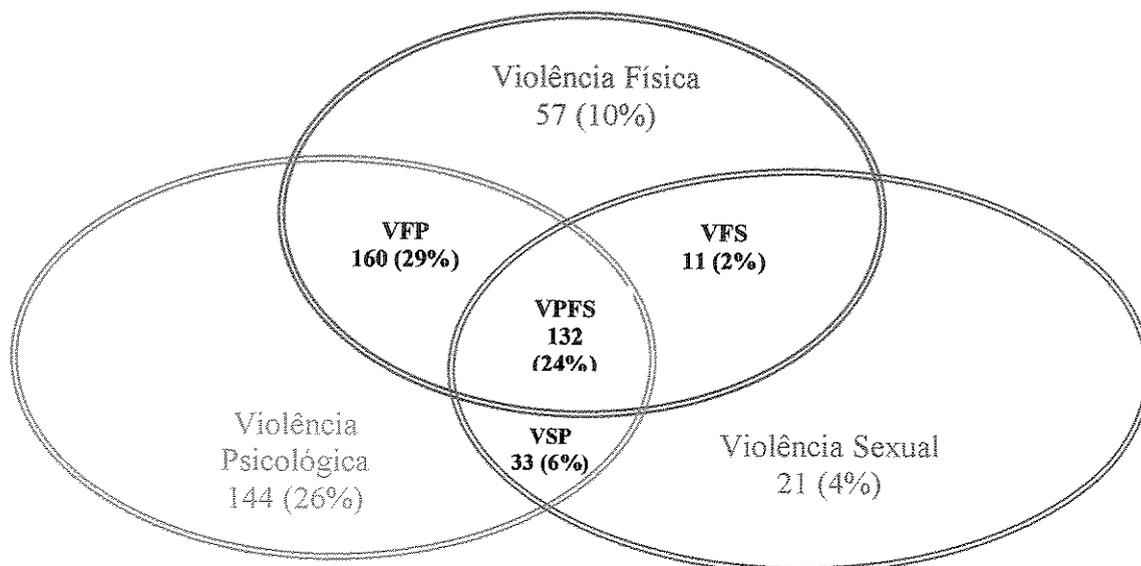
¹Sítio I é composto por seis serviços: Bom Retiro, Vila Ipojuca, Caxingui, Rio Pequeno, Pinheiros e Vera Cruz; ²Amostra de usuárias que já iniciaram a vida sexual; ³As diferenças entre os tipos de violência entre os sítios não foram estatisticamente significantes ($p > 0,05$).

Conforme verificamos nessa tabela a forma exclusiva de violência mais referida foi a psicológica por (48,5%) das mulheres, seguido de algum episódio de violência física na vida (37,2%). Quando analisamos por sítio pesquisado, Paraisópolis foi o que apresentou a maior ocorrência de violência psicológica, física e sexual, em relação aos demais sítios do Município. Se analisarmos segundo a forma de agressão cometida por parceiro íntimo, observa-se que o sítio Carandiru apresentou as taxas mais baixas de violência psicológica (43,8%) e sexual (18,8%).

A ocorrência de qualquer forma de violência perpetrada por parceiro íntimo alguma vez na vida foi referida por 557 usuárias (57,7%) que responderam que já haviam sofrido alguma forma de violência psicológica, física e/ou sexual na vida. Ao considerar somente os episódios de violência física e/ou sexual por parceiro durante a vida, 42,8% das usuárias (n= 414) do Município relataram a ocorrência.

Nota-se uma sobreposição entre os casos de violência física e sexual, ou seja, entre as mulheres que relataram casos de violência sexual houve também relato de agressão física. Isto ocorreu com 143 mulheres (14,8%) daquelas que tinham ou tiveram relacionamento de casal, sendo que a forma física ou sexual como atos exclusivos de violência foram relatados por 22,4% e 5,6% das usuárias, respectivamente, sugerindo que a maior parte dos episódios de violência sexual também foi acompanhada por agressão física.

A Figura 2 apresenta a sobreposição dos casos de violência física, sexual e também a psicológica.



- VF= Violência física exclusiva
- VS= Violência sexual exclusiva
- VP= Violência psicológica exclusiva
- VFS= Violência física e sexual
- VFP= Violência física e psicológica
- VSP= Violência sexual e psicológica
- VPFS= Violência física, psicológica e sexual

Figura 2- Sobreposição de casos de violência física, sexual e psicológica por parceiro ou ex-parceiro alguma vez na vida entre 557 usuárias de serviços do MSP, 2001.

Como se pode observar a ocorrência de violência exclusivamente física foi relatada por 57 usuárias (10,2%), sendo em sua maioria acompanhada por violência psicológica (160 casos-29%). Os casos exclusivos de violência sexual foram relatados por 21 mulheres (4%), sendo em sua maioria acompanhados por violência psicológica (33 casos-6%). Os casos de violência física e sexual, porém sem relato de violência psicológica foram observados em 11 usuárias (2%), sendo em sua maioria acompanhados por violência psicológica (132 mulheres-24%). Os casos exclusivos de violência psicológica foram relatados por 144 mulheres (26%). A ocorrência alta de violência em geral deve-se, sobretudo, a alta ocorrência de casos de violência psicológica que, como visto acima, normalmente, acompanham os demais casos de agressão física e/ou sexual e aumenta em 50% a prevalência encontrada (prevalência de violência física 37,2 e Psico mais física, psico mais sexual=57,7%). No entanto, cabe ressaltar que 37,2% de prevalência de violência já é uma taxa extremamente elevada, ou seja, 1 em cada 2,5 a 3 mulheres sofre ou sofreu violência física na vida.

O instrumento utilizado para investigar a ocorrência de casos de violência possibilitou também a investigação do grau de severidade do ato perpetrado pelo parceiro íntimo para os casos de violência física.

Dentre as 360 mulheres que relataram já ter sofrido violência física por parceiro íntimo ou ex-parceiro alguma vez na vida, 40,8% sofreram agressão considerada moderada, sendo que para 59,1% a forma predominante de agressão física foi severa.

Observa-se na Tabela 7 a severidade dos atos de agressão física entre usuárias do MSP por sítio investigado.

Tabela 7 - Distribuição dos episódios de violência física por parceiro ou ex-parceiro sofrido pelo menos uma vez na vida segundo o grau de severidade entre as usuárias de serviços do MSP, 2001.

<i>Serviço</i>	Na vida		
	Severa² % (n)	Moderada² % (n)	Total % (n)
Sítio NúcleoI ¹	57,0 (61)	43,0 (46)	100,0 (107)
Sítio Paraisópolis	64,4 (87)	35,5 (48)	100,0 (135)
Sítio Carandiru	55,0 (65)	44,9 (53)	100,0 (118)
Total	59,1 (213)	40,8 (147)	100,0 (360)

¹Sítio I é composto por seis serviços: Bom Retiro, Vila Ipojuca, Caxingui, Rio Pequeno, Pinheiros e Vera Cruz; ² Diferenças entre as proporções não foram estatisticamente significantes ($p>0,05$).

Ao analisar a severidade da agressão física perpetrada por parceiro ou ex-parceiro na vida, observa-se na tabela 7 que a ocorrência de violência física considerada severa é a mais freqüente entre todos os serviços.

Nota-se que o sítio de Paraisópolis foi o que apresentou a mais alta prevalência de violência física conjugal considerada severa, entre os 135 casos de violência física conjugal sofridos na vida, a maioria (64,4%) foi de casos severos, o que faz com que este sítio se caracterize pela alta magnitude de casos de agressão física cometidos por parceiros ou ex-parceiro e pela a severidade da agressão.

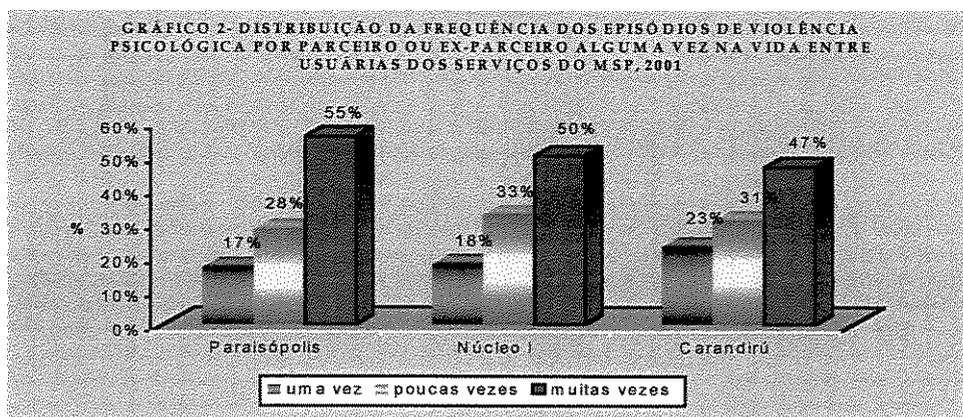
Também chama a atenção o sítio do Núcleo I, que apesar de apresentar as taxas mais baixas de violência física por parceiro sofrida ao menos uma vez na vida (34,1%), destaca-se quanto à severidade dos atos de agressão, se mostrando ser este o segundo sítio comparativamente ao de Paraisópolis com alta ocorrência de violência por parceiro do tipo severo.

Investigou-se também a freqüência dos episódios de violência por parceiro ou ex-parceiro. Foi perguntado às usuárias se os episódios ocorreram uma única vez, poucas vezes ou muitas vezes, o que significa uma classificação feita pelas próprias entrevistadas.

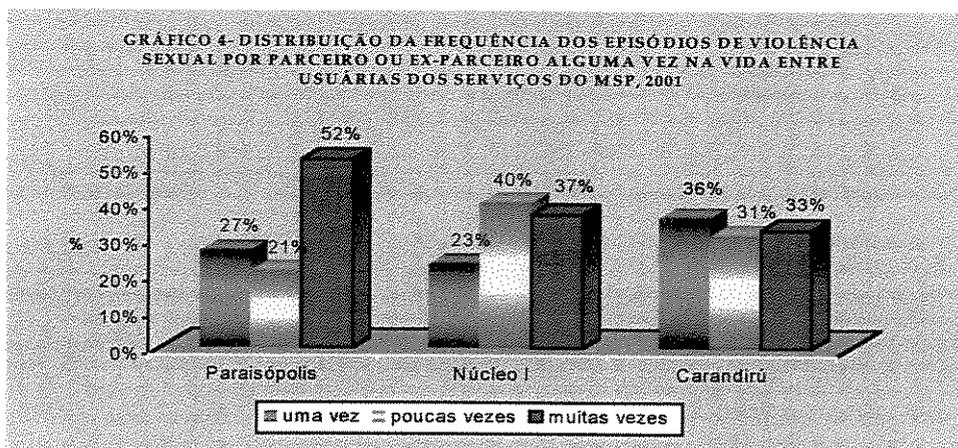
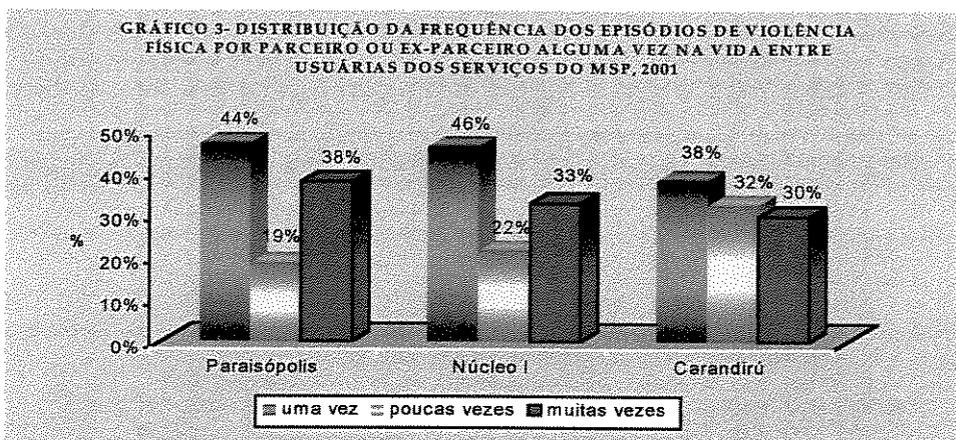
Ao analisar a frequência dos episódios de violência psicológica perpetrada por parceiro ou ex-parceiro na vida, observou-se entre os 469 casos, que a maioria foi muito reiterado, ou seja, em 51,1% das vezes os episódios ocorreram “muitas vezes”. Em relação aos episódios de violência física na vida (360 casos), 41,6% ocorreu uma única vez, segundo relato das usuárias; 24,1% ocorreram poucas vezes e 34,1% ocorreram muitas vezes. Dentre os 197 casos de violência sexual na vida, 28,4% ocorreram uma única vez, 29,9% ocorreram poucas vezes e 41,6% dos casos ocorreram muitas vezes. Entre as usuárias que relataram violência física e/ou sexual por parceiro íntimo (n= 414) cento e cinquenta e duas (36,7%) sofreram uma única vez, 25,6% poucas vezes e 37,6% relataram muitas vezes.

Os gráficos a seguir demonstram a frequência dos episódios de violência psicológica, física e sexual perpetrada por parceiro íntimo na vida, por sítio da pesquisa.

Ao investigar a frequência dos episódios de violência psicológica observou-se que esta foi referida como ocorrendo muitas vezes segundo percepção das usuárias dos três sítios de pesquisa, Paraisópolis (54,7%), Núcleo I (50,0%) e CS Carandirú (46,8%) (Gráfico 2). Neste caso não há diferença entre os serviços quanto à frequência de violência psicológica (p=0,499).

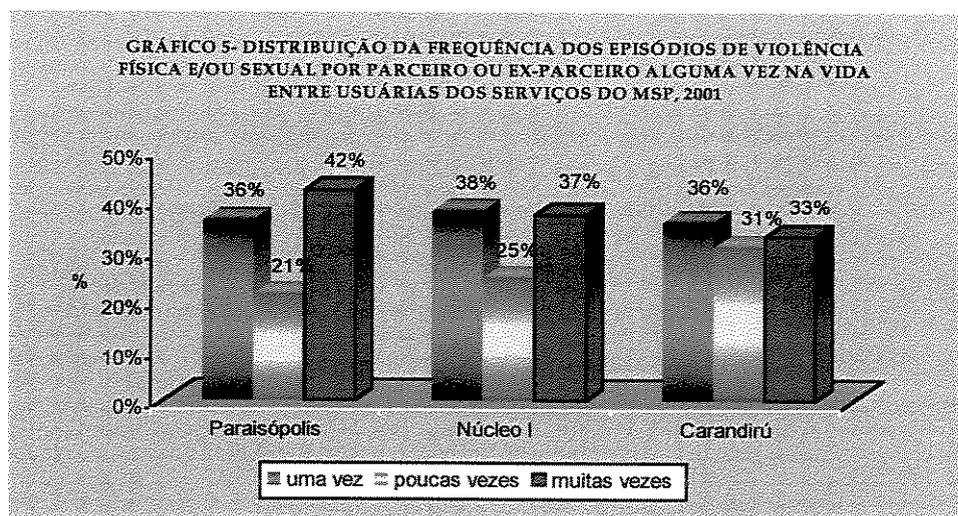


Os gráficos 3 e 4 apresentam a frequência dos episódios de violência física e sexual, respectivamente por sítio de saúde, sendo observado que o sítio do Núcleo I e Paraisópolis apresentaram as maiores proporções de atos de violência física ocorrida uma única vez, 45,7% e 43,7% respectivamente. Cabe comentar que embora os episódios de violência física entre as mulheres dos dois sítios tenha ocorrido uma única vez estes quase que em sua maioria foram episódios severos. Os episódios tanto de violência física quanto sexual se distribuem, quase homogeneamente, segundo a frequência dos casos para o sítio do Carandiru.



Já para os casos de violência sexual conjugal, os casos repetitivos, ocorridos de modo reiterado, ou seja, aqueles que ocorreram muitas vezes, foram mais prevalentes em serviços como o de Paraisópolis (52,1%). No sítio Carandiru os episódios de violência física conjugal, apresentaram taxas relativamente menores e ocorreram, em sua maioria, uma única vez, o mesmo perfil de freqüência se repete para os casos de violência sexual conjugal relatado pelas usuárias deste sítio que, em sua maioria, ocorreram, segundo as usuárias, uma única vez (36,1%). Para os relatos de violência física não há diferença estatisticamente significativa entre os serviços ($p=0,115$) quanto à freqüência de violência sexual houve associação estatística ($p<0,05$).

Os dados a seguir demonstram a freqüência da sobreposição da violência física e/ou sexual entre os relatos das usuárias de serviços do município de São Paulo (Gráfico 5).



Nota-se que esta sobreposição de mais de um tipo de violência é freqüente entre os relatos das mulheres entrevistadas. Cabe destacar que o número de mulheres que referiu sofrer violência física e/ou sexual ($n=414$) é bem próximo daquelas que referem ter sofrido apenas violência psicológicas ($n=469$) que via-de-regra é a ocorrência mais habitual, embora seja a mais difícil forma de violência de se nomear. Desta forma verificamos que este tipo de violência sobreposta é freqüente e que ela ocorre de forma reiterada, ou seja, muitas vezes para 42,2% das usuárias de Paraisópolis, 37,3% do Núcleo I e 33,0% entre as usuárias do sítio Carandiru, conforme tabela acima.

5.5- VIOLÊNCIA E SERVIÇOS

5.5.1- Visibilidade/Invisibilidade da violência nos registros de prontuários

Um achado deste estudo reforça uma questão que vem sendo discutida pela literatura nacional e internacional no que diz respeito à qualidade dos registros dos prontuários médicos como fonte de informação, em especial, na detecção e no registro dos relatos de violência por parceiro em prontuários como parte do atendimento (SUGG & INUI, 1992; SCHRAIBER et al., 2000). Deste modo, ao investigarmos a questão do uso de serviços por mulheres em situação de violência tendo como base os relatos dos episódios de violência através do questionário individual, fica clara a questão da não visibilidade da violência conjugal nos registros dos prontuários médicos. Ou seja, se por um lado os estudos têm demonstrado a alta prevalência de violência conjugal em usuárias de serviços de saúde, por outro, são poucos os registros desta violência nos prontuários dos serviços.

Neste sentido, dos 977 prontuários analisados, foram observados somente 03 registros de qualquer forma de violência contra a mulher em todas as atividades de atendimento durante a vida de usuária. Dos 03 registros de violência em prontuário, dois registros foram observados durante consultas ginecológicas, o outro registro foi observado durante outras consultas médicas agendadas, como a clínica médica.

A forma de violência contra a mulher registrada em prontuários do tipo violência física foi observada em apenas um prontuário, assim como registro de violência psicológica e o registro de violência sexual também em apenas um prontuário. Ou seja, observou-se menos de 1% de registro de violência no prontuário, sendo que ao considerar estas 977 usuárias houve relato espontâneo de qualquer forma de violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo atual ou não alguma vez na vida em 557 questionários (57,7%).

Quanto à violência sexual apenas um caso de violência foi registrado no prontuário, porém não foi relatado durante entrevista individual. Este caso foi de violência sexual relatado durante consulta com ginecologista, e proveniente do sítio de Paraisópolis. Dos 197 (20,3%) episódios de violência sexual sofrido durante a vida relatada no

questionário individual, considerada entre os 977 prontuários lidos, apenas um foi registrado no prontuário. Cabe ainda mencionar que a concentração de consultas ginecológicas desta usuária foi alta, 10,8 consultas por ano de vida de usuária, o que poderia indicar maior contato e possibilidade de relato. Além disso, neste caso houve relato espontâneo de ocorrência de violência física e psicológica perpetrada por parceiro íntimo no questionário individual, mas não quanto à violência sexual. Assim, esta usuária relatou violência em ambos os instrumentos prontuário e questionário, no entanto, de tipos distintos. Este fato poderia ter ocorrido por revelação parcial ou erro de registro ou forma de indagação.

O segundo caso registrado em prontuário foi de violência física no CS Pinheiros (parte do sítio Núcleo I). Aqui também chama atenção a alta concentração de consultas por ano de vida da usuária no atendimento de registro (clínica médica) que foi de 8,1 consultas/ano. Neste caso havia também o relato do episódio no questionário individual: violência esta perpetrada por parceiro íntimo. Ou seja, dos 360 (37%) episódios de violência física sofrida durante a vida relatada no questionário individual, considerada entre os 977 prontuários lidos, apenas um foi registrado no prontuário.

Das 469 ocorrências de violência psicológica entre as usuárias de serviços do Município de São Paulo, foi observado apenas um registro em prontuário. A atividade de atendimento em que foi registrado, foi de ginecologia, este único registro foi feito em um dos sítios do Núcleo I – CS Bom Retiro. A concentração de consultas desta usuária foi de 8,8 consultas/ano, neste caso a violência foi praticada pelo companheiro, e também por outros familiares.

Por fim, o quadro a seguir traz as características de registros da unidade, demonstrando que de uma maneira geral os serviços são muito homogêneos novamente quanto a suas características internas de funcionamento das unidades. Ou seja, nenhuma das unidades tinha uma padronização da informação e do registro, o que significava uma não padronização na forma como as informações eram anotadas. Em relação ao agente do registro coletado, ou seja, quais profissionais operavam registros no mesmo prontuário e qual o fluxograma do registro em termos das ações encadeadas em seqüência de atendimento na unidade, verificamos essa atividade centrada na figura do médico. Quanto

à qualidade do registro, esta variável considerou se o registro era ou não legível e se era mais ou menos complexo como anotação em termos do detalhamento das informações que o profissional registrou, sendo dividida apenas entre prontuários mais legíveis ou menos legíveis e mais ou menos detalhados, demonstrando via-de-regra que os serviços dos três sítios do Município tem prontuários legíveis, no entanto pouco detalhados.

Quadro 8- Características dos registros de prontuários dos serviços do MSP, 2001

Serviço	Ficha padronizada	Agente do registro e comunicação	Qualidade dos Registros	Modificadores da boa qualidade
CS II Rio Pequeno	Não	Médicos (auxiliares de enfermagem, quando fazem pré consulta, anotam só o peso da pessoa)	Legível, pouco detalhado	
CS II Vila Ipojuca	Não	Médicos e enfermeira	Legível, pouco detalhado	
CS II Vera Cruz	Não	Médicos e enfermagem (pré e pós consulta)	Legível, detalhado	
CS II Caxingui	Não	Médico	Legível, não detalhado	
CS II Bom Retiro	Não	Médicos	Legível, nada detalhado	Fichas sem matrícula (PA), prontuários, sem número
CS I Pinheiros	Não	Médicos, auxiliares de enfermagem (peso e pressão), psicóloga, assistente social (raramente) (oftalmo têm registro separado, fica na sua sala)	Legível, razoavelmente detalhado quando psicóloga	
CS II Paraisópolis	Não	Médico (registros dos grupos – psicóloga e educadora e do dentista, isolados, em cadernos próprios)	Legível, detalhado	
CS II Carandiru	Não	Médicos, enfermeira, assistente social (psicóloga, assistente social, fisio, fono têm registros particulares; odont, prontuário separado)	Legível, pouco detalhado	fichas sem matrícula, arquivadas em nomes dos médicos. Ordem alfabética dos usuários, na pasta do último médico que o atendeu

Adaptado de: SCHRAIBER e col., 2003

5.5.2- Violência e uso de serviços

Duas abordagens foram propiciadas pelo estudo dos prontuários relativos à violência. A primeira se havia registro de violência relatado nos questionários e a segunda a partir do uso do serviço registrado se na violência havia uso aumentado.

Para análise do uso de serviços estamos considerando novamente a concentração de comparecimentos por ano de vida de usuária, aqui, porém este uso é analisando entre aquelas mulheres que sofreram ou não violência por parceiro íntimo. Optamos, a partir de agora, por nos deter na ocorrência das formas física e sexual de violência por apresentar possibilidades de uma avaliação mais objetiva em relação à violência psicológica e dialogar com a literatura internacional.

Os resultados obtidos referem-se àquelas com e sem relato de episódios de violência física, sexual ou ambos na vida por parceiro atual ou ex-parceiros e possíveis associações com o uso reiterado de serviços, avaliado pela média e mediana de comparecimento por ano de vida de usuária. Ao analisar o uso de serviços entre usuárias dos três sítios do Município de São Paulo nota-se que a média deste uso foi ligeiramente maior entre aquelas com relato de violência por parceiro, com média de uso de 3,69 comparecimentos/ ano de vida de usuária e 3,31 entre as mulheres que não relataram episódios de violência, como descrita na Tabela 8.

Tabela 8- Distribuição da média e mediana de comparecimentos (uso) aos serviços segundo usuárias que relataram ou não violência por parceiro ou ex-parceiro entre usuárias do município de São Paulo, 2001.

Presença de Violência				
Tipos de violência ¹	Sim ² Média ± DP (mediana) de comp	Não ² Média ± DP (mediana) de comp	Teste U de Mann-Whitney (p)	Total Média
Física	3,48±4,91 (1,25)	3,38±4,78 (1,51)	>0,05	3,42
Sexual	4,01±4,85 (2,57)	3,28±4,82 (1,10)	<0,05 ²	3,42
Física e/ou sexual	3,60±4,94 (1,67)	3,28±4,75 (1,21)	>0,05	3,42
Média total de comparecimentos	3,69	3,31	>0,05	3,42

¹Os episódios de violência não são excludentes, ou seja, as médias referem-se às usuárias que sofreram pelo menos um episódio de violência física e/ou sexual, podendo as usuárias ter sofrido na mesma época ou em diferentes épocas de sua vida várias formas de violência.

² Diferença entre os tipos de violência e uso do serviço foi estatisticamente significante somente para violência sexual (p=0,02).

Ao considerar o comparecimento ao serviço entre àquelas com relato de violência física por sítio de pesquisa a média de uso entre as mulheres do Carandirú foi a maior 3,82 em relação aos demais sítios. Também as usuárias do Núcleo I tiveram uso ligeiramente maior entre as mulheres com violência física. Paraisópolis foi o sítio de pesquisa que apresentou um uso aumentado para mulheres sem relato de violência física, média e mediana de 3,29 e 1,58 respectivamente. Embora tenha havido uso maior entre as usuárias com violência não houve associação estatisticamente significante.

Tabela 9- Distribuição da média e mediana de comparecimentos (uso) aos serviços entre usuárias que relataram ou não violência física por parceiro ou ex-parceiro segundo sítios de pesquisa do município de São Paulo, 2001.

Sítios de pesquisa	Violência		Teste U de Mann-Whitney (p)	Total Média
	Sim Média ± DP (mediana) de comp	Não Média ± DP (mediana) de comp		
Paraisópolis	3,06±4,69 (.698)	3,29±4,57 (1,58)	>0,05	3,20
Núcleo I	3,65±5,49 (1,83)	3,61±5,18 (1,77)	>0,05	3,62
Carandiru	3,82±4,55 (2,32)	3,22±4,55 (1,04)	>0,05	3,45
Média total de comparecimentos	3,51	3,37	>0,05	3,42

Ao investigar o uso de serviços entre aquelas que relataram ou não violência tanto física exclusiva quanto sexual exclusiva por sítio segundo dados das tabelas 9 e 10 verificamos que houve uso aumentado pelas usuárias com violência, ainda que não tenha havido diferença estatisticamente significantes, exceto no caso da violência sexual no CS Carandiru.

Tabela 10- Distribuição da média e mediana de comparecimentos (uso) aos serviços entre usuárias que relataram ou não violência sexual por parceiro ou ex-parceiro segundo sítios de pesquisa do município de São Paulo, 2001.

Sítios de pesquisa	Violência	Sexual	Teste U de Mann-Whitney (p)	Total Média
	Sim Média ± DP (mediana) de comp	Não Média ± DP (mediana) de comp		
Paraisópolis	3,42±4,58 (1,53)	3,14±4,63 (1,03)	>0,05	3,20
Núcleo I	3,88±4,80 (2,82)	3,56±5,41 (1,53)	>0,05	3,62
Carandiru	5,00±5,23 ¹ (3,53)	3,13±4,34 ¹ (.861)	<0,05 ¹	3,45
Média total de comparecimentos	4,10	3,27	>0,05	3,42

¹ Estatisticamente significante (p=0,01).

Investigou-se também como se distribuiu a frequência do uso de serviços entre àquelas com episódios de violência física e/ou sexual perpetrados pelo parceiro alguma vez na vida.

Tabela 11- Distribuição da média e mediana de comparecimentos (uso) aos serviços entre usuárias que relataram ou não violência física e/ou sexual por parceiro ou ex-parceiro segundo sítios de pesquisa do município de São Paulo, 2001.

Sítios de pesquisa	Violência	Física e/ou	Sexual	Total Média
	Sim Média ± DP (mediana) de comp	Não Média ± DP (mediana) de comp	Teste U de Mann-Whitney (p)	
Paraisópolis	3,09±4,62 (.989)	3,29±4,62 (1,47)	>0,05	3,20
Núcleo I	3,80±5,31 (2,71)	3,49±5,27 (1,37)	>0,05	3,62
Carandiru	4,02±4,88 (2,32)	3,04±4,27 (.841)	>0,05	3,45
Média total de comparecimentos	3,63	3,27	>0,05	3,42

Os resultados obtidos através da Tabela 11 demonstram em relação àquelas que sofreram ou não episódios de violência física e/ou sexual, não haver diferenças estatisticamente significantes encontradas entre estes dois grupos quanto à concentração de consultas na vida de usuária. Ou seja, ao comparar os dois “grupos” de usuárias uma análise preliminar demonstrou uso ligeiramente maior por mulheres em situação de violência.

Ao analisar o uso de serviços de saúde na vida entre as usuárias dos três sítios de pesquisa (Tabela 12), nota-se, que as atividades de atendimento de demanda espontânea com maior número médio de consultas por usuária foi a Ginecologista.

Tabela 12- Distribuição da média e mediana de consultas (uso) aos serviços entre usuárias que relataram ou não violência física por parceiro ou ex-parceiro segundo atividade de atendimento entre usuárias do município de São Paulo, 2001.

Atividade de atendimento	Violência	Física	Teste U de Mann-Whitney (p)	Total Média
	Sim Média ± DP (mediana)	Não Média ± DP (mediana) de comp		
Ginecologia	2,94± 3,71 (1,88)	2,66± 3,57 (1,62)	>0,05	2,77
Outras consultas	1,54± 3,15 (0)	1,61± 3,03 (.128)	>0,05	1,58
Média total de comparecimentos	2,24	2,13	>0,05	2,17

O número médio de atendimentos de outras consultas médicas por usuárias na vida foi relativamente homogêneo para as usuárias do município como um todo segundo relato positivo ou não de violência na vida, no entanto menor entre aquelas com violência, ou seja, o inverso do que ocorreu na ginecologia possivelmente porque esta atividade é mais procurada por mulheres em fase reprodutiva uma vez que a clientela deste estudo é aquela predominantemente jovem.

Ao investigar o uso dos serviços entre as usuárias com relato de violência sexual verificamos um aumento neste uso em relação àquelas com violência física, segundo dados da Tabela 13.

Tabela 13- Distribuição da média e mediana de consultas (uso) aos serviços entre usuárias que relataram ou não violência sexual por parceiro ou ex-parceiro segundo atividade de atendimento entre usuárias do município de São Paulo, 2001.

Atividade de atendimento	Violência	Sexual	Teste U de Mann-Whitney (p)	Total Média
	Sim Média ± DP (mediana)	Não Média ± DP (mediana) de comp		
Ginecologia	3,33± 3,53 (2,10)	2,63± 3,64 (1,61)	<0,05 ¹	2,77
Outras consultas	1,72± 3,00 (.432)	1,55± 3,09 (0)	>0,05	1,58
Total de comparecimentos	2,52	2,09	>0,05	2,17

¹ Diferença estatisticamente significativa para atividade de ginecologia (p=0,03).

Ao Analisar o número médio de consultas por usuária na vida em cada atividade de atendimento segundo ocorrência de violência sexual, observa-se que a atividade com maior número médio de consultas por usuária foi novamente a ginecologia com 3,33 consultas/usuárias na vida.

Em relação à distribuição do uso dos serviços por mulheres em situação de violência na vida por tipo de violência e atividade consumida, não houve diferença estatisticamente significativa (p>0,05). No entanto ao analisar associação entre atividades de atendimento e violência sexual, há diferença estatisticamente significativa para a ginecologia (p <0,05).

A Tabela 14 apresenta a distribuição média e mediana do uso de serviços por atividade assistencial entre os casos positivos ou não para violência física e/ou sexual. Demonstrando novamente uso ligeiramente maior entre usuárias da ginecologia, com média

e mediana de consultas de 2,97 e 1,92 respectivamente em relação às usuárias sem relato de violência para esta atividade, embora aqui haja uso reiterado entre as usuárias “vítimas” de violência por parceiro não houve associação estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Tabela 14- Distribuição da média e mediana de consultas (uso) aos serviços entre usuárias que relataram ou não violência física e/ou sexual por parceiro ou ex-parceiro segundo atividade de atendimento entre usuárias do município de São Paulo, 2001.

Atividade de atendimento	Violência	Física e/ou	Sexual	Total Média
	Sim Média ± DP (mediana)	Não Média ± DP (mediana) de comp	Teste U de Mann-Whitney (p)	
Ginecologia	2,97± 3,67 (1,92)	2,62± 3,58 (1,57)	>0,05	2,77± 3,62 (?)
Outras consultas	1,60± 3,17 (.034)	1,57± 3,01 (.103)	>0,05	1,58± 3,07 (?)
Total de comparecimentos	2,28	2,09	>0,05	2,17

O que o estudo apontou é que houve um uso mais freqüente das situações de assistência por parte das usuárias com relato de violência nos serviços pesquisados, principalmente a forma sexual, revelando, possivelmente, o significado desse tipo de violência para as mulheres. Mesmo que esse uso tenha sido ligeiramente maior ele não foi estatisticamente significativo para todas as atividades.

Um dos poucos trabalhos encontrado que associa violência por parceiro íntimo e uso de determinadas atividades assistenciais, embora não seja população usuária de atenção primária, demonstra pouca diferença no uso das atividades – neste estudo foram coletados dados referentes à utilização de exames de mama e visitas ao médico - entre mulheres com e sem relato de violência, mas indica que maior das usuárias com relato positivo está em contato rotineiro com os profissionais de saúde (HATHAWAY et al., 2000).

Neste sentido nosso estudo ao tentar dialogar com a literatura aponta que também nossas usuárias e, preferencialmente aquelas em situação de violência estão presentes nos serviços de saúde, embora as usuárias de maneira geral acessem pouco os serviços de saúde dos sítios do Município de São Paulo.

5.6- USO REITERADO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A definição de uso reiterado aqui implica em alta frequência de uso. Mas o que será uso aumentado? Definimos então dois tipos de uso: o uso dentro de um certo perfil esperado tendo em vista a distribuição das frequências de uso daquela clientela e o uso que foge para mais a esse esperado, este último arbitramos como acima de 75% das frequências de uso da clientela.

Com base, então, nos achados de frequência de uso dos serviços dos três sítios de pesquisa do Município de São Paulo foi possível caracterizar qual é a população de usuárias de uso reiterado de serviços e quais são as de uso de frequência dentro do usual para a clientela. Quantas são as usuárias de uso frequente/reiterado? Realmente há uso diferenciado dos serviços entre aquelas que relataram violência por parceiro?

Ao realizar uma primeira subdivisão das usuárias, observou-se que entre 828 usuárias - como já comentado aquele com mais de um mês de uso de serviço -, seiscentos e vinte um (75%) são as denominadas de frequência dentro do usual e 25% (n=207) são as usuárias de uso frequente. A tabela 15 apresenta a distribuição destas usuárias por sítio de saúde pesquisado.

Tabela 15 - Distribuição das usuárias freqüentes e as de freqüência dentro do usual entre os sítios de pesquisa dos serviços do município de São Paulo, 2001.

Sítios de pesquisa	Usuais		Freqüentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Paraisópolis	222	75,7	71	24,2	293	100
Núcleo I	215	74,9	72	25,0	287	100
Carandiru	184	74,1	64	25,8	248	100
Total	621	75	207	25	828	100

Nota-se que entre as usuárias freqüentes a grande concentração está localizada nos sítios do Carandiru e Núcleo I 25,8% e 25% respectivamente, o inverso ocorre entre as usuárias de uso não freqüente uma vez que a grande maioria delas utiliza o sítio saúde de Paraisópolis. Cabe aqui um destaque nesta configuração de uso de serviços, talvez esse uso de maior freqüência nos dois serviços citados se deva a própria constituição dos serviços uma vez que Núcleo I e Carandiru são serviços localizados em bairros mais antigos da cidade e que têm como clientela uma população de antigos moradores da região se comparados à população com características mais migrante como a da população usuária do serviço localizado na favela de Paraisópolis.

Inicialmente estamos considerando as usuárias de uso reiterado como aquelas com seu número de consultas/comparecimentos superiores ao percentil 75. Encontramos esse valor como acima de 05 consultas por ano de vida de usuária. Comparando-se então esses dois grupos de usuárias, as de freqüência usual e as de alta freqüência de uso (uso reiterado), temos que as primeiras têm uma média de 1,2 comparecimentos/ano e as de uso reiterado têm uma média de 10,4 comparecimentos/ano. A concentração de comparecimentos por sítio de pesquisa foi muito próxima entre aquelas usuárias de uso reiterado, no entanto demonstraram ser estatisticamente diferentes. Os serviços, portanto variam entre si o que pode ser resultado da diferença de organização da assistência.

Na literatura não há uma definição consensual para uso reiterado de serviços de saúde. Segundo demonstra ULRICH, CAIN, SUGG (2003) as taxa de consultas/ano em serviços norte americanos variam entre 07 e 17 consultas sobre um período de 12 meses para determinadas atividades assistenciais. E, as usuárias frequentes ou *Frequent Attenders (FA)* serão aquelas e tem média anual de visitas aos serviços em torno de 17,26 consultas para pacientes com violência doméstica em comparação àquelas sem evidência de violência em registros médicos, média/anual de 10,07 comparecimentos.

Em nosso estudo ao compararmos o relato de violência física, violência sexual e violência física e/ou sexual com a alta (reiterada) ou usual freqüência de uso dos serviços, temos uma distribuição homogênea de violência para qualquer das formas entre as de maior freqüência ou não como mostram os dados dos gráficos de 6 a 8.

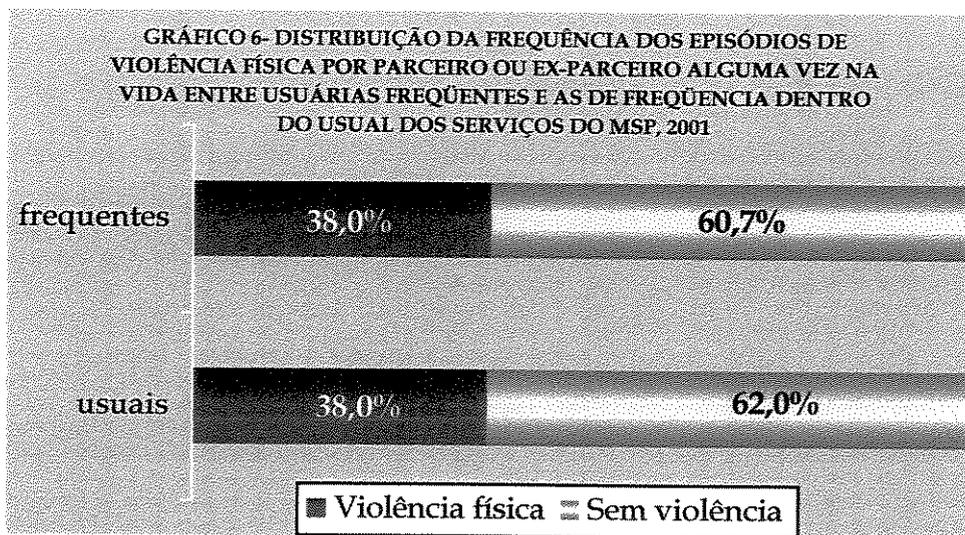


GRÁFICO 7- DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DOS EPISÓDIOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL POR PARCEIRO OU EX-PARCEIRO ALGUMA VEZ NA VIDA ENTRE USUÁRIAS FREQUENTES E AS DE FREQUÊNCIA DENTRO DO USUAL DOS SERVIÇOS DO MSP, 2001

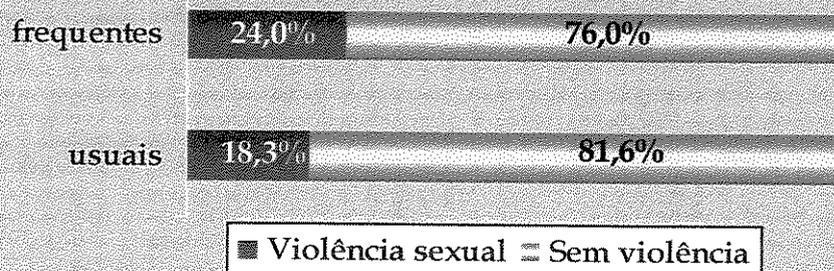
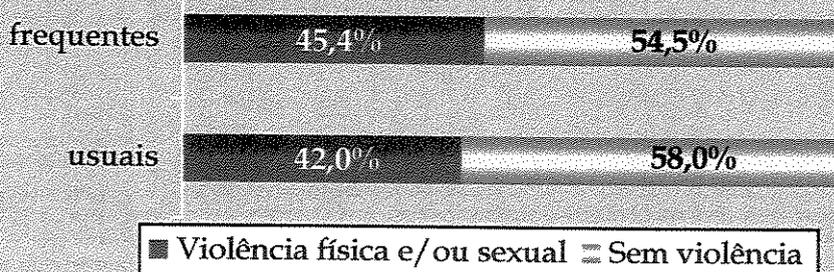


GRÁFICO 8- DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DOS EPISÓDIOS DE VIOLÊNCIA FÍSICA E/OU SEXUAL POR PARCEIRO OU EX-PARCEIRO ALGUMA VEZ NA VIDA ENTRE USUÁRIAS FREQUENTES E AS DE FREQUÊNCIA DENTRO DO USUAL DOS SERVIÇOS DO MSP, 2001



Chama atenção, contudo, que relativamente ao estudo de ULRICH et al. (2000) citado, a frequência de uso no caso do MSP é sempre inferior ao americano quer entre as que sofrem e as que não sofrem violência.

Ao comparar a prevalência dos atos violentos pelo grau de severidade por parceiro entre os dois “grupos” de usuárias, observa-se na Tabela 16 que entre as usuárias que sofreram violência moderada é que está a maior proporção de frequência de uso entre aquelas de uso “normal” dos sítios de saúde (83,2%), embora as situações de violência

severa sejam de alta prevalência nos dois grupos. Neste caso a diferença é estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabela 16- Distribuição do grau de severidade dos episódios de violência física e/ou sexual por parceiro ou ex-parceiro sofrido pelo menos uma vez na vida entre as usuárias frequentes e as de frequência dentro do usual dos serviços do MSP, 2001.

<i>Usuárias</i>	Na vida			Total
	Severa ¹	Moderada ¹	Não sofreu ¹	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Usuais	68,8 (124)	83,2 (104)	75,7 (372)	75,4 (600)
Frequêntes	31,1 (56)	16,8 (21)	24,2 (119)	24,7 (196)
Total	100 (180)	100 (125)	100 (491)	100,0 (796)

¹Diferenças entre as proporções foram estatisticamente significantes ($p=0,01$).

Examinando apenas as usuárias de alta frequência de uso a média de comparecimentos foi 10,4 para aquelas com ocorrência de violência física, 10,3 entre as usuárias que não viveram a mesma situação. A ocorrência de violência sexual foi referida entre as usuárias com média de comparecimentos de 10,2 visitas e 10,3 idas ao serviço por mulheres sem história de violência. Os episódios de violência física e/ou sexual foi relatado por usuárias com média de comparecimentos de 10,4 consultas/vida de usuária e 10,3 entre as que não relataram violência pelo companheiro. Ou seja, a partir deste estudo preliminar não houve associação nem mesmo entre concentração de comparecimentos para violência entre usuárias de uso freqüente.

Portanto a caracterização das usuárias do Município de São Paulo reorientadas pela divisão em duas subpopulações – as usuárias de uso freqüente/reiterado e as usuárias de uso com freqüência dentro do usual “normal” -, foi realizada com objetivo de identificar se há uso diferenciado entre estas duas populações. Neste sentido, as diferenças ratificaram a nossa hipótese de que mulheres em situação de violência tendem a usar mais os serviços

de saúde. No entanto, essa associação somente foi verificada para a ocorrência de violência sexual entre os sítios quanto à frequência, o uso de assistência ginecológica e paraseveridade da violência física e/o sexual entre usuárias de uso reiterado e àquelas de frequência dentro do usual. Para todas as demais situações não houve associação estatisticamente significativa.

CAPÍTULO 6
CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por objetivo principal caracterizar o padrão de uso de serviços através de levantamento retrospectivo de dados dos prontuários médicos de serviços do Município de São Paulo, entre as usuárias que relataram ou não violência por parceiro íntimo em entrevista com questionário individual.

Os serviços de atenção primária que compõem o levantamento dos casos de violência por parceiro íntimo no Município de São Paulo apresentam um perfil sociodemográfico cujas características não diferem muito entre si, basicamente esta população é constituída por mulheres de nível socioeconômico baixo, evidenciando, sobretudo pela média de anos de estudo (6,2) o que corresponde ter cursado o primário e estrato social (C e D) além de ser população de faixa etária razoavelmente jovem e migrante da região norte-nordeste. Em relação às características de relacionamento de casal esta população basicamente é composta por mulheres casadas ou com companheiro com vida sexual ativa.

Corroborando com os dados da literatura observou-se neste estudo que a prevalência de violência por parceiro é alta ultrapassando 40% se considerarmos a sobreposição de qualquer uma das formas de violência (psicológica, física e/ou sexual) na vida.

Vários autores sugerem, no entanto, que embora a prevalência de violência seja alta os casos que chegam aos serviços de saúde não são identificados e tratados como tal em sua grande maioria. Embora não tenhamos estudado diretamente esta questão encontramos que os registros dos casos de violência nos prontuários médicos são quase que inexistentes, ou seja, observou-se menos de 1% de registro de violência no prontuário, para um universo de 977 prontuários analisados sendo que houve relato espontâneo de qualquer forma de violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo atual ou não alguma vez na vida em 557 questionários (57,7%). Portanto é factível nossa hipótese inicial de que o registro em prontuários é muito baixo.

Por outro lado também é baixa a aderência aos serviços de saúde de um modo geral, de acordo com os resultados o tempo médio de usuária (em anos) nos serviços foi de 2,4 e o número médio de consultas nas unidades foi de 4,42 consultas/ano de vida de

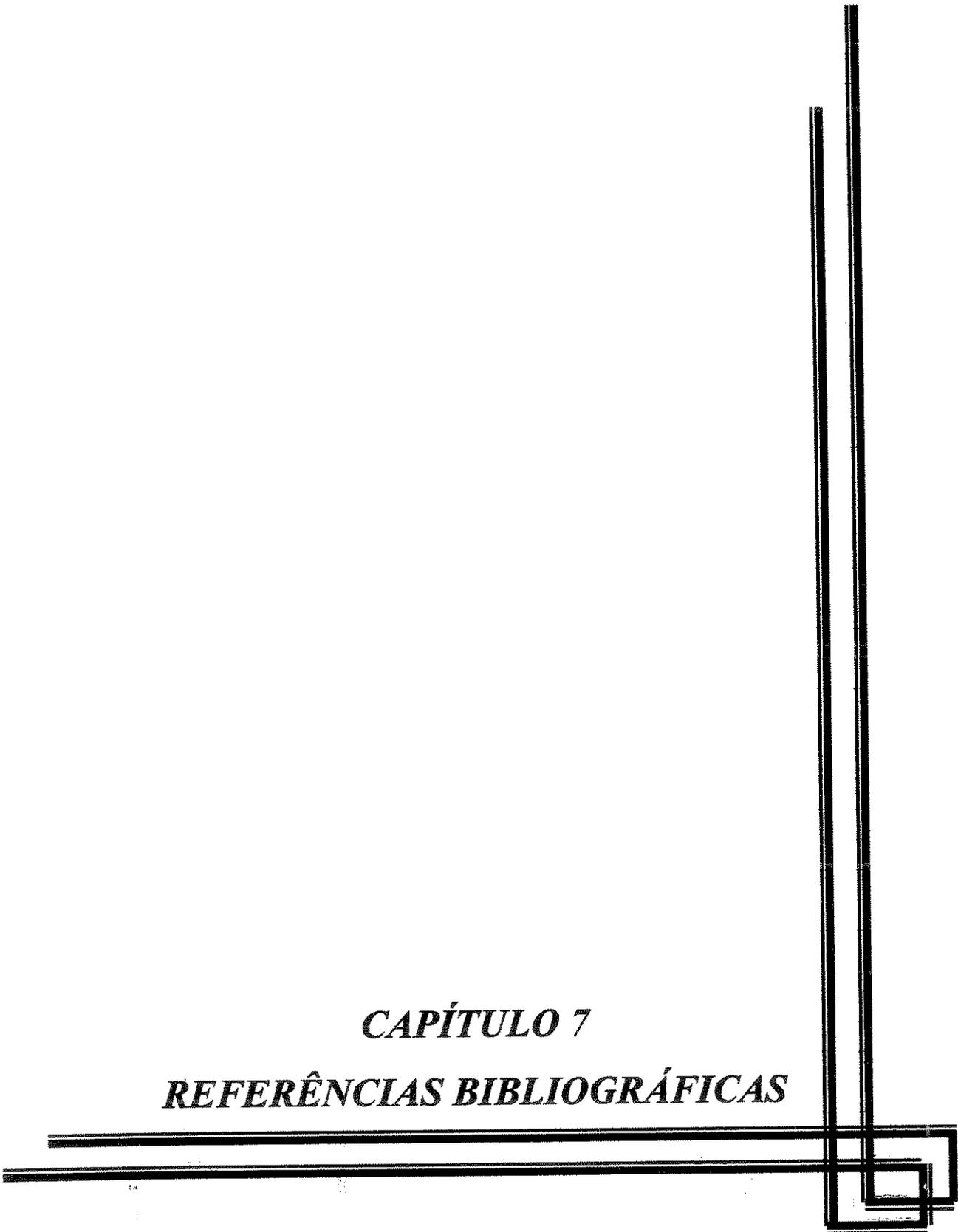
usuária. Com uma concentração de comparecimentos a unidade de 3,48 visitas/ano de vida de usuária.

A concentração de comparecimentos e consultas foi pensada com vistas à compreensão da distribuição do uso de UBS por mulheres com e sem relato de violência no questionário individual. Neste sentido, uma análise preliminar dos achados do presente estudo corrobora com achados da literatura que sugere que mulheres em situação de violência usam mais os serviços de saúde (HATHAWAY, 2000).

É preciso alertar, no entanto, que embora o uso de serviços tenha sido maior entre usuárias com relato de violência na vida, 3,69 comparecimentos/ano e 3,31 comparecimentos/ano em média entre as mulheres sem história de violência, a diferença entre os dois grupos é muito pequena, sugerindo a necessidade de um estudo complementar para detectar possíveis associações que sejam estatisticamente significantes entre os dois grupos para possíveis usos.

Uma primeira análise demonstra que as usuárias no geral têm concentração de comparecimentos muito próxima da média de consultas, 3,48 e 4,42 respectivamente, isto é cada vez que ela vai à unidade ela tem uma consulta somente. Ou seja, para cada atividade a usuária usa pouco em média 2 consultas/ano, mas como pessoa (indivíduo) a usuária soma atividades, em média 4 consultas/ano. Neste sentido, os achados deste estudo sugerem que a população usuária de serviços de atenção primária da rede pública tem dificuldade de acessar os serviços visto pelo tempo médio de uso, acrescido de uma questão importante que é a migração da população para outros serviços tanto da rede pública quanto da privada entre os serviços da cidade de São Paulo.

CAPÍTULO 7
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



ABIPEME (Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado). Critério de classificação econômica. [online]. Brasil; 2001. Disponível em <URL: <http://www.abipeme.org.br>> [2001 jun 14].

ANDRADE, M.C. **Violência contra a mulher e exclusão social: estudo entre subgrupos de populações usuárias do Centro de Saúde Escola Barra Funda – Dr. Alexandre Vranjac.** São Paulo, 2003. (Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo).

ÂNGULO-TUESTA, A.J. **Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde.** Rio de Janeiro, 1997. (Dissertação de Mestrado – Ministério as Saúde – Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP).

BARSTED L L, HERMANN J. (eds) *Instrumentos Internacionais de Proteção aos Direitos Humanos.* Rio de Janeiro, CEPIA, 1999

BAUER, H.M; RODRIGUES, M.A.; PÉREZ-STABLE. **Prevalence and determinantes of intimate partner abuse among public hospital primary care patient.** *J Gen Intern Med*,15:811-817, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência Intrafamiliar – Orientações para a Prática em Serviços.** Cadernos de Atenção Básica – nº08, Série A, 2002 (Normas e Manuais Técnicos; nº 131).

CAMPBELL, J. Health consequences of intimate partner violence. **Violence against women II.** *The Lancet*, 359:1331-1336, 2002.

CLADEM/UNIFEM. **Balanço sobre os esforços e atividades dirigidas a erradicar a violência contra as mulheres na América Latina e Caribe.** Brasil, 2003.

CNDM – CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. **Pesquisa Nacional sobre as condições de funcionamento das delegacias especializadas no atendimento às mulheres.** Relatório Final de Pesquisa. Secretaria Executiva do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2000.

- COSTA, A.M. Desenvolvimento e Implementação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K. & COSTA, S.H. (org). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p.319-335.
- DEARWATER, S.; COBEN, J.H.; CAMPBELL, J.C.; NAH, G.; GLASS, N.; MCLOUGHLIN,; BEKEMEIER, B. Prevalence of intimate partner abuse in women treated at community Hospital Emergency Departments. **JAMA**, 280 (05): 433-438, 1998.
- DESLANDES,S.F.; GOMES, R.; SILVA, C.M.F.P. Caracterização dos casos de violência contra a mulher em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, 16(1): 129-137,2000.
- D'OLIVEIRA, A.F.L.P. **Violência de Gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em Atenção Primária**. São Paulo, 2000 (Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo/USP).
- D'OLIVEIRA, A.F.L.P. & SCHRAIBER, L. B. Violência de Gênero, Direitos Reprodutivos e Serviços. In: GIFFIN, K. & COSTA, S.H. (org). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p.337-354.
- D'OLIVEIRA, A.F.L.P. Violência, gênero e saúde . In D'OLIVEIRA, A. F. P. L (Org) **Curso de Capacitação para o Atendimento a Mulheres em Situação de Violência**, São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/FMUSP & Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, apoio Fundação FORD, 1997.
- D'OLIVEIRA, A.F.P.L. - **Gênero e Violência nas Práticas de Saúde: contribuição ao estudo da atenção integral à saúde da mulher**. São Paulo, 1996 (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo/USP).
- D'OLIVEIRA, A.F.P.L. & SENNA, D.M. Saúde da Mulher. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (org) **Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo: Hucitec, p. 86-108, 1996.

EISENSTAT, A. S. ; BANCROFT, B.A Domestic Violence. *New England Journal of Medicine*. 16, september, 886-892, 1999.

ELLSBERG, M.; PEÑA, R.; HERRERA, A.; LILIESTRAND, J.; WINKVIST, A. **Conflites en el Infierno – Prevalencia y Características de la Violencia Conyugal Hacia las Mujeres en Nicaragua**. Red Nacional de Mujeres Contra La Violencia, Nicaragua/Depto. de Medicina Preventiva y Salud Publica, UNAN- Leon/Depto. de Epidemiologia y Salud Publica, Umea University, Suecia, Nicaragua, 1998.

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

GRISSE, J.A.; SCHWARZ, D.F.; HIRSCHINGER, N.; SAMEEL, M.; BRENSINGER, C.; SANTANNA, J. Violent injuries among women in an urban area. *New England Journal of Medicine*. v.341, n.25, p.1899-1905, 1999.

GROSSI, M. O significado da violência nas relações de gênero no Brasil. *Sexualidade, Gênero e Saúde* 2(4). Rio de Janeiro, CEPESC/IMS/UERJ, 1995.

GUIA DE SERVIÇOS PARA O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Mulheres em situação de violência**. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde & Centro de Saúde Samuel Pessoa /FMUSP, São Paulo, 1999 (2 ed).

HARDING, T. W.; ARRANGO, H.V.; BALTAZAR, J.; CLIMENT, C.E.; IBRAHIM, H.H.A.; IGNÁCIO, L.L. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol. Med.*, v.10, p.231-41, 1980.

HATHAWAY, J.E.; MUCCI, L.A.; SILVERMAN, J.G.; BROOKS, D.R.; MATHEWS, R.; PAVLOS, C.A. Health Status and Health Care Use of Massachusetts Women Reporting Partner Abuse, *American Journal of Preventive Medicine*, v.19, n.4 pp. 302-307, 2000.

HEISE, L. Gender-based Abuse: The Global Epidemic. *Cadernos de Saúde Pública*, (10):135-145,1994.

HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. Violence against women. **The Hidden Health Burden**. Washington D.C., The World Bank, 1994 (World Bank Discussion Papers n. 255, mimeo).

HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. Ending Violence against women. **Population Report**, serie L, n. 11, Baltimore: Escuela de Salud Pública de La Universidad Johns Hopkins. 1999.

KOSS, M.P.; KOSS, P.G.; WOODRUFF. Deleterious effects of criminal victimizations on womens' health and medical utilization. **Archives of Internal Medicine**, v.151, n.2, 1991.

KYRIACOU, D.N.; ANGLIN, D.; TALIAFERRO, E.; STONE, S.; TUBB, T.; LINDEN J.A. Risk factors for injury to women from domestic violence. **New England Journal of Medicine**. v.341, n.25, p.1892-1898, 1999.

MAIURO, R.D.; VITALIANO, P P; SUGG, N K , THOMPSON, D C; RIVARA, F P; THOMPSON, RS, Development of Health Care Provider Survey for Domestic Violence - Psychometric Properties, **American Journal of Preventive Medicine**, v.19, n.4, PP. 245-252, 2000.

MCCAULEY, J.; KERN, D.E.; KOLODNER, K.; DILL, L.; SCHROEDER, A F.; DECHANT, H.K.; RYDEN, J.; BASS, E.B.; DEROGATIS, L.R. The "Battering Syndrom": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in Primary Care Internal Medicine Practices. **Annals of Internal Medicine**, 123 (10): 737-748,1995.

MINAYO, M.C.S & SOUZA, E.R. - É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da Saúde Pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 4 nº1: pp 7-23,1999.

MINAYO, M.C.S. A Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, V. 10, suplemento 1, 1994.

MORENO, C.G. Dilemmas and oportunities for an appropriate health-service response to violence against women. **Violence against women IV. The Lancet**, 359:1509-1514, 2002.

OEA. **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher- Convenção de Belém do Pará.** São Paulo, CLADEM/IPÊ, 1996.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) - **La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina** Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) – **Relatório Mundial sobre violência e saúde.** Genebra, p.87-113, 2002.

OSIS, M^a. J.M.D. **Atenção Integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção.** Campinas/SP, 1994. (Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual de Campinas UNICAMP).

RAGO, M. **Gênero e Violência: uma abordagem histórica.** In D'OLIVEIRA, A. F. P. L. (Org) **Curso de Capacitação para o Atendimento a Mulheres em Situação de Violência,** Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/FMUSP & Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, apoio Fundação FORD, São Paulo, 1997, p. 13-17.

SCHRAIBER, L. B., D'OLIVEIRA, A. F. P. L., COUTO, M.T., PINHO, A.A., FERREIRA, A. F., HANADA, H., KISS, L.B., DURAND, J.G. - **Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o programa de saúde da mulher. Relatório Final de Pesquisa,** projeto FAPESP (Processo n.º 98/14070-9) linha de Políticas Públicas, Universidade de São Paulo Faculdade de Medicina Departamento de Medicina Preventiva, 2003.

SCHRAIBER, L. B., D'OLIVEIRA, A. F. P. L., FRANÇA-JR, I., DINIZ, C.S., PORTELLA, AP., LUDEMIR, A.B., COUTO, M.T., VALENÇA, O., SOUZA, E.M.T. - **Violência contra a mulher e saúde no Brasil: Estudo Multipaíses da OMS sobre saúde da mulher e violência doméstica. Relatório de Pesquisa,** 2002a.

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

SCHRAIBER, L. B. Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o programa de saúde da mulher. **Relatório Parcial de Pesquisa** (1º ano da Fase II), projeto FAPESP (Processo n.º 98/14070-9) linha de Políticas Públicas, Universidade de São Paulo Faculdade de Medicina Departamento de Medicina Preventiva, 2001a.

SCHRAIBER, L. B. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde?. **Revista USP – Saúde**, São Paulo, n. 51, pp. 104-113, Set/Nov 2001b.

SCHRAIBER, L. B., D'OLIVEIRA, A. F. P. L., FRANÇA-JR, I., STRACKE, S., OLIVEIRA, E. A. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.1-2, n.9, p.3-15, 2000.

SCHRAIBER, L. B. & D'OLIVEIRA, A.F.L.P. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educ.** v.3, n.5, p.11-27, 1999.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. **Educ e Realid.** v.20, n.2, 1995.

STARK, E. & FLITCRAFT, A.- Spouse Abuse. In: ROSEMBERG, M. L. & FENLEY, M.A. (eds.) **Violence in America: a public health approach**. New York: Oxford University Press, 1991. p.123-157.

STRAUS, M. A. Measuring intrafamilial conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. **Journal of Marriage and the Family**, v. 41, p.75-88, 1979.

SUGG, N. K. & INUI, T. Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence - Opening Pandora's Box. **JAMA**, v. 267, n. 23, p. 3157-3160, 1992.

ULRICH, Y.G.; CAIN, K.C.; SUGG, N.K.; RIVARA, F.P.; RUBANOWICE, D.M. THOMPSON, R.S. Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence. *American Journal of Preventive Medicine*, v.24, n.1 pp. 09-15, 2003.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Domestic Violence Against women and girls**. Innocenti Digest nº6. Innocenti Research Centre - Florence – Italy, – may 2000.

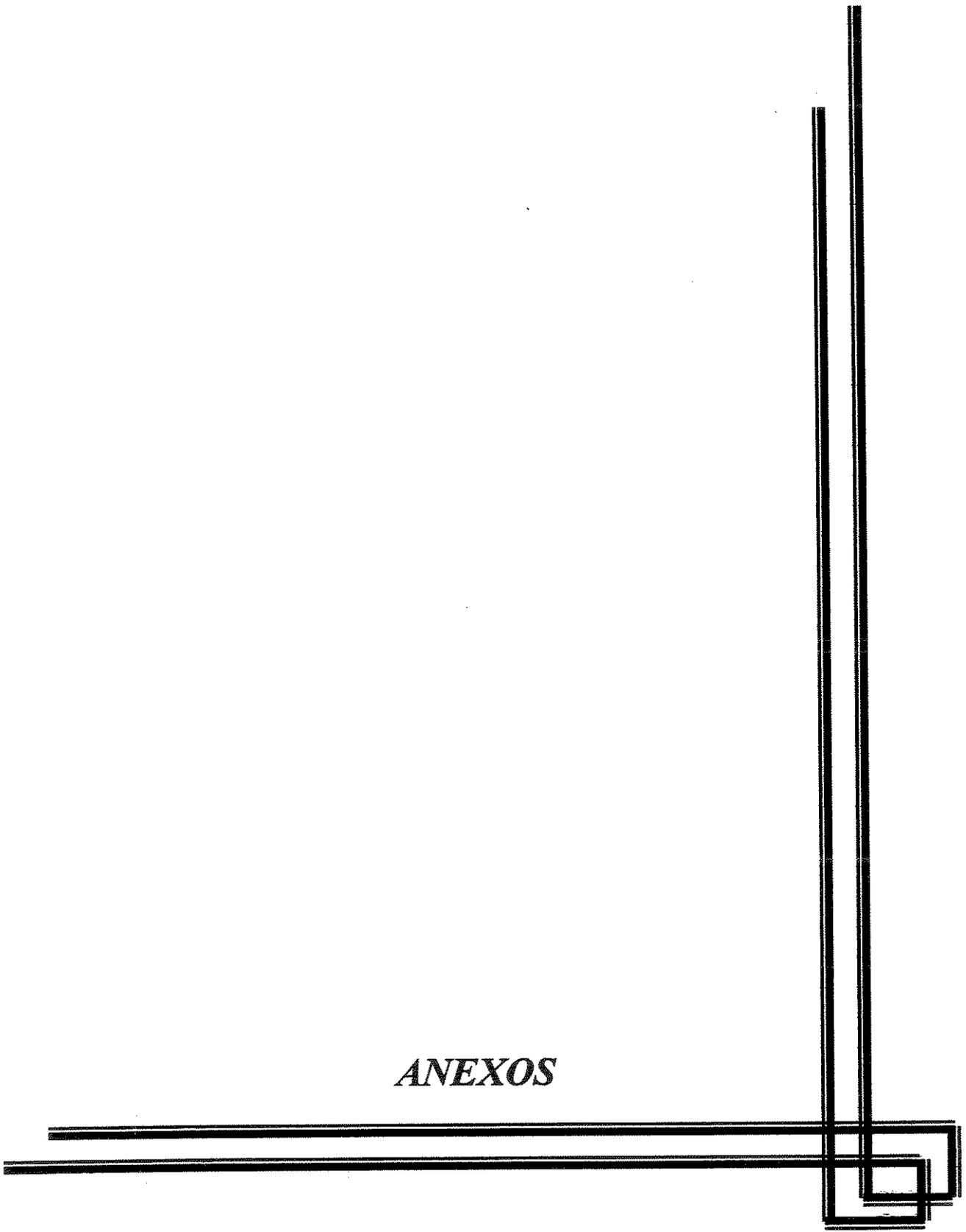
UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **La Violencia Domestica Contra Mujeres y Niñas**. Innocenti Digest nº6. **Centro de Investigaciones Innocenti**, Florencia – Italia, Junio del 2000.

TAVARES, D.M.C. **Violência doméstica: uma questão de saúde pública**. São Paulo, 2000. (Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo/USP).

VERARDO, T. Violência. In: D'OLIVEIRA, A. F. P. L (Org) **Curso de Capacitação para o Atendimento a Mulheres em Situação de Violência**, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/FMUSP & Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, apoio Fundação FORD, São Paulo, 1997, p. 18-22.

WATTS, C. & ZIMMERMAN, C. Violence against women: global scope and magnitude. **Violence against women I**. *The Lancet*, 359:1232-1237, 2002.

ANEXOS



CONSENTIMENTO INFORMADO

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

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

São Paulo, de de 2001

Assinatura Entrevistada

Recebimento:

Assinatura Pesquisadora

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

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

Projeto FAPESP/ Linha Políticas Públicas

SAÚDE DA MULHER, RELAÇÕES FAMILIARES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Pesquisadora Responsável / Coordenação

LILIA BLIMA SCHRAIBER

QUESTIONÁRIO

03 de maio 2001

1. SERVIÇO _____ nº questionário _____

2. DATA DA APLICAÇÃO: ____/____/____

3. HORA DE INÍCIO: _____

4. NÚMERO DE MATRÍCULA NO SERVIÇO: _____

INICIAIS DA ENTREVISTADA: _____

5. DATA DO NASCIMENTO: ____/____/____

Escolaridade:

6a. SABE LER E ESCREVER? 1. sim 2. não

6b. VOCÊ JÁ FREQUENTOU A ESCOLA? 1. sim 2. não [ir para Q. 7]

6c. ATÉ QUE SÉRIE/ ANO VOCÊ ESTUDOU?

Primeiro Grau _____ ano

Segundo Grau/Técnico _____ ano

Universitário _____ ano

7. QUAL A SUA COR?

1. branca

2. negra

3. amarela

4. mulata

5. outras mestiças

6. outras _____

8. QUAL É A SUA PRÁTICA RELIGIOSA? (resposta múltipla)

1. Católica

2. Judaica

3. Muçulmana

4. Evangélica Histórica

5. Evangélica Pentecostal

6. Espírita kardecista

7. Umbanda

8. Candomblé

9. sem prática religiosa

10. Outras _____

9. ONDE VOCÊ NASCEU?

9a. Estado: _____

9b. Cidade: _____ 1. Rural 2. Urbana

10. VOCÊ JÁ MOROU EM OUTRA CIDADE (incluindo a que você nasceu)?

1. sim 2. não [ir p. Q. 12]

1. _____

2. ____/____/____

3. ____:____

4. _____

5. ____/____/____

6a. _____

6b. _____

6c. _____

7. _____

8a. _____

8b. _____

9a. _____

9b. _____

10. _____

11. HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ ESTÁ NA GRANDE S.P. (desde a última vez)? _____ anos **11.** _____

12. VOCÊ DIRIA QUE MORA EM: **12.** _____

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

13. VOCÊ CONSIDERA O LOCAL ONDE MORA COMO: **13.** _____

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

14. O LOCAL ONDE VOCÊ MORA É: **14.** _____

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

15. VOCÊ OU ALGUMA PESSOA DA SUA CASA POSSUI: **15'** _____

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

15b. _____

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

16. VOCÊ POSSUI QUANTOS DESTES ÍTENS?

- | | |
|--|-----------|
| a) [] TELEVISÃO COLORIDA | 16' ____ |
| b) [] VÍDEO CASSETE | 16b. ____ |
| c) [] RÁDIO | 16c. ____ |
| d) [] BANHEIRO | 16d. ____ |
| e) [] AUTOMÓVEL DE PASSEIO | 16e. ____ |
| f) [] EMPREGADA MENSALISTA | 16f. ____ |
| g) [] ASPIRADOR DE PÓ | 16g. ____ |
| h) [] MÁQUINA DE LAVAR ROUPA | 16h. ____ |
| i) [] GELADEIRA | 16i. ____ |
| j) [] FREEZER (isolado ou geladeira duplex) | 16j. ____ |

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

17. ____

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

18' ____

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

18b. ____

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

19. ____

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

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

20. ____

_____ anos _____ meses

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

Escolaridade do companheiro(a):

22a. ELE (A) SABE LER E ESCREVER? 1. sim 2. não 22a. ____

22b. ELE (A) JÁ FREQUENTOU A ESCOLA? 1. sim 2. não [ir para Q. 23] 22b. ____

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

Primeiro Grau ____ ano

Segundo Grau/Técnico ____ ano

Universitário ____ ano

Não sabe : 99 ____

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

(resposta 23b. ____)

múltipla)

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

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

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

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

26. VOCÊ JÁ ENGRAVIDOU? 26. ____

1. sim

2. não [ir para Q.32]

9. não sei [ir para Q.32]

27. QUANTAS VEZES? _____ 27. ____

28. QUANTOS FILHOS NASCERAM VIVOS? _____ 28. _____
29. JÁ TEVE ALGUM ABORTAMENTO? QUANTOS? _____ 29. _____
30. JÁ TEVE ALGUM FILHO NASCIDO MORTO? QUANTOS? _____ 30. _____
31. ALGUM DE SEUS FILHOS NASCEU ABAIXO DO PESO (ABAIXO DE 2,5 KG)?
QUANTOS? _____ 31 _____
32. VOCÊ OU SEU PARCEIRO ATUAL FAZEM USO DE ALGUM MÉTODO PARA EVITAR GRAVIDEZ? QUAL? (resposta múltipla) 32 a. _____
32 b. _____
1. Não usa método
 2. Está grávida
 3. DIU
 4. Pílula
 5. Diafragma/Geléia espermecida
 6. Injeção
 7. Laqueadura
 8. Vasectomia
 9. Condom/ camisinha
 10. Métodos naturais (tabelinha, coito interrompido, lavagem, ducha...)
 11. Não se aplica (na menopausa, sem parceiro sexual, histerectomizada, mulheres que fazem sexo com mulheres)
 12. Outros (está amamentando ou outros métodos)
33. VOCÊ ALGUMA VEZ USOU CAMISINHA COM SEU PARCEIRO MAIS RECENTE/ ATUAL PARA SE PROTEGER DE ALGUMA DOENÇA? 33. _____
1. Sim 2. Não
34. ALGUMA VEZ SEU PARCEIRO MAIS RECENTE/ ATUAL JÁ SE RECUSOU A USAR CAMISINHA PARA PREVENIR ALGUMA DOENÇA? 34. _____
1. Sim 2. Não
35. VOCÊ SABE QUE EXISTEM DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, ENTRE ELAS, O VÍRUS HIV, QUE PODE LEVAR À AIDS. VOCÊ, ALGUMA VEZ, JÁ FEZ TESTE PARA O HIV (AIDS)? NÃO QUEREMOS SABER O RESULTADO, APENAS SABER SE VOCÊ JÁ FEZ O TESTE. 35. _____
1. Sim
 2. Não
 3. Não sabe

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

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

37. NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, VOCÊ TEVE:
NÃO

SIM

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

ATENÇÃO ENTREVISTADORA:

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

As questões que seguem referem-se a mulheres que estão casadas, moram com o(a) companheiro(a) ou têm namorado(a), ou que alguma vez tiveram relacionamentos deste tipo.
Senão, vá para a Questão 42.

38. Eu quero que você me diga se seu atual marido/ companheiro(a), ou qualquer outro companheiro ou namorado (a) alguma vez, tratou você da seguinte forma:	A) (Se sim, continue em B. Se não, vá para o próximo item)		B) Isto aconteceu nos últimos 12 meses? (Se sim, pergunte somente a C. Se não, somente a D)		C) Nos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes? (depois de responder a C, pule o D)			D) Antes dos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?		
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	Uma	Poucas	Muitas	Uma	Poucas	Muitas
a) Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
b) Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
c) Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito (p. ex.: a forma como ele (a) a olha, como ele (a) grita, como ele (a) quebra coisas/ objetos pessoais)?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
d) Ameaçou machucá-la ou alguém ou algo de que (m) você gosta?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3

39. Alguma vez, o seu atual marido/companheiro (a), ou qualquer outro companheiro (a), tratou você da seguinte forma:	A)		B)		C)			D)		
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	Uma	Poucas	Muitas	Uma	Poucas	Muitas
a) Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
b) Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/ chacoalhão?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
c) Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
d) Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
e) Estrangulou ou queimou você de propósito?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
f) Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
40. Alguma vez, o seu atual marido/companheiro (a), ou qualquer outro companheiro (a), tratou você da seguinte forma:	A)		B)		C)			D)		
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	Uma	Poucas	Muitas	Uma	Poucas	Muitas
a) Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
b) Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele (a) pudesse fazer?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
c) forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3

Se a entrevistada respondeu SIM a alguma das questões 38, 39 e 40, faça a pergunta 41.

Senão, vá para a Q. 42

41. ALGUMA DESTAS VEZES VOCÊ ESTAVA GRÁVIDA?

41. ____

1. Sim
2. Não

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

42. ____

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

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

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

43. ____

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

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

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

44. _____

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

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

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

51. QUEM É O(A) AGREDIDO (A)?

51 a. ____

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

51 b. ____

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

52 a. ____

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

52 b. ____

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

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

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

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

PESQUISA
SAÚDE DA MULHER, RELAÇÕES FAMILIARES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Ficha de Leitura de Prontuários Médicos – 15/05/01

- | | |
|--|----------------|
| 1. Serviço _____ n° questionário _____ | 1. _____ |
| 2. N° do Prontuário _____
Iniciais da usuária _____ | 2. _____ |
| 3. Data da aplicação da entrevista: ___/___/___ | 3. ___/___/___ |
| 4. Data de inscrição no serviço: ___/___/___ | 4. ___/___/___ |
| 5. Data de nascimento: ___/___/___ | 5. ___/___/___ |

6. Uso de serviço no último ano (referência: data da entrevista):

Atividade de Atendimento	Registro de Violência			N° de vezes que passou por cada atividade	
	Fís.	Sex.	Psic.		
6.a Pronto atendimento					
6.b Pré-natal – médico					
6.c Pré-natal – enfermagem					
6.d Ginecologista					
6.e Outras Consultas Médicas (agendadas)					
6.f Saúde Mental					
6.g Atendimento Enfermagem					
6.h Assistente Social					
6.i Grupos					
6.j Outras Atividades					
6.k n° comparecimento					

7. Uso de serviço na vida:

Atividade de Atendimento	Registro de Violência			Nº de vezes que passou por cada atividade	
	Fís.	Sex.	Psic.		
7.a Pronto atendimento					
7.b Pré-natal – médico					
7.c Pré-natal – enfermagem					
7.d Ginecologista					
7.e Outras Consultas Médicas (agendadas)					
7.f Saúde Mental					
7.g Atendimento Enfermagem					
7.h Assistente Social					
7.i Grupos					
7.j Outras Atividades					
7.k nº comparecimento					

8. Relato espontâneo de violência no atendimento (se houver pelo menos 1 relato, assinalar SIM):

0. não () 1. sim ()

8.

9. Relato no questionário individual (a ser preenchido na codificação):

0. relato negativo () 1. relato positivo ()

9.

10. Data da avaliação do prontuário: ____ / ____ / ____

10. [REDACTED]

11. Avaliador do prontuário _____

11. [REDACTED]

1. Serviço _____ questionário _____

1. [REDACTED]

2. Nº do Prontuário _____

2. [REDACTED]

3. Data da entrevista: ____ / ____ / ____

3. [REDACTED]

4. Data do Atendimento: ____ / ____ / ____

4. [REDACTED]

5. Tipo de Atendimento

5. [REDACTED]

Pronto Atendimento 1.

Pré Natal 2. individual

3. Grupo

Ginecologia 4. individual

5. Grupo

Saúde Mental 6. individual

7. Grupo

Serviço Social 8.

Outros 9. individual

10. Grupo

Não identificado 11.

6. Queixas/ Diagnóstico

1. depressão/ baixa auto-estima/ cansaço/ chora muito /
tristeza / perda de interesse

2. desmaio

3. disfunção sexual (dificuldade de orgasmo, conflitos em
relação à frequência da atividade sexual, alteração na libido,
vaginismo)

4. distúrbios alimentares e/ou falta de apetite e/ou aumento
de apetite

5. insônia/ dorme mal/ pesadelos

6. nervosismo/ ansiedade/ palpitações/ angústia

7. problemas de memória / confusão mental

8. somatização

9. tentativa de suicídio

10. tontura

11. anemia

12. cardiopatias

13. dor de cabeça

14. dor de estômago e/ou azia e/ou enjôos/ vômitos

15. dor em baixo ventre e/ou cólicas uterinas

16. dores abdominais e/ou diarreias e/ou cólicas intestinais

17. obstipação intestinal

18. dores em outras partes do corpo

19. edemas em membros inferiores / pernas inchadas

20. hematomas/ fraturas/qq forma de lesão

21. DST's

22. ferida e/ou verruga vaginal e/ou condiloma

23. falta de ar e/ou dificuldade de respiração e/ou asma /
respiração curta ou suspiro

24. gripe e/ou resfriado e/ou sinusite

25. hipertensão arterial e/ou aumento de PA

26. infecção urinária e/ou queixas urinárias

27. leucorréia /corrimento vaginal e/ou dor, ardor, coceira na
vagina

28. menstruação dolorosa / irregularidade / distúrbios
menstruais

29. dor na relação sexual / sangramento pós relação

30. nódulo mamário

31. obesidade e/ou sobrepeso

32. aborto e/ou complicações na gestação

33. gravidez não planejada e/ou não desejada

34. problemas de relacionamento com familiares

35. violência (física e/ou psicológica)

36. violência sexual

37. sexo não seguro

38. quer fazer exames de DST's
 39. quer fazer teste HIV
 40. retorno agendados, educação e orientação preventivas e/ou contracepção e/ou exames
 41. uso e/ou abuso de álcool / drogas
 42. uso/abuso de álcool/drogas pelo companheiro(a)

43. veio fazer teste HIV a pedido

44. vem fazer pregnosticon

45. outros _____

46. sem registro

47. ilegível

6a.

6b.

6c.

7. A paciente está: 1. grávida 2. puérpera 3. não grávida nem puérpera

7.

8. Conduta: 1. sim 2. não

8.

9. Encaminhamento:

Interno ao serviço

1. Saúde Mental

2. Outros _____

Externo

3. Saúde Mental

4. Outros _____

Não houve

5.

Ilegível

6.

9a.

9b.

9c.

9d.

10. Avaliador do prontuário _____

10.

Data da leitura de prontuário ____/____/____

Fapesp 15/05/01



HOSPITAL DAS CLÍNICAS
D A
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CAIXA POSTAL. 8091
SÃO PAULO - BRASIL

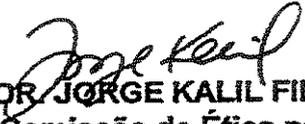
DIRETORIA CLÍNICA

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 10.05.2000, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 107/00, intitulado: "Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde de São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o programa de saúde da mulher", apresentado pelo(a) pesquisador(a) Dra. *Lilia Blima Schraiber*, do Departamento de Medicina Preventiva, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CAPPesq, 12 de Maio de 2000.


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

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