

**INSTITUTO MATERNO INFANTIL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATERNO INFANTIL**

MARIA ARLEIDE DA SILVA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS MULHERES
ASSISTIDAS NO CENTRO DE ATENÇÃO À MULHER-
IMIP/RECIFE/PERNAMBUCO**

Recife

2006

Ficha catalográfica

Preparada pela Biblioteca da Fundação Alice Figueira- FAF

Silva, Maria Arleide

Prevalência e fatores associados a violência doméstica contra as mulheres assistidas no Centro de Atenção à Mulher – CAM/IMIP, em Recife/Pernambuco. Recife, Maria Arleide da Silva, 2006.

105 fls, il, fig.

Dissertação (Mestrado) – Colegiado do Curso de Mestrado em Saúde Materno Infantil do Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira – IMIP.

Área de Concentração : Violência

Orientador: Gilliatt Hanois Falbo Neto
Co-orientador: José Eulálio Cabral Filho

DESCRITORES: 1. Violência 2. Violência contra a mulher 3. Violência doméstica 4. Prevalência 5. Fatores associados.

I. FALBO NETO, Gilliatt Hanois, orientador. II CABRAL FILHO, José Eulálio, Co-orientador. III Título. IV Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira – IMIP.

362.829 2 CDD (22.ed)
S 586 p

**INSTITUTO MATERNO INFANTIL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATERNO INFANTIL**

MARIA ARLEIDE DA SILVA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS MULHERES
ASSISTIDAS NO CENTRO DE ATENÇÃO À MULHER-
IMIP - RECIFE/PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil do IMIP como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Materno Infantil.

Orientador: Prof. Dr. Gilliatt Hanois Falbo Neto

Doutor em Medicina Materno Infantil pela Universidade de Trieste, Itália.

Co-orientador: Prof. Dr. José Eulálio Cabral Filho

Pós-Doutor no Massachusetts Institute of Technology, MIT, Estados Unidos.

Recife

2006

MARIA ARLEIDE DA SILVA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS MULHERES
ASSISTIDAS NO CENTRO DE ATENÇÃO À MULHER-
IMIP - RECIFE/PERNAMBUCO**

Dissertação submetida ao corpo docente do Mestrado em Saúde Materno Infantil do Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira, defendida e aprovada em de 01 de dezembro de 2006.

Orientador: Gilliatt Hanois Falbo Neto

Examinadores:

- **Prof^a Dra. Ana Bernarda Ludermir** (*Professora Adjunta III do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco*)

- **Prof.^a Dra. Ariani Impieri de Souza** (*Docente do Programa de Pós-graduação do Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira e Professora da Escola Pernambucana de Medicina – FBV/IMIP*)

- **Prof. Dr. Felipe Rinald Barbosa Lorenzato** (*Docente do Programa de Pós-graduação do Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira*)

DEDICATÓRIA

Aos **meus pais** que além do carinho e dedicação, mesmo em condições adversas, investiram na minha educação, proporcionando-me conquistar um bem singular e sólido: a minha formação profissional.

A todas as **mulheres que participaram da minha pesquisa**, sem as quais este trabalho não seria possível.

AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos Ari, Aucicleide e Ana, queridos e grandes companheiros e incentivadores de toda vida.

Aos sobrinhos Bruna, Chelle, Pris e Xando, que por existirem tornam a minha vida mais feliz.

A Zeilto e Vana, por fazerem parte da minha família.

Aos que fazem o IMIP, sobretudo ao pessoal do Centro de Atenção à Mulher e Departamento de Pesquisa, onde sempre encontrei “portas por onde” e nunca “portas contra”.

A Gilliat Falbo, meu orientador, pela disponibilidade, interesse e tranquilidade com que me orientou.

Ao Professor Eulálio, meu Co-orientador, pelas suas contribuições ao meu trabalho.

Ao Professor Natal, não apenas pelas nossas aulas, mas pela colaboração na análise dos dados desta pesquisa.

À Coordenação e Secretaria do Mestrado, por todo zelo com o Curso e com os alunos.

Aos membros da minha pré-banca, Ariani Impieri, Carminha Duarte e Telma Cursino, suas contribuições foram inestimáveis, obrigada.

A todos os meus professores durante o Curso de Mestrado, particularmente a Professor Eulálio, Jailson e Murilo, agradeço-lhes a dedicação e a maneira como ensinaram, transmitindo para além do conhecimento, o gosto pelo aprender a pensar e sermos sujeitos ativos do nosso aprendizado.

Aos colegas da Turma 11 do Mestrado, Alex, Carla, Cristiane, Eduardo, Emilses, Inês, Josiana, Juliana, Kaline, Pollianna, Quaresma e Wilma, por tê-los conhecido, pela convivência prazerosa, e esperando não nos dispersarmos.

À Adriana, Mariana, Milena e Roberta, auxiliares na minha pesquisa, pela grande e dedicada colaboração na realização da coleta dos dados.

Às amigas de todas as horas: Ana Simões, Gilza Rodrigues, Lúcia Freire Duque e Mônica Melo, que compartilharam comigo as alegrias e angústias durante o percurso da realização desta dissertação.

A todos os que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Muito obrigada.

SUMÁRIO

	Página
I INTRODUÇÃO	1
1.1 Conceituação e magnitude do problema	2
1.2 A violência de gênero e a violência contra a mulher	4
1.3 Classificação dos tipos de violência doméstica	6
1.4 Epidemiologia e impacto da violência doméstica	7
1.5 Violência doméstica contra a mulher e fatores associados	11
II OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
III MÉTODO	17
3.1 Local e população do estudo	17
3.2 Desenho do estudo	17
3.3 Amostra	18
3.4 Seleção dos sujeitos	18
3.4.1 Critérios de elegibilidade	18
3.5 Definição dos termos e variáveis	19
3.5.1 Definição dos termos	19
3.5.2 Definição das variáveis	19
3.5.2.1 Variável dependente	19
3.5.2.2 Variáveis independentes	20
3.6 Instrumento para a coleta de dados	23
3.7 Operacionalização do estudo	24
3.7.1 Treinamento dos auxiliares de pesquisa	24
3.7.2 Estudo piloto	24
3.7.3 Coleta de dados	25
3.7.4 Fluxograma para seleção e recrutamento dos sujeitos	26
3.7.5 Controle de qualidade	28
3.8 Processamento e análise dos dados	28
3.8.1 Processamento dos dados	28
3.8.2 Análise estatística	28
3.9 Aspectos éticos	29
IV RESULTADOS	30

4.1 Prevalência de violência doméstica contra a mulher assistida no CAM-IMIP	30
4.2 Caracterização da agressão sofrida	30
4.3 Características sócio-demográficas das mulheres	32
4.4 Características sócio-demográficas do parceiro	35
4.5 História de violência familiar na infância e/ou adolescência	36
4.6 Comportamentos de risco da mulher	37
4.7 Comportamentos de risco do parceiro	38
4.8 Transtorno mental	40
4.9 Análise multivariada dos fatores associados à violência doméstica contra a mulher	42
V DISCUSSÃO	43
VI CONCLUSÕES	58
VII RECOMENDAÇÕES	59
IX REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES	
I Questionário	
II Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
III Manual de instruções	
IV Ficha para encaminhamento	
ANEXO	
Declaração do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do IMIP	

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1: Distribuição de frequência de mulheres vítimas de violência conforme o tipo de agressão sofrida, atendidas no período de outubro/2005 a janeiro/2006. CAM-IMIP.	30
Tabela 2: Distribuição de frequência de mulheres vítimas de violência sexual nos últimos doze meses, atendidas no período de outubro/2005 a janeiro/2006. CAM-IMIP.	31
Tabela 3: Distribuição de frequência das mulheres vítimas de violência doméstica conforme suas características sócio-demográficas, atendidas no período de outubro/2005 a janeiro/2006. CAM-IMIP.	33
Tabela 4: Distribuição de frequência de mulheres vítimas de violência, conforme características sócio-demográficas do parceiro, atendidas no período de outubro/2005 a janeiro/2006. CAM-IMIP.	35
Tabela 5: Distribuição de frequência de mulheres vítimas de violência doméstica com história de violência familiar na infância e/ou adolescência, atendidas no período de outubro/2005 a janeiro/2006. CAM-IMIP.	36
Tabela 6: Distribuição de frequência de mulheres vítimas de violência doméstica conforme seus comportamentos de risco, atendidas no período de outubro/2005 a janeiro/2006. CAM-IMIP.	37
Tabela 7: Distribuição de frequência de mulheres vítimas de violência, conforme comportamentos de risco do parceiro, atendidas no período de outubro/2005 a janeiro/2006. CAM-IMIP.	38
Tabela 8: Distribuição de frequência de mulheres vítimas de violência, conforme padrão de uso de bebida alcoólica do parceiro, atendidas no período de outubro/2005 a janeiro/2006. CAM-IMIP.	38
Tabela 9: Distribuição de frequência de mulheres vítimas de violência conforme história de transtorno mental da mulher, atendidas no período de outubro/2005 a janeiro/2006. CAM-IMIP.	39
Tabela 10: Distribuição de frequência de mulheres vítimas de violência, conforme história de transtorno mental do parceiro, atendidas no período de outubro/2005 a janeiro/2006. CAM-IMIP.	40
Tabela 11: Análise multivariada dos fatores associados à VDCM. CAM-IMIP. Período de outubro/2005 a janeiro/2006	41

LISTA DE FIGURAS

		Página
Figura 1:	Modelo ecológico de fatores associados de violência infligida pelo parceiro. Adaptado de Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999.	12
Figura 2:	Fluxograma de seleção e recrutamento dos sujeitos	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AAS	Abuse Assessment Screen
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAM	Centro de Assistência à Mulher
CAPS	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CAGE	Cut down (C), Annoyed (A), Guilty (G) and Eye-opener (E), inventário para avaliar alcoolismo. Inquérito para avaliar alcoolismo
d	Precisão da estimativa
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC 95%	Intervalo de Confiança a 95%
IMIP	Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira
MS	Ministério da Saúde
N	Tamanho da população
n	Quantidade absoluta
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OR	Odds ratio - razão de chances
RMR	Região metropolitana do Recife
SES/PE	Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SM	Salário mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
VDCM	Violência doméstica contra a mulher
VD	Violência doméstica
WHA	Assembléia Mundial de Saúde
WHO	World Health Organization
<i>P</i>	Valor p, proporção esperada
\leq	Igual ou menor que
\geq	Igual ou maior que
$<$	Menor que
$>$	Maior que

%	Percentual
z	Escore z, corresponde ao nível de significância
χ^2	Teste Qui-quadrado

RESUMO

CENÁRIO: a violência doméstica contra a mulher é um problema de saúde pública de grande magnitude e complexidade. Seus efeitos são danosos à saúde da mulher, ocasionando agravos à sua saúde física e mental e contribuindo para o alto coeficiente de mortalidade materna e feminina, além de ocasionar conseqüências para os familiares e a comunidade.

OBJETIVOS: identificar a prevalência e os principais fatores associados à violência doméstica contra as mulheres assistidas no ambulatório de ginecologia do Centro de Atenção à Mulher do IMIP, na cidade do Recife/PE, no período de outubro/2005 a janeiro/2006.

MÉTODO: realizou-se estudo descritivo observacional, tipo corte transversal, cuja amostra final foi de 619 mulheres, escolhidas por procedimento amostral sistemático. Foram incluídas no estudo as mulheres com idade igual ou superior a 19 anos. Foi utilizada como instrumento de coleta, uma modificação da equivalência semântica da versão em português do Abuse Assessment Screen/AAS. Foram acrescentadas questões relativas aos fatores sócio-demográficos, história de violência familiar na infância e/ou adolescência da mulher, uso de bebida alcoólica, tabagismo, uso de outras drogas e saúde mental. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP. Foi confeccionado banco de dados, utilizando-se o Programa Epi-Info para Windows, versão 6.0. Realizaram-se análises uni e bivariada, teste qui-quadrado e teste exato de Fisher; em uma segunda etapa da análise foi utilizado um modelo ajustado de regressão logística multivariada. **RESULTADOS:** identificou-se prevalência de 27,5% (IC 95%: 24,0% a 31,2%), de violência doméstica contra a mulher, nos últimos doze meses. Os resultados da análise de regressão logística multivariada identificaram as variáveis escolaridade da mulher (OR = 2,34), história de violência familiar (OR= 2,21), uso de álcool pelo parceiro uma ou mais vezes por semana (OR= 1,77) e transtorno mental da

mulher (OR = 2,35) como fatores independentes fortemente associados à violência doméstica contra a mulher. **CONCLUSÃO:** Na amostra estudada encontrou-se uma elevada prevalência de violência doméstica contra mulher (27,5%). Após a análise multivariada, os fatores independentes que permaneceram associados à violência doméstica foram: a baixa escolaridade, história de violência familiar na infância e/ou adolescência, transtorno mental da mulher e o padrão de uso de bebida alcoólica pelo parceiro uma ou mais vezes por semana.

Palavras Chave: violência, violência doméstica contra a mulher, prevalência, fatores associados.

ABSTRACT

BACKGROUND: domestic violence against women is a public health problem of great magnitude and complexity. Its effects are harmful to women's health, generating severe damage to her physical and mental health, contributing to the high rates of maternal and female mortality. Moreover, there are damaging consequences also to the relatives and to the community.

OBJECTIVES: to identify the prevalence of the main factors associated with domestic violence against women assisted at the outpatient gynecological clinic of IMIP in Recife, from October – 2005 to January – 2006.

METHODS: a cross sectional study was performed with a sample of 619 women, recruited by systematic sampling. Women aged ≤ 19 years were included. The sample size was estimated considering an error not superior to 3% and with a 95% confidence interval. The data collecting instrument used was a questionnaire with modified Semantic Equivalence of the Abuse Assessment Screen/ASS. Questions related to socio-demographic aspects, history of family violence during infancy and adolescence, use of alcoholic beverages, smoking, other drugs and mental health were added. The research was approved by the Ethics Committee at IMIP. A data bank was made using the EPI-INFO 6.0, uni and bivariated analysis were performed and Chi square and Fisher's exact test were applied. In a second phase, a model of multivariate logistic regression was used.

RESULTS: a prevalence of 27, 5% (IC 95%: 24,0% to 31,2%) of domestic violence against women in the last 12 months was identified. The adjusted logistic regression model identified women's years of education (OR = 2,34), history of violence in the family (OR= 2,21), use of alcoholic beverages by the partners once or more times per week (OR= 1,77) and mental

disorders of the women as independent factors strongly associated with domestic violence against women.

CONCLUSION: a high prevalence of violence against women in the sample studied (27, 5 %) was found. After the multivariate analysis, the independent factors still associated with domestic violence were: few years of education, a history of family violence during the childhood and adolescence, mental disorder of the women or a pattern of alcohol consumption by the partners once or more times per week.

KEYWORDS: violence, violence domestic against women, prevalence, associated factors.

I INTRODUÇÃO

A violência do homem contra os seus pares data do início da história da humanidade. De acordo com a teoria psicanalítica freudiana existe no ser humano, já desde a sua infância, uma disposição perversa polimorfa inata.¹

Freud², na sua teoria hipotética sobre a origem da civilização, afirmou que no princípio, quando o homem vivia em pequenas hordas, para demonstrar sua superioridade utilizava-se da força bruta e, a vitória na competição era daquele que conseguisse matar o seu adversário. A necessidade de usar as habilidades do adversário para o desenvolvimento e sobrevivência da horda teria sido o fator determinante para se poupar às vidas dos adversários nas disputas. Segundo Freud²:

Os homens não são criaturas gentis que desejam ser amadas e que, no máximo, podem defender-se quando atacadas; pelo contrário, são criaturas entre cujos dotes instintivos devem-se levar em conta uma poderosa cota de agressividade.²

“*Homo homini lupus*”. “O homem é o lobo do homem” diz Lorenz citando Thomas Hobbes³ quando aborda a competitividade humana e sua maneira destrutiva de agir contra os seus pares e a natureza. Embora tenha destaque no reino animal pela sua condição de pensar conceitualmente e pela linguagem verbal, na organização social do homem todos os grandes perigos que ameaçam a humanidade são conseqüências diretas dessas suas condições⁴.

1.1 CONCEITUAÇÃO E MAGNITUDE DO PROBLEMA.

De acordo com o Relatório Mundial sobre a Violência⁵, toda análise da violência que inclua as suas inúmeras manifestações e diferentes populações vitimadas, deveria ter início pela definição da violência, inclusive especificando as suas várias formas e natureza, de maneira que a avaliação científica possa ser facilitada.

A definição de violência, na sua forma ampla, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é assim referida:

A ameaça, ou utilização intencional da força física e/ou da força psíquica, que pode ser usada contra si mesmo, contra outros ou contra um grupo ou uma comunidade; que ameaça ou coloca fortemente em risco de um traumatismo, ou de prejuízo para as suas funções psicológicas, um mau desenvolvimento ou privações⁶.

O termo violência doméstica contra a mulher (VDCM) foi adotado pela Organização das Nações Unidas (ONU) desde a Assembléia Geral realizada em 1993. Embora muitos autores utilizem termos como “violência do parceiro íntimo” e “violência familiar contra a mulher”, para adoção do termo “violência doméstica contra a mulher” levou-se em consideração os inúmeros estudos realizados, sendo este o escolhido por tratar-se de uma aceção mais comum entre os trabalhos procedentes dos Estados Unidos.⁷

A Declaração das Nações Unidas sobre a Erradicação da Violência contra as Mulheres em 1993 é considerada como um marco referencial para definição da violência doméstica contra a mulher, embora ainda se façam necessárias medidas concretas e monitoramento mais eficaz desse tipo de violência. A sua definição mais ampla ficou desde então estabelecida e a violência contra a mulher passou a ser definida como:

Qualquer ato de violência baseada no gênero que produza ou possa produzir danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais na mulher, incluídas ameaças de tais atos, a coerção ou privação arbitrária da liberdade, tanto na vida pública quanto na privada⁸.

Em 1996, na 49ª Assembléia Mundial de Saúde foi adotada a resolução WHA 49.25, que declara a violência como um problema de saúde pública fundamental e crescente em todo o mundo, realçando as graves conseqüências desta para os indivíduos, as famílias, as comunidades e os países, destacando ainda os efeitos prejudiciais da violência para os serviços de atenção à saúde.⁸

A magnitude da violência doméstica contra a mulher pelo parceiro íntimo e suas implicações, passou a receber mais atenção desde a década passada, com a publicação de Lori Heise e outros autores, cujo estudo relata inclusive as conseqüências negativas para saúde reprodutiva da mulher.⁹

A partir da Declaração de Erradicação da Violência contra a Mulher⁷ e da declaração desta como um problema de saúde pública⁸, ampliou-se o número de estudos para investigar este tipo de violência e a categorização de violência do parceiro íntimo começou a ser utilizada, sendo definida como:

Violência sofrida pela mulher e perpetrada pelo seu parceiro íntimo, com o propósito explícito ou não de manter o controle da relação, através da omissão ou ação de condutas agressivas, incluindo violência emocional, física e sexual, infligidas contra a propriedade ou o indivíduo e relacionadas com mulher.⁶

Dados do Relatório Mundial de Saúde/OMS de 2002¹⁰ apontam à violência como sendo ainda um problema mundial de saúde. Violência que tem aumentado a mortalidade entre os homens e é responsável por um alto índice de morbidade, inclusive seqüelas tardias em populações de idosos, crianças e mulheres, por serem populações mais vulneráveis.

Schraiber *et al*,¹¹ em estudo recente, referem-se à maneira como a violência tem sido debatida e reconhecida nacional e internacionalmente como uma questão social e de saúde pública. Os autores destacam a necessidade de, os indivíduos, redefinirem os sentidos de responsabilidade ética e social, por haver uma ambivalência ética que substitui escalas de valores por uma agenda que é fluida de acordo com as oportunidades e desejos.

Segundo documento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)¹² a violência de gênero já não se constitui num problema novo, nova é a compreensão da violência contra a mulher inscrita na ordem da violência contra os direitos humanos.

A violência contra a mulher tem sido objeto de grande preocupação em inúmeros países, sobretudo na América Latina, onde estudos indicam uma elevada prevalência. Assim, por revelar números cada vez mais significativos, a violência doméstica contra a mulher tem sido apontada como uma constante de proporção extremamente danosa, que ocasiona graves conseqüências à saúde da população feminina, sobretudo de jovens, e contribui para os altos índices de mortalidade feminina e materna.¹³

1.2 A VIOLÊNCIA DE GÊNERO E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.

A violência, enquanto um problema de saúde se apresenta de formas distintas para os diferentes gêneros. O termo gênero é uma tentativa de explicar as relações entre homens e

mulheres, tendo como referência a existência de papéis sociais distintos e hierarquicamente desiguais.¹⁴

Uma das características da violência, segundo Cavalcanti¹⁴, é a invisibilidade do problema e o seu sub-registro. Considerada como um problema do âmbito privado e não social, a violência tem diversos fatores a ela associados, inclusive a perspectiva de que a prática da violência é um direito do homem dentro da família, reforçada pelos mitos e atitudes na sociedade, sendo o silêncio e a invisibilidade também considerados como uma questão de gênero.

A Organização Pan-Americana de Saúde¹⁵ utilizou inicialmente o termo violência intrafamiliar, modificando-o posteriormente para “violência baseada em gênero” ou “violência contra a mulher”. Esta definição refere-se a uma gama mais ampla de atos dos quais corriqueiramente têm sido vítimas as crianças e as mulheres, sendo esses atos violentos perpetrados pelos seus respectivos parceiros ou membros da família mais próximos a elas.

Valdez¹⁶, em estudo realizado na cidade de Guadalajara/México, enumera as várias formas de violência às quais as mulheres têm sido submetidas, desde o infanticídio na China até o abuso sexual de meninas e mulheres, tecendo considerações acerca de várias conseqüências da violência para a saúde da mulher em geral.

Zaldívar *et al*¹⁷, em uma revisão sobre o tema, demonstram que nos últimos vinte anos, os estudos têm comprovado que violência contra a mulher não é um evento raro e confirmam tratar-se de uma violência de gênero exercida, na maioria dos casos, pelo parceiro íntimo.

Dantas-Berger & Giffin¹⁸ realizaram estudo com enfoque relacional-estrutural de gênero, envolvendo mulheres, cujo objetivo foi verificar as percepções e vivências femininas relacionadas à violência sexual, tanto no âmbito público como nas relações conjugais. Os autores relatam que o gênero se conjuga com elementos tais qual idade, condições familiares,

sociais, econômicas e culturais, sem existir um caráter universalizante, e assim é percebido ou vivido diferentemente pelas mulheres.

Schraiber *et al*¹¹, com base numa uma revisão não exaustiva da literatura brasileira dos artigos sobre violência, verificaram que no período de 2000-2005 houve um crescimento do número de publicações em saúde. Em relação aos estudos sobre violência contra a mulher se verificou maior relevância à questão do gênero, os estudos em serviços indicaram entre 36% e 45% de violência física ao menos uma vez na vida e entre 9% a 19% de violência sexual, sendo o parceiro o agressor mais freqüente.

1.3 CLASSIFICAÇÃO DOS TIPOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER:

Castro *et al*¹⁹, em trabalho de revisão, apontam haver uma riqueza de material descritivo e falta de teorização sistematizada. A existência de muitas discrepâncias entre os dados obtidos e a utilização de diferentes instrumentos para mensurar a violência contra a mulher. Mesmo a classificação dos tipos de VD não é devidamente referenciada na maioria dos artigos pesquisados.

O Relatório Mundial sobre a saúde e violência⁵, anteriormente citado e cuja definição de violência em sua forma mais ampla referimos, apresenta uma tipologia para definir os diversos tipos de violência, caracterizando-os. A tipologia proposta indica três grandes categorias de violência, que correspondem às características daquele que comete o ato violento. Seriam: a violência auto-infligida; a violência interpessoal ou dirigida à outra pessoa e a violência coletiva. A violência interpessoal, por sua vez, teria duas outras subdivisões: a violência familiar e a violência comunitária, sendo que a violência familiar compreenderia

também a violência infligida pelo parceiro. Quanto à sua natureza, os atos violentos são classificados em físicos, sexuais, psicológicos e comportamentos de privação e negligência.

Na terminologia utilizada pela Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência do Ministério da Saúde do Brasil ²⁰, encontramos que:

- O abuso físico ou maus-tratos físicos é o uso da força física que pode produzir uma injúria, ferida, dor ou incapacidade;
- O abuso psicológico ou maus-tratos psicológicos são agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda, isolá-la do convívio social;
- O abuso sexual é o ato ou jogo sexual que ocorre em relação hetero ou homossexual, que visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

1.4 EPIDEMIOLOGIA E IMPACTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER:

A violência doméstica contra a mulher tem sido reconhecida de tamanha importância que a ONU⁶ concluiu pela necessidade de obterem-se dados precisos que possibilitem a compreensão da raiz e magnitude do problema, para assim entender as suas causas e conseqüências, bem como orientar medidas preventivas e de combate a VDCM.

Sobre o impacto da violência doméstica destacam-se os danos que a exposição à violência continuada pode ocasionar à saúde mental da mulher, as precariedades dos serviços de saúde para este tipo de atendimento, o uso de álcool e drogas por mulheres vítimas de violência e as altas taxas de depressão. O transtorno de estresse pós-traumático também é associado à

violência doméstica; ressaltam-se ainda as tentativas de suicídio e suicídio de mulheres maltratadas.¹³

Com referência ao impacto na utilização dos serviços de saúde, verifica-se que as mulheres vítimas de VD destacam-se como mais expostas a fatores de risco e, assim, recorrem com frequência aos serviços de saúde, resultando em altos custos para o setor saúde, que poderiam ser reduzidos se houvessem mais medidas preventivas.¹³

A partir da perspectiva epidemiológica, está cada vez mais evidente que a violência doméstica se apresenta de diferentes formas e acontece de maneira distinta para diferentes grupos, como os constituídos por crianças, idosos e mulheres¹⁴. Informes da OMS¹⁰ indicam resultados de estudos em larga escala nos quais 10% a 50% das mulheres referem ter sofrido abuso físico por seu parceiro íntimo; os estudos de base populacional reportam que entre 12% e 25% das mulheres, em algum tempo das suas vidas, foram forçadas por seus parceiros íntimos ou ex-parceiros, a ter relações sexuais.

Os estudos sobre a violência doméstica, segundo a OMS, indicam que os perpetradores são em sua maioria homens; as mulheres têm maiores risco de sofrer violência praticada por homens que lhe são conhecidos; as mulheres e jovens são mais frequentemente vítimas de violência por alguém da sua família ou seu parceiro¹⁰.

A OMS em colaboração com outros organismos internacionais²¹, realizou entre os anos de 2000 e 2003, uma pesquisa de base populacional, em 15 capitais ou grandes cidades e regiões de províncias distribuídas em dez países (Bangladesh, Brasil, Etiópia, Japão, Namíbia, Peru, Servia e Montenegro, Samoa, Tailândia e República Unida da Tanzânia). O Estudo envolveu 24097 mulheres com idade entre 15 a 49 anos e as prevalências de violência física ou sexual sofrida nos últimos 12 meses e perpetrada pelo parceiro íntimo variaram de 4% a 54%. No Brasil, a pesquisa encontrou prevalência de 9,8% na cidade de São Paulo e 14,8% na Zona da Mata de Pernambuco.

Richardson *et al*²² encontrou em Londres em serviço de atenção primária, prevalência de 41% de violência doméstica contra a mulher. Parish *et al*²³ em estudo realizado na China, para identificar prevalência da violência do parceiro íntimo, fatores de risco e associação com problemas de saúde das mulheres, os autores adotaram uma amostra representativa nacional de mulheres e homens com idade entre 20 e 64 anos. Constataram que 34% das mulheres e 18% dos homens investigados já haviam sofrido agressão durante seus relacionamentos, e foi de 12% e 5% respectivamente entre as mulheres e entre os homens, a prevalência de violência com sangramentos, hematomas, inchaço ou ferimentos graves.

Rodríguez & Guerra²⁴, em estudo envolvendo mulheres de três subpopulações na cidade de Guadalajara/México, identificaram o companheiro/parceiro como o principal perpetrador de VDCM, encontrando-se uma frequência de mulheres vítimas de violência de 46% na zona urbana e 57% na zona rural; uma em cada cinco sofreu violência física e uma em cada dez foi alvo de violência sexual, não se identificando um padrão temporal de violência.

No Brasil foi sancionada a Lei Federal 11.340 (Lei Maria da Penha)²⁵ no mês de agosto de 2006. A Lei²⁵ criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, e dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, entre outras providências, com o objetivo de assegurar às mulheres condições para o exercício efetivo dos direitos à vida, à segurança, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, moradia, ao acesso à justiça, esporte, lazer e ao trabalho, à cidadania e liberdade, dignidade, ao respeito e para a convivência familiar e comunitária.

Pelo exposto, verifica-se que no Brasil o reconhecimento da magnitude do problema possibilitou que a VD passasse a ser vista numa nova perspectiva. A VDCM ocorre com maior frequência na vida privada, e até então o Estado não intercedia por ser considerá-la de “menor potencial ofensivo”. Com a sanção da Lei Maria da Penha²⁵ a VDCM passou a ser

considerada um ato grave e prevê intervenção do poder público, mesmo se praticada na vida privada.

Galvão *et al*²⁶ em estudo descritivo com mulheres de um centro de atendimento na cidade de Londrina no Paraná, encontraram prevalência de violência emocional de 56,4% e de violência física de 36,1%. Os resultados foram obtidos através da avaliação de 470 fichas de atendimento das mulheres assistidas no serviço no ano de 2001. O objetivo foi caracterizar o tipo de violência sofrida, o ambiente onde aconteceu a violência e o tipo de vínculo do agressor com a mulher.

Embora os dados não possam ser generalizados, estudo realizado por Schraiber *et al*²⁷ na cidade de São Paulo identificou 34,1% de prevalência de violência doméstica física contra a mulher cometida pelos companheiros ou familiares, em serviço da atenção primária em saúde. Os autores afirmam que a alta frequência do problema confirma o fato de que uma em cada cinco usuárias do serviço admitiu ter medo de alguém próximo a elas, e uma em cada três conhecia outras mulheres que viviam situações de violência doméstica. É importante registrar que são poucas as mulheres que reconhecem mesmo a agressão física, como forma de violência. Parece que se estabelece uma representação da violência como um direito adquirido do parceiro, talvez devido à questão de gênero.

Deslandes *et al*²⁸ realizaram um estudo quantitativo e qualitativo, com objetivo de caracterizar os casos de violência doméstica contra a mulher, em dois grandes hospitais de referência em emergência do Rio de Janeiro, 70,4% das mulheres entrevistadas sofreram agressões por espancamento e em 69,4% dos casos as agressões foram perpetradas pelo marido/companheiro/namorado.

Silva²⁹ em estudo de corte transversal realizado na Região Nordeste, utilizando amostra por conglomerado, em serviço de referência em urgência e emergência na cidade de

Salvador/Bahia, encontrou 46,0% de prevalência de violência geral, 36,5% de violência física e 18,5% de violência sexual, sofridas na vida.

A magnitude da violência do parceiro foi investigada recentemente em estudo com amostra de base populacional. Em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, 6760 mulheres, com idades entre 15 e 69 anos foram investigadas. As prevalências para agressão verbal e abuso físico, sendo estas duas últimas classificadas em menor e severo, mostraram-se distintas entre as cidades envolvidas na pesquisa. A maior prevalência para abuso físico menor foi 34,7% na cidade de Belém/Pará e a menor foi de 12,8% na cidade de João Pessoa/Paraíba, sendo respectivamente Regiões Norte e Nordeste do Brasil.³⁰

1.5 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER E FATORES ASSOCIADOS.

A violência baseada em gênero, ou violência contra mulher, apresenta-se como um problema complexo e com vários fatores a ela associados.³¹

Dentre os inúmeros fatores descritos na literatura, a OPAS destaca um modelo ecológico de causalidade apresentando fatores associados com a violência infligida pelo companheiro:

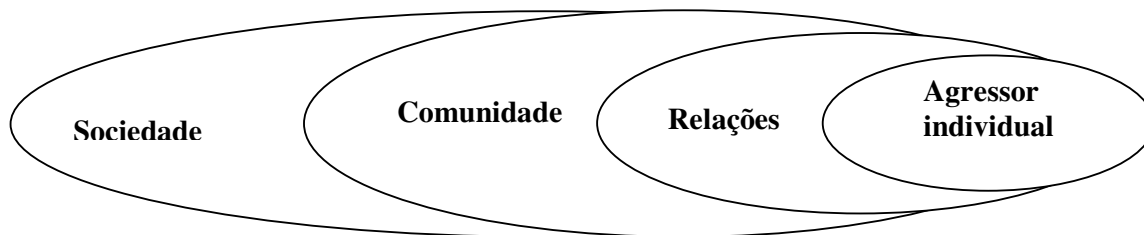


Figura 1.

Modelo ecológico de fatores associados de violência infligida pelo parceiro.

Adaptado de Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999. Fonte: WHO ³²

A sociedade é compreendida através das normas que outorgam aos homens o controle sobre o comportamento da mulher, a aceitação da violência como uma forma de resolver os conflitos, a idéia de masculinidade vinculada à dominação ou agressão e os papéis rígidos definidos socialmente para cada um dos sexos. Os fatores vinculados à comunidade incluem pobreza, baixa posição socioeconômica, desemprego, associação com companheiros delinqüentes, isolamento da mulher e da família. No âmbito das relações pessoais se incluem: os conflitos conjugais, o controle do patrimônio e a tomada de decisões da família pelo parceiro. Os aspectos relativos ao agressor individual incluem: ser homem, presenciar violência conjugal durante a sua infância, pai ausente ou que o rejeita, sofrer abusos durante a infância e consumo de álcool. ³²

A violência de gênero ou violência contra a mulher tem efeitos de grande relevância para a saúde da mulher, dentre elas, efeitos mortais como homicídio, suicídio, mortalidade materna e, os efeitos não mortais, que trazem conseqüências à saúde física: lesões, alterações funcionais, sintomas físicos, saúde subjetiva deficiente, incapacidade permanente e obesidade severa. Incluem-se ainda os transtornos crônicos como: as síndromes dolorosas crônicas, a síndrome do intestino irritável, os transtornos gastrintestinais e a fibromialgia; na saúde mental, o estresse pós-traumático, depressão, angústia, fobias e transtorno do pânico,

transtornos alimentares, disfunção sexual, baixa auto-estima e abuso de substâncias psicotrópicas³³.

São também relevantes os hábitos danosos à saúde que as mulheres vítimas de violência tendem a desenvolver, entre eles: tabagismo, abuso de álcool e outras drogas, comportamentos sexuais de risco, inatividade física. Da perspectiva da saúde reprodutiva, as gestações não desejadas, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, transtornos ginecológicos, abortos, complicações de gravidez, baixo peso ao nascer e enfermidades inflamatórias pélvicas.¹⁵

Dentre as causas sócio-culturais, a vdcem é considerada uma violência instrumental, a partir da perspectiva de que ela servirá ao perpetrador, não como um fim em si mesmo, mas como um instrumento para o exercício de dominação e controle social. É o poder do homem e a condição de subordinação da mulher, numa atitude que reflete respectivamente um comportamento patriarcal e de submissão.³⁴

Embora os homens estejam também susceptíveis a sofrer violência, há uma diferença no tipo de violência por eles sofrida; freqüentemente os homens têm mais probabilidade de serem vítimas de violência de pessoas estranhas ou pouco conhecidas, enquanto as mulheres são, mais freqüentemente, vítimas dos seus parceiros ou alguém que lhes é próximo³⁵.

No estudo quantitativo e transversal, realizado por Marinheiro *et al*³⁶ em Ribeirão Preto, São Paulo, os autores detectaram fatores de risco por tipo de violência: uso de drogas pelo companheiro, condição socioeconômica e violência na família (violência psicológica); uso de drogas pelo companheiro, escolaridade e violência na família (violência física); condição socioeconômica e violência na família (violência sexual); uso de drogas pelo companheiro, condição socioeconômica e violência na família (violência geral).

Em relação à idade da mulher enquanto fator associado com a violência, Silva²⁹, em estudo de corte transversal na cidade de Salvador/Bahia, utilizando uma amostra por conglomerado com 701 mulheres usuárias de um serviço de urgência e emergência, demonstrou que a violência atinge mulheres em qualquer faixa etária. Todavia, na comparação do tempo decorrido desde a última agressão sofrida, as mulheres que mais sofreram violência física nos últimos 12 meses foram as mais jovens, com idade inferior a 30 anos. As mulheres com idade superior declararam que as ocorrências de violência física aconteceram há um ano ou mais.

Segundo Garcia-Moreno³⁷ a violência gera violência, e por isso a transmissão da violência entre as gerações tem sido investigada e apontada como forte fator associado à violência doméstica entre as mulheres. A autora cita estudos realizados em países distintos como: Nicarágua (Ellsberg *et al*, 1997), Camboja (Nelson y Zimmerman, 1996), Estados Unidos (Hotaling y Sugarman, 1996) demonstrando que ser exposto à violência doméstica entre os pais durante o período de desenvolvimento se associa com a prática da violência doméstica contra a mulher.

Em Recife/Pernambuco, estudo descritivo, tipo corte transversal, realizado por Menezes *et al*³⁸ envolvendo 420 mulheres que tiveram partos assistidos no CAM-IMIP, no ano de 2001, com objetivo de determinar a prevalência de violência física doméstica, estudar os principais fatores de risco associados e determinar os resultados perinatais, encontrou-se 13,1% de prevalência de violência física no último ano e 7,4% durante a gravidez. A baixa escolaridade das mulheres foi mais significativa quando associada com a violência, apresentando-se quase dez vezes maior entre as mulheres com zero até três anos estudados. As mulheres com história de violência familiar apresentaram risco para violência física quase três vezes maior. Na análise multivariada o desfecho de violência física doméstica foi mais

fortemente associado à baixa escolaridade, história de violência familiar da mulher e o consumo de álcool pelo parceiro.³⁸

Pelo exposto acima, estudos realizados no Brasil^{14, 26, 27, 28, 29,38} têm comprovado que a VDCM atinge prevalências de grande magnitude. Outrossim, a violência doméstica é considerada um problema de saúde pública e torna-se necessário conhecer a realidade brasileira para respaldar ações políticas e de organização dos serviços de saúde, seja para prevenção, promoção e/ou tratamento dos agravos à saúde das pessoas vitimadas, seus familiares e a comunidade.

A realização deste estudo teve por objetivos determinar a prevalência e os principais fatores associados à violência doméstica contra as mulheres assistidas no CAM-IMIP. A perspectiva é de que o conhecimento da magnitude do problema dentre as usuárias do serviço possa contribuir para otimização de ações preventivas e de tratamentos de saúde que contemplem a assistência às mulheres de forma mais eficaz e efetiva, ou ainda como subsídio para educação em saúde, seja para os profissionais do serviço ou para a comunidade.

II OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Determinar a prevalência e os fatores associados à violência doméstica contra as mulheres assistidas no Ambulatório de Ginecologia do Centro de Atenção à Mulher do IMIP, na cidade do Recife/PE; no período de outubro/2005 a janeiro/2006.

2.2 Objetivos específicos:

Em mulheres assistidas no Ambulatório de Ginecologia do Centro de Atenção à Mulher do IMIP, na cidade do Recife/PE:

1. Determinar a prevalência de violência doméstica;
2. Caracterizar a agressão sofrida;
3. Verificar associação entre violência doméstica contra a mulher e:
 - 3.1 Fatores demográficos e sócio-econômicos (procedência, escolaridade, idade, cor, situação marital, profissão/ocupação, renda e filhos), da mulher e do parceiro;
 - 3.2 História familiar de violência na infância e/ou adolescência da mulher;
 - 3.3 Comportamentos de risco da mulher e do parceiro (uso de bebida alcoólica, uso de outras drogas, tabagismo).
 - 3.4 Transtorno mental da mulher e do parceiro

III MÉTODO

3.1 Local e população do estudo

O estudo foi realizado no Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira, sediado na cidade do Recife. O IMIP é um serviço terciário de saúde, da Região Nordeste do Brasil, instituição filantrópica, de utilidade pública, não governamental, de direito privado. É referência nacional na assistência à saúde materna infantil, credenciado no Sistema Único de Saúde (SUS).

A população do estudo foi constituída por mulheres assistidas no Ambulatório de Ginecologia do CAM-IMIP no período de outubro/05 a janeiro/06, procedentes da cidade do Recife, Região Metropolitana, interior do Estado de Pernambuco e de outros Estados da Região Nordeste. Caracteriza-se por ser, em sua maioria, uma população de baixa condição socioeconômica, usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

O CAM-IMIP atendia, à época do Projeto desta pesquisa, cerca de 2700 mulheres por mês, entre as quais cerca de 800 eram atendidas pelo ambulatório de ginecologia e as demais em clínica de especialidades e pré-natal.

3.2 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo observacional, do tipo corte transversal, para estimar a prevalência e identificar os fatores associados com a violência doméstica contra a mulher.

3.3 Amostra

O tamanho da amostra foi calculado com o objetivo de estimar a prevalência de violência doméstica contra a mulher, aceitando-se um erro de estimação não superior a 3% e um nível de confiança de 95%. Admitindo-se que a prevalência esperada de violência doméstica era em torno de 20%, o tamanho da amostra determinado foi de 532*. Para compensar possíveis perdas, decidiu-se por uma amostra de 600 mulheres.

O cálculo preliminar do tamanho amostral foi realizado no programa STATCALC, do Epi-Info para Windows, versão 6.04 p, usando a seguinte fórmula para a única proporção.

$$* n = \frac{N z^2 p (1 - p)}{d^2 (N - 1) + z^2 p (1 - p)}$$

Onde: **n** é a quantidade absoluta, **N** (tamanho da população) = 2400; **z** (corresponde ao nível de significância) = 1,96; **p** (valor p, proporção esperada) = 0,20 e **d** (precisão da estimativa) = 0,03

3.4 Seleção dos sujeitos

3.4.1 Critérios de elegibilidade

Foram incluídas as mulheres com idade igual ou superior a 19 anos, não gestantes, assistidas no ambulatório de ginecologia do CAM-IMIP, nos meses de outubro/2005 a

janeiro/2006. Foram excluídas mulheres que já tinham respondido ao questionário nesta pesquisa e/ou que no momento do convite para a entrevista, não apresentaram condições psíquicas e/ou não tinham capacidade de compreensão/comunicação devido a déficit intelectual ou sensorial.

3.5 Definição dos termos e variáveis

3.5.1 Definição dos termos

Comportamento de risco - conduta ou procedimento individual ou grupal de expor-se às situações de risco.

Morbidade referida – inquérito realizado por entrevistadores leigos, onde a definição de caso é dada pelo próprio entrevistado. Também nomeada como doença ou condição referida. Utilizada atualmente pelo Saúde da Família, consta na ficha A do Sistema de Informação na Atenção Básica (SIAB), entre outras morbidades, também os distúrbios mentais são assim investigados.^{39, 40, 41}

Resiliência – capacidade de uma pessoa de dar resposta adaptadas mesmo em face às adversidades, sem que haja interferência em seu desenvolvimento, no caso de crianças. Não é um fator inato, estático. É um conceito evolutivo e interativo, que depende em grande parte da qualidade das relações pais-crianças.⁴²

Risco - o conceito de risco epidemiológico é um sistema abstrato que utiliza métodos epidemiológicos para estimar probabilidade de ocorrência de eventos de saúde e doença associadas a determinadas exposições⁴³. É grau de probabilidade da ocorrência de um evento; a associação de fatores de risco, entre si, é complexa, podendo resultar em efeitos somatórios ou multiplicativos.⁴⁴

Tolerância - necessidade de crescentes quantidades da substância, no caso o álcool, para atingir o efeito desejado.⁴⁵

Transtorno mental – conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível, associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais, conforme terminologia utilizada pela Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID – 10.⁴⁶ Investigada neste estudo como morbidade referida.

3.5.2 Definição das variáveis

3.5.2.1 Variável dependente

Violência doméstica contra a mulher – violência doméstica foi adaptada da definição de Valdez¹⁶ e se caracteriza por condutas coercitivas contra a mulher, que podem incluir: abuso físico (empurrões, bofetadas, golpes, mordidas, queimaduras, feridas com arma branca ou de fogo), abuso emocional (intimidação, humilhações verbais, manipulação, omissão, abandono e negligência), e abuso sexual (forçar física ou emocionalmente a mulher a ter relações sexuais ou a ceder a certo tipo de conduta sexual).

É importante salientar que para as associações realizadas nas análises, a variável dependente utilizada foi a de violência nos últimos doze meses. Neste caso foi perguntado à mulher se alguém nos últimos doze meses havia lhe ofendido com palavras, batido, esbofetado, empurrado, chutado ou machucado fisicamente, conforme a questão proposta na equivalência semântica para a língua portuguesa do Abuse Assessment Screen⁴⁷, visto que a informação de ter sofrido violência alguma vez na vida poderia conter viés de recordação.

3.5.2.2 Variáveis independentes

Cor – variável qualitativa categórica dicotômica, definida para indicar a cor da mulher e do parceiro, categorizada em brancas e não-brancas.

Escolaridade – variável quantitativa numérica contínua, definida para indicar o número de anos completos de estudo da mulher e do parceiro. Categorizada em zero a três anos completos de estudo, quatro a oito anos completos de estudo, nove a 11 anos completos de estudo e 12 ou mais anos completos de estudo.

História de violência familiar – variável categórica dicotômica: Sim/Não. Definida pela informação da mulher sobre ter ou não presenciado agressão ou maus tratos durante a sua infância e/ou adolescência, exercidos entre ou pelos seus pais biológicos ou adotivos, ou por parentes que tenham exercido a tutela da entrevistada ou residiam na mesma casa, ou ainda por outras pessoas a quem estivesse de alguma forma vinculada na sua infância ou adolescência.

Idade – variável quantitativa contínua definida em anos completos informados pela entrevistada sobre a sua idade ou do seu parceiro, considerando-se a data de nascimento até a data de realização do estudo. Categorizada em igual ou maior do que 19 até 29 anos, 30 até 39 anos, 40 até 49 anos, 50 até 59 anos e igual ou maior que 60 anos.

Maternidade – variável categórica dicotômica, categorizada em Sim/Não. Definida pela resposta da entrevistada de ter ou não ter filhos.

Ocupação remunerada – variável qualitativa categórica dicotômica: Sim / Não, definida como atividade desenvolvida pela entrevistada onde havia produção de renda financeira, com ou sem vínculo empregatício formal e incluindo a condição de aposentada.

Ocupação do parceiro – variável qualitativa categórica dicotômica : Sim /Não, definida como atividade de qualquer natureza, desenvolvida pelo parceiro e informada pela entrevistada, que produza uma renda financeira, havendo ou não um vínculo empregatício formal e incluindo a condição de aposentado.

Padrão de uso de bebida alcoólica - variável categórica policotômica, definida como o consumo de bebida alcoólica pelo parceiro, informado pela entrevistada, classificada em

quatro categorias: bebe só nas festas/socialmente; bebe uma vez por semana; bebe duas vezes por semana; bebe três ou mais vezes por semana.

Procedência – variável categórica nominal; descreve o local/ região onde a mulher entrevistada tem sua residência fixa. Categorizada como Recife; Região Metropolitana do Recife; Interior do Estado e outros estados da Região Nordeste do Brasil.

Renda familiar – variável quantitativa contínua definida pela quantidade de moeda corrente percebida pela família e informada pela mulher no momento da entrevista. Categorizada em salários mínimos vigentes no Brasil, no valor de R\$ 300,00 (trezentos reais), à época da coleta de dados.

Situação marital – variável qualitativa categórica definida pela informação da entrevistada no momento entrevista, categorizada em ter companheiro, separada do marido ou companheiro, viúva e nunca teve companheiro.

Tabagismo - variável categórica dicotômica: Sim/Não, definida como o consumo ou dependência de cigarros, independente da quantidade consumida.

Tipo de agressão física sofrida - variável categórica nominal, descreve o tipo de agressão física sofrida pela mulher, onde estão listadas agressões corpo a corpo e agressões com uso de armas, conforme questão proposta no instrumento Abuse Assessment Screen. ⁴⁴

Transtorno mental – variável categórica dicotômica Sim/Não, definida pela informação da entrevistada sobre ela e/ou o parceiro serem pessoas que sofrem dos “nervos” e fazem tratamento com médico de “nervos” e/ou tomam medicação controlada para os nervos, já teve internação em algum local que trata de “doente dos nervos”.

Uso de bebida alcoólica - variável categórica dicotômica Sim/Não, definida pelo consumo de bebida alcoólica da entrevista ou do parceiro e informada pela mulher.

Uso de outras drogas – Variável categórica policotômica, definida como o uso de substância psicoativa lícita ou ilícita, com potencial de abuso, que podem desencadear no indivíduo a

auto-administração repetida, que resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo⁴⁸. Categorizadas aqui como comprimidos, injetáveis, crack, maconha e cocaína.

3.6 Instrumento para a coleta de dados

Foi utilizada como instrumento de coleta, uma adaptação da equivalência semântica da versão em português do Abuse Assessment Screen/ASS⁴⁷ para triagem de violência contra a mulher grávida, previamente validada. (Apêndice I)

Este instrumento foi adaptado com a exclusão da pergunta sobre violência na gestação e acrescido das questões relativas aos fatores sócio-demográficos, história de violência familiar na infância e/ou adolescência da mulher, uso de bebida alcoólica, tabagismo, uso de outras drogas e transtorno mental. As perguntas acrescidas eram abertas e fechadas.

Como o problema a ser investigado dizia respeito à vida privada das mulheres e considerando-se um possível grau de fragilidade psicológica dessas, bem como a dificuldade de expor a sua situação de ser vítima de violência física, psicológica e/ou sexual, verificou-se a necessidade de que o entrevistador estivesse apto a conduzir a entrevista de forma ética, proporcionando a entrevistada o acolhimento necessário durante a realização da entrevista. Foi elaborado um manual para o entrevistador tomando como referencial as recomendações da OMS para estes fins⁴⁹.

3.7 Operacionalização do estudo

3.7.1 Treinamento dos auxiliares de pesquisa

Foi realizado pela pesquisadora principal um treinamento para as três auxiliares de pesquisa, com o objetivo de dirimir dúvidas. Nele foi apresentado o manual de instruções, confeccionado exclusivamente para realização do estudo (Apêndice III).

No treinamento foi destacada a importância do estudo, considerando as perspectivas científica e ética, com destaque para um acolhimento eficaz e encaminhamento das vítimas identificadas no estudo a um serviço especializado, ressaltando-se inclusive como deveriam proceder, para em caso de necessidade, oportunizar no decorrer da entrevista encaminhamento da mulher a um atendimento psicológico ou médico de urgência.

3.7.2 Estudo piloto

Foi realizado um estudo piloto com duração de uma semana, na segunda quinzena de outubro/05, tendo sido realizadas 47 entrevistas. Durante a realização do estudo piloto os questionários foram revisados diariamente, pela pesquisadora principal, para garantir o controle de qualidade dos mesmos.

O estudo piloto constatou que o questionário havia sido confeccionado com qualidade adequada ao fim proposto, não tendo sido necessário realizar qualquer alteração no mesmo. O tempo médio despendido para aplicação dos questionários foi de aproximadamente 30 minutos, assim viabilizou-se o início da coleta de dados.

3.7.3 Coleta de dados

O procedimento de amostragem sistemática⁵⁰ foi adotado na escolha da amostra, com intervalo amostral igual a quatro, admitindo-se que em torno de 2400 mulheres seriam atendidas no CAM-IMIP durante os três meses alocados para a coleta de dados. Através de

sorteio aleatório entre os cardinais de um até quatro, definiu-se que o primeiro sujeito recrutado seria a mulher de atendimento número um, do primeiro dia da coleta de dados.

As mulheres sorteadas que faltaram a sua consulta foram substituídas respeitando-se o intervalo estabelecido sistematicamente. Quando aconteceu de não ser possível realizar a substituição dentro do intervalo estabelecido, para não criar viés de seleção, acrescentaram-se mulheres à lista das duas mil e quatrocentas mulheres previstas. As listagens com relação nominal das mulheres a serem atendidas no ambulatório de ginecologia foram enumeradas de um até 2620, viabilizando-se o sorteio dos sujeitos e mantendo-se os critérios estabelecidos.

A coleta de dados realizou-se de outubro de 2005 a janeiro de 2006, nas dependências do Ambulatório de Ginecologia do CAM-IMIP. As entrevistas foram realizadas em sala reservada com condições de preservar o sigilo ético necessário às informações concedidas pelos sujeitos.

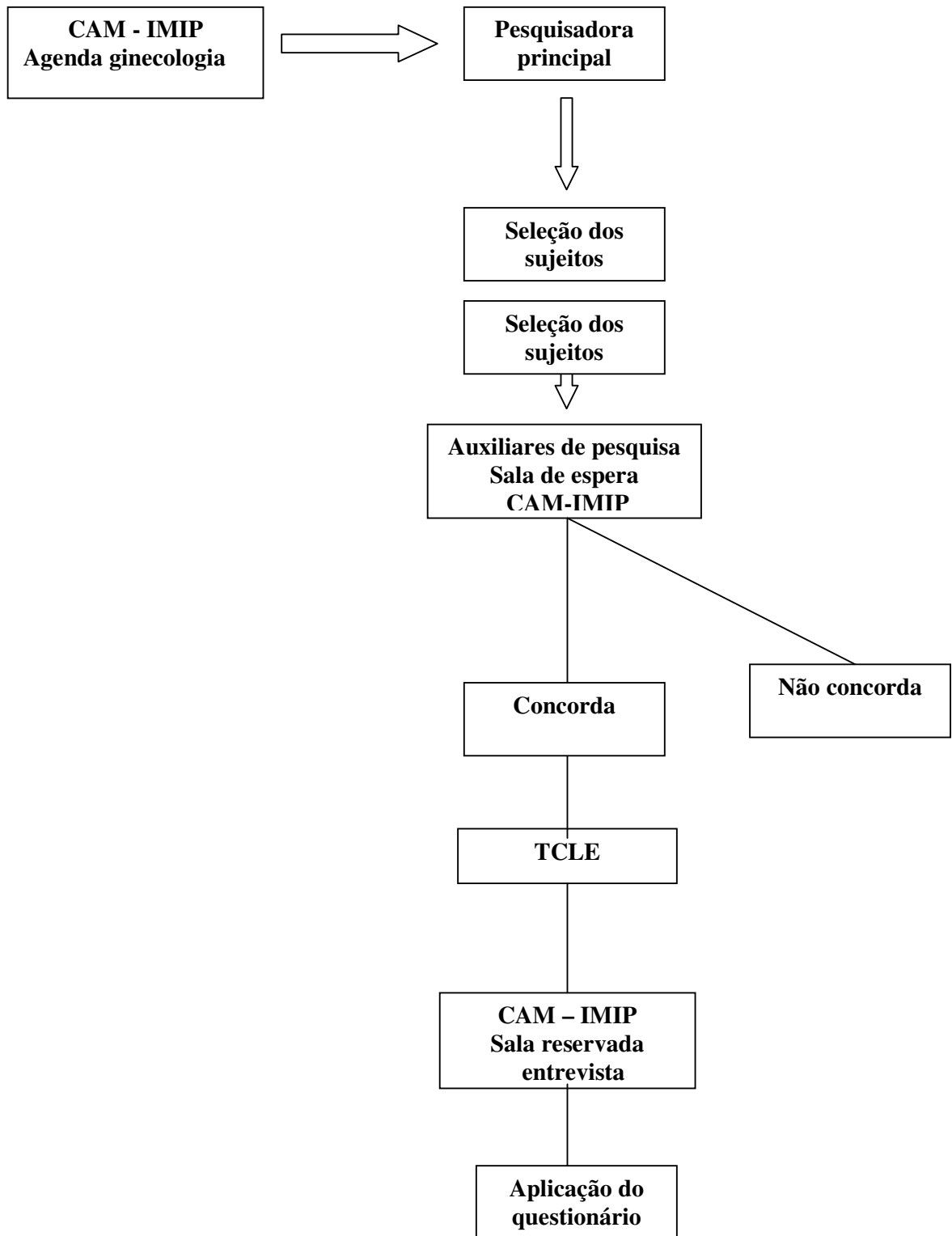
A pesquisadora recebia regularmente do CAM-IMIP, com antecedência de uma semana, a agenda das consultas a serem realizadas no ambulatório de ginecologia, e efetuava os procedimentos estabelecidos para o sorteio dos sujeitos do estudo a serem recrutados.

A coleta de dados foi realizada pelas auxiliares da pesquisa treinados pela pesquisadora, em sala reservada para este fim, tendo sido seguida à rotina estabelecida: comparecimento da auxiliar de pesquisa ao ambulatório no início dos dois expedientes. De posse da relação nominal de mulheres a serem investigadas a cada dia, localizavam-se os sujeitos da pesquisa; esses eram convidados a participar da pesquisa, sendo sempre esclarecidos sobre o estudo, os seus direitos quanto à participação, a questão ética e o sigilo e lhes era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II). Quando de acordo o assinavam e só então eram conduzidas à sala reservada para a aplicação dos questionários.

Aconteceram duas recusas; quando o sujeito sorteado faltou à consulta, foi substituído por outro sujeito dentro do mesmo intervalo e que preenchesse os critérios de seleção.

No período foram coletados dados de 630 sujeitos sorteados, foram excluídos 11 questionários, quatro deles por se tratar de mulheres com idade inferior a 19 anos e sete por terem falhas no cumprimento dos critérios para substituição de sujeitos; o que resultou em 619 questionários aplicados e válidos para o presente estudo.

3.7.4 Fluxograma para seleção e recrutamento dos sujeitos



3.7.5 Controle de qualidade

Todos os questionários aplicados foram revisados diariamente pela pesquisadora.

3.8 - Processamento e análise dos dados

3.8.1 Processamento dos dados

As respostas foram digitadas em um banco de dados, criado exclusivamente para este fim, no programa EPI-INFO 6.04 p. Os dados tiveram uma dupla entrada no banco realizada por dois digitadores auxiliares da pesquisa.

Após a validação e correção das diferenças encontradas, foi obtida uma versão única do banco de dados. Concluída essa etapa, foram realizados testes de consistência das variáveis, para checar e corrigir possíveis erros, tendo sido geradas cópias de segurança.

3.8.2 Análise estatística

Os dados foram resumidos em forma de frequência absoluta e percentagem e apresentados em forma de tabelas.

A associação entre as variáveis explanatórias e resposta foi realizada através do teste de qui-quadrado e teste exato de Fisher. O efeito simultâneo das variáveis explanatórias sobre as respostas foi avaliado através do ajuste do modelo de regressão logística.

3.9 Aspectos éticos

O presente estudo obedeceu aos postulados da Declaração de Helsinki e suas emendas posteriores, bem como a Resolução 196/96 e normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos/CONEP, do Conselho Nacional de Saúde.

Por se tratar de um estudo observacional, não houve riscos aos sujeitos ou interferência nas condutas estabelecidas pela Instituição para a rotina de serviço.

O estudo obteve a aprovação nº. 633, de 06 de outubro de 2005, do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira/IMIP. A autorização para a realização do estudo foi concedida pela Superintendência do Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira/IMIP e da Coordenação do CAM-IMIP e foi registrada na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/CONEP sob o nº. 0099.0.99.000-05 em 31 de agosto de 2005.

IV RESULTADOS

4.1 Prevalência de violência doméstica contra a mulher assistida no CAM-IMIP

Das 630 mulheres pesquisadas, 11 foram excluídas pelos os critérios estabelecidos e 619 compuseram a amostra final. Na população estudada foi encontrada prevalência de 27,5% (IC 95%: 24,0% a 31,2%) de violência doméstica sofrida no último ano, foi perguntado à mulher se, nos últimos doze meses, alguém lhe ofendeu com palavras, bateu, esbofeteou, empurrou, chutou ou machucou fisicamente, eleita como a variável dependente do presente estudo, que foi escolhida para evitar viés de recordação. Em relação a quem foi o perpetrador da violência encontramos no nosso estudo que: em 42,4% dos casos o perpetrador foi parceiro íntimo, em 5,9% o ex-parceiro ou namorado. Alguém estranho foi apontado como o (a) perpetrador (a) de violência em 9,4% dos casos, o filho em 6,5% e outra pessoa em 36,5%. Esses dados referem-se a abuso físico, emocional e/ou sexual do qual a mulher tenha sido vítima nos últimos doze meses.

4.2 Caracterização da agressão sofrida

A distribuição de frequência de mulheres vítimas de violência doméstica segundo a forma de agressão física sofrida é apresentada na Tabela 1. Entre as mulheres que informaram o tipo de agressão da qual foram vítimas a maior frequência foi de 58,6% (17) de agressões do tipo dois conforme o AAS.⁴⁷

A frequência de mulheres que declararam terem sido forçadas a fazer sexo no último ano Foi de 4,7% (26), sendo que, em 89,7% dos casos, o marido foi apontado como o perpetrador da violência sexual. O número de ocorrências de violência sexual informado pelas mulheres variou de uma até cem vezes, 21% dos casos a mulher sofreu violência sexual em torno de 10 vezes no último ano, apresentando média 16,3 e mediana 10. Os resultados estão apresentados na tabela 2.

TABELA 1

Distribuição de frequência de mulheres vítimas de violência conforme a agressão sofrida, atendidas no período de outubro/2005 a janeiro/2006. CAM-IMIP.

<i>Formas de agressão *</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>% acumulado</i>
1- Ameaça de maus tratos/agressão, inclusive com uma arma	2	6,9	6,9
2- Tapa, empurrão; sem machucar ou ferimento ou dor duradoura	17	58,6	65,5
3- Soco, chute, machucado/mancha roxa, cortes e/ou dor contínua	7	24,1	89,7
4-Espancamentos, contusões severas, queimaduras, ossos quebrados	1	3,4	93,1
5- Danos na cabeça, internos e/ou permanentes	2	6,9	100,0
Total	29	100,0	100,0

Fonte: CAM – IMIP/2006

* Forma de agressão segundo o ASS ⁴⁷

TABELA 2

Distribuição de frequência de mulheres vítimas de violência sexual nos últimos doze meses, atendidas no período de outubro/2005 a janeiro/2006. CAM-IMIP.

Violência sexual	N	%	% acumulado
Sim	29	4,7	4,7
Não	590	95,3	100,0

Fonte: CAM – IMIP/2006

4.3 Características sócio-demográficas das mulheres

As características sócio-demográficas das mulheres da amostra estudada estão apresentados na Tabela 3. Em relação a idade, 30,2% (187) estavam na quarta década de vida, com idades entre 40 e 49 anos, 74,3% (460) declararam-se de cor não branca, 44,7% (227) informaram escolaridade entre quatro e oito anos completos de estudo (ensino fundamental completo), 76,6% (474) declararam ter companheiro fixo, 87,4% (541) tinham filhos (média de 2,41 filhos), 38,1% (231) declararam renda familiar menor que dois salários mínimos no período, ou seja, inferior a 600,00 reais. Em 37,7% dos casos a maior contribuição para renda familiar provinha da entrevistada e em 53,8% do parceiro íntimo, sendo, portanto do parceiro íntimo a maior contribuição para a renda familiar entre as mulheres desta investigação.

As análises entre as variáveis procedência, ocupação remunerada e renda familiar associadas à violência doméstica contra a mulher não apresentaram significância estatística. Entretanto, foi significativa ($p < 0,05$) a associação com idade, cor, escolaridade, situação marital e maternidade.

Em relação a procedência, a maioria das mulheres procederam da Região Metropolitana do Recife 51,7% (320), e da cidade do Recife foram 36% (223). A frequência de mulheres vítimas de violência nessas regiões foi respectivamente de 28,45% e 29,9%. Foram 74 as que declararam residir no interior do Estado de Pernambuco e apenas duas de outros Estados da Região Nordeste.

Na associação entre as variáveis idade e violência doméstica constatou-se maior frequência de violência entre as mulheres mais jovens ($p=0,039$), verificou-se relação inversa entre idade e violência doméstica. Quanto à cor observou-se uma associação significativa ($p=0,027$) predominando a violência doméstica entre as mulheres não brancas, em comparação com as brancas. A variável escolaridade apresentou maior frequência de violência doméstica entre as mulheres com nove a 11 anos completos de estudo ($p < 0,001$).

A análise entre situação marital e violência indicou uma redução da violência entre as mulheres viúvas ($p=0,052$) mostrando-se mais elevada entre as mulheres que tinham companheiros. Em relação à maternidade houve significância estatística quando associadas as variáveis ter ou não filhos com a violência doméstica contra a mulher ($p=0,039$), foi observado que as mulheres sem prole sofreram mais violência.

TABELA 3

Distribuição de frequência das mulheres vítimas de violência doméstica conforme suas características sócio-demográficas, atendidas no período de outubro/2005 a janeiro/2006. CAM-IMIP.

Características Sócio-demográficas	<i>Violência doméstica</i>				Total (%)	Valor p
	<i>Sim</i>		<i>Não</i>			
	N	%	N	%		
Procedência						0,092
Recife	66	29,6	157	70,4	223(36,0)	
RMR	91	28,4	229	71,6	320(51,7)	
Interior e outros estados	13	17,1	63	82,9	76(12,3)	
Idade						0,039
≥ 19 a 29 anos	38	34,9	71	65,1	109(17,6)	
30 a 39 anos	32	24,4	99	75,6	131(21,2)	
40 a 49 anos	57	30,5	130	69,5	187(30,2)	
50 a 59 anos	34	26,4	95	73,6	129(20,8)	
> 60 anos	9	14,3	54	85,7	63(10,2)	
Cor						0,027
Branças	33	20,8	126	79,2	159(25,7)	
Não brancas	137	29,8	323	70,2	460(74,3)	
Escolaridade						<0,001
0 até 3 anos	21	16,3	108	83,7	129(20,8)	
4 até 8 anos	72	26,0	205	74,0	277(44,7)	
9 até 11 anos	51	37,5	85	62,5	136(22,0)	
≥ 12 anos	26	33,8	51	66,2	77(12,4)	
Situação marital						0,052
Com companheiro	131	27,6	343	72,4	474(76,6)	
Separada do marido ou companheiro	28	35,0	52	65,0	80(12,9)	
Viúva	6	12,5	42	87,5	48(7,8)	
Nunca tiveram companheiro	5	29,4	12	70,6	17(2,7)	
Filhos						0,039
Sim	141	26,1	400	73,9	541(87,4)	
Não	29	37,2	49	62,8	78(12,6)	
Ocupação remunerada						0,881
Sim	78	27,8	203	72,2	281(45,4)	
Não	92	27,2	246	72,8	338(54,6)	
Renda familiar (SM)						0,458
Zero até 1 salário mínimo	59	25,0	177	75,0	236(38,1)	
Mais de 1 até 2 salários	59	27,7	154	72,3	213(34,4)	
+ de 2 SM	52	30,6	118	26,3	170(27,5)	

Fonte : CAM – IMIP /2006

4.4 Características sócio-demográficas do parceiro

As características sócio-demográficas do parceiro estão apresentadas na Tabela 4. A maioria dos parceiros 25,3% (121) encontrava-se na faixa etária entre 40 a 49 anos, sendo 68,2% (331) não brancos, conforme declararam as mulheres. Na amostra estudada não se observou significância estatística entre a violência doméstica e os fatores idade, cor, escolaridade e ocupação do parceiro.

Apesar da associação entre as variáveis escolaridade e violência doméstica não ter sido significativa ($p= 0,223$), a violência foi mais freqüente entre as mulheres cujos parceiros tinham um nível de instrução médio, entre nove e 11 anos completos de estudo. A distribuição de freqüência de violência doméstica entre mulheres cujos parceiros tinham ocupação remunerada e não remunerada foi igual. Entre os parceiros foi de 34,4% (165) o percentual de desempregados e 38,6% (186) tinham trabalho formal.

TABELA 4

Distribuição de frequência de mulheres vítimas de violência, conforme características sócio-demográficas do parceiro, atendidas no período de outubro/2005 a janeiro/2006. CAM-IMIP.

<i>Características sócio-demográficas do parceiro</i>	<i>Violência doméstica</i>				Total (%)	<i>Valor p</i>
	Sim		Não			
	N	%	N	%		
Idade						0,512
≥19 a 29 anos	24	32,4	50	67,6	74(15,4)	
30 a 39 anos	31	27,7	81	72,3	112(23,4)	
40 a 49 anos	37	30,6	84	69,4	121(25,3)	
50 a 59 anos	30	27,0	81	73,0	111(23,2)	
≥ 60 anos	12	19,7	49	80,3	61(12,7)	
Cor						0,739
Brancos	41	27,0	111	73,0	152(31,7)	
Não brancos	93	28,4	234	71,6	327(68,3)	
Escolaridade						0,223
Zero a 3 anos	17	22,7	58	77,3	75(17,3)	
4 a 8 anos	53	26,1	150	73,9	203(46,9)	
9 a 11 anos	37	34,9	69	65,1	106(24,5)	
≥ 12 anos	16	32,7	33	67,3	49(11,3)	
Ocupação remunerada						0,996
Sim	108	28,0	278	72,0	386(80,6)	
Não	26	28,0	67	72,0	93(19,4)	

Fonte: CAM – IMIP/2006

4.5 História de violência familiar na infância e/ou adolescência

Quando indagadas sobre o tipo de violência presenciada em suas infâncias ou adolescências, 30,4% das mulheres declararam ter presenciado xingamentos, 25,5% bofetadas, 21,8% ameaças com palavras, 19,2% espancamento, 6,8% ameaças com armas e 22,6% empurrões. O genitor foi apontado como o perpetrador da violência em 69,8% (148 mulheres).

A frequência de violência doméstica entre as mulheres com história de violência familiar na infância e/ou adolescência foi de 39,7% (85), havendo associação significativa quando a variável foi associada à violência doméstica sofrida pela mulher nos últimos doze meses, conforme dados apresentados na Tabela 5.

TABELA 5

Distribuição de frequência de mulheres vítimas de violência doméstica com história de violência familiar na infância e/ou adolescência, atendidas no período de outubro/2005 a janeiro/2006. CAM-IMIP.

Historia de violência familiar	<i>Violência doméstica</i>				Total (%)	Valor <i>p</i>
	Sim		Não			
	N	%	N	%		
Sim	85	39,7	129	60,3	214(34,6)	< 0,01
Não	85	21,0	320	79,0	405(65,4)	
Total	170	27,5	449	72,5	619(100)	

Fonte: CAM – IMIP/2006

4.6 Comportamentos de risco da mulher

A Tabela 6 apresenta os resultados entre alguns comportamentos de risco e a violência doméstica. As variáveis uso de bebida alcoólica e tabagismo (drogas lícitas), não apresentaram associação significativa com a violência. Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa ($p= 0,054$) entre a violência e o uso de drogas ilícitas pela mulher.

TABELA 6

Distribuição de frequência de mulheres vítimas de violência doméstica conforme seus comportamentos de risco, atendidas no período de outubro/2005 a janeiro/2006. CAM-IMIP.

Comportamentos de risco	<i>Violência doméstica</i>				Total (%)	Valor p
	Sim		Não			
	N	%	N	%		
Uso de bebida alcoólica						0,351
Sim	45	24,9	136	75,1	181(29,2)	
Não	125	28,5	313	71,5	438(70,8)	0,054
Uso de outras drogas						
Sim	5	55,6	4	44,4	9(1,5)	
Não	165	27,0	445	73,0	610(98,5)	
Tabagismo						0,689
Sim	16	25,4	47	74,6	63(10,2)	
Não	154	27,7	402	72,3	556(89,8)	

Fonte: CAM – IMIP/2006

4.7 Comportamentos de risco do parceiro

O uso de bebida alcoólica e tabagismo (drogas lícitas) do parceiro não apresentaram significância estatística quando associados à violência doméstica, conforme resultados apresentados na Tabela 7. Entretanto, houve uma associação positiva entre o padrão de uso de bebida alcoólica do parceiro e violência, apresentada na Tabela 8, que indicou um crescimento da violência quando o padrão de uso de bebida foi maior ($p= 0,014$). Apenas duas entrevistadas declararam que seu parceiro usava drogas.

TABELA 7

Distribuição frequência de mulheres vítimas de violência, conforme comportamentos de risco do parceiro, atendidas no período de outubro/2005 a janeiro/2006. CAM-IMIP.

Comportamentos de risco do parceiro	<i>Violência doméstica</i>				Total (%)	Valor p
	Sim		Não			
	N	%	N	%		
Uso de bebida alcoólica						0,219
Sim	94	30,3	216	69,7	310(61,5)	
Não	49	25,3	145	74,7	194(38,5)	
Tabagismo						0,703
Sim	26	30,2	60	69,8	86(17,2)	
Não	117	28,2	298	71,8	415(82,8)	

Fonte: CAM – IMIP/2006

TABELA 8

Distribuição de frequência de mulheres vítimas de violência, conforme padrão de uso de bebida alcoólica do parceiro, atendidas no período de outubro/2005 a janeiro/2006. CAM-IMIP.

Padrão de uso de bebida alcoólica pelo parceiro	<i>Violência doméstica</i>				Total (%)	Valor p
	Sim		Não			
	N	%	N	%		
Não bebe	49	25,3	145	74,7	194(38,5)	
Bebe Socialmente	30	21,9	107	78,1	137(27,2)	
Bebe uma vez por semana	22	33,3	44	66,7	66(13,1)	0,014
Bebe duas vezes por semana	14	32,6	29	67,4	43(8,5)	
Bebe três ou mais vezes por semana	28	43,8	36	56,3	64(12,7)	

Fonte: CAM – IMIP/2006

4.8 Transtorno mental

No grupo estudado, 9% (56) mulheres declararam-se pessoa com transtorno mental, havendo forte associação quando analisadas as variáveis transtorno mental da mulher e violência ($p < 0,001$) conforme resultados apresentados na Tabela 9.

A Tabela 10 apresenta a análise bivariada entre transtorno mental do parceiro e violência, os resultados não foram estatisticamente significantes ($p=0,094$).

TABELA 9

Distribuição de frequência de mulheres vítimas de violência, conforme história de transtorno mental da mulher, atendidas no período de outubro/2005 a janeiro/2006. CAM-IMIP.

Transtorno mental da mulher	<i>Violência doméstica</i>				Total (%)	Valor p
	Sim		Não			
	N	%	N	%		
Sim	26	46,4	30	53,6	56(9,0)	<0,001
Não	144	25,6	419	74,4	563(91)	

Fonte: CAM – IMIP/2006

TABELA 10

Distribuição frequência de mulheres vítimas de violência, conforme história de transtorno mental do parceiro, atendidas no período de outubro/2005 a janeiro/2006. CAM-IMIP.

Transtorno mental do parceiro	<i>Violência doméstica</i>				Total (%)	Valor p
	Sim		Não			
	N	%	N	%		
Sim	6	50,0	6	50,0	12(2,5)	0,092*
Não	131	27,9	338	72,1	469(97,5)	

Fonte: CAM – IMIP/2006
Fisher

* *Teste exato de*

4.9 Análise multivariada dos fatores associados à violência doméstica contra a mulher

A Tabela 11 apresenta a segunda etapa da análise dos dados, quando foi aplicado um ajuste do modelo de regressão logística multivariada, com o objetivo de determinar os fatores que persistiram fortemente associados com a vdcM.

Para a realização do modelo ajustado de regressão logística foram selecionadas todas as variáveis com $p < 0,20$. A variável escolaridade da mulher foi transformada em variável binária, zero até oito anos de estudo e nove ou mais anos de estudo. O padrão de uso de bebida pelo parceiro também foi transformado em variável binária, sendo não bebe / bebe socialmente ou bebe uma ou mais vezes por semana.

Permaneceu no modelo como fatores associados à VDCM a menor escolaridade da mulher, história de violência familiar na infância e/ou adolescência da mulher, o padrão de uso de álcool pelo parceiro (uma ou mais vezes por semana) e transtorno mental da mulher.

TABELA 11

Análise multivariada dos fatores associados à violência doméstica contra as mulheres atendidas no CAM-IMIP no período de outubro/2005 a janeiro/2006

Variável	Odds ratio ajustado	IC 95%	Erro padrão	Valor p
Menor escolaridade da mulher (zero até 8 anos completos de estudo)	2,34	1,46 a 3,75	0,5627	< 0,001
História de violência familiar da mulher	2,21	1,46 a 3,35	0,4673	< 0,001
Consumo de álcool do parceiro (1 ou mais vezes por semana)	1,77	1,62 a 2,69	0,3796	0,007
Transtorno mental da mulher	2,35	1,19 a 4,61	0,8079	0,013

V DISCUSSÃO

A prevalência de violência doméstica encontrada neste foi de 27,5% e refere-se ao abuso físico, emocional e/ou sexual do qual a mulher foi vítima nos últimos doze meses até o período da coleta de dados da pesquisa. Nossos resultados aproximam-se daqueles encontrados em outros estudos brasileiros como o de Schraiber *et al*²⁷, cuja prevalência encontrada foi 34,1% de violência física contra mulheres na cidade de São Paulo em serviço de atenção básica. Embora, diferentemente do nosso estudo, Schraiber *et al*²⁷ tenha investigado violência alguma vez na vida adulta, além de termos utilizado questionários distintos, o que pode justificar a diferença de prevalência encontrada no nosso estudo.

Os resultados da nossa investigação foram mais elevados que os encontrados em pesquisa anterior a nossa no IMIP. Menezes *et al*,³⁸ em inquérito realizado no puerpério, encontraram 13,1% de prevalência de violência física no último ano e 7,4% durante a gravidez. As diferentes prevalências encontradas em um mesmo serviço podem ser atribuídas a fatores como: o período da coleta de dados, os diferentes questionários utilizados, além de que, no estudo realizado anteriormente ao nosso, os autores investigaram exclusivamente a violência física doméstica do parceiro, enquanto no nosso foi investigada a violência doméstica geral. Podemos destacar também que alguns estudos têm encontrado prevalências de violência física durante a gravidez inferior àquelas encontradas entre mulheres não gestantes, conforme estudo recente realizado pelo Grupo da WHO no Brasil,⁵¹ onde os autores encontraram 8% de prevalência de violência física durante a gravidez na cidade de São Paulo e 11% na Zona da Mata de Pernambuco.

A prevalência identificada no nosso estudo também foi discordante da encontrada por Richardson *et al*²² no Reino Unido, por Galvão & Andrade²⁶ e pelo estudo do grupo da WHO no Brasil. No Reino Unido²², em estudo transversal na atenção primária, a prevalência de

violência doméstica física foi de 41%, perpetrada pelo parceiro íntimo ou ex-parceiro nos últimos doze meses anteriores à investigação, em mulheres maiores de 15 anos. Distintamente do nosso estudo, trata-se de uma investigação de violência doméstica física na qual foram incluídas mulheres adolescentes.

No Brasil, em serviço especializado de atenção à mulher vítima de violência, Galvão & Andrade,²⁷ na cidade de Londrina/Paraná, encontraram prevalência de 56,4% de violência emocional e 32,1% de violência física.

No estudo multipaíses do Grupo da WHO no Brasil⁵¹ realizado nos anos de 2000 e 2001, os autores utilizaram várias técnicas de pesquisas como grupos focais, entrevista e inquérito domiciliar. A preocupação ética gerou providências relativas à oferta de retaguarda assistencial e material educativo, bem como assistência gratuita para as mulheres entrevistadas. Esta é a mais ampla pesquisa sobre a violência doméstica e suas repercussões na saúde da mulher realizada no Brasil. Foram entrevistadas 2645 mulheres de 15 a 49 anos e a prevalência de violência física e/ou sexual foi de 29% e 37%, respectivamente para a cidade de São Paulo e a Zona da Mata de Pernambuco. Atribuímos os diferentes resultados ao fato de ser este um estudo de base populacional, de violência perpetrada pelo parceiro e sofrida alguma vez na vida, enquanto o nosso foi um estudo realizado em ambulatório, que investigou a prevalência de violência doméstica geral e a violência sexual nos últimos doze meses em mulheres com idade igual ou superior a 19 anos completos.

Schraiber *et al*⁵², em pesquisa realizada com usuárias da atenção básica, na cidade de São Paulo, informam-nos que 44,4% das mulheres investigadas afirmaram ter sofrido pelo menos um episódio de agressão física na vida adulta, sendo 69,9% de agressão física, psicológica ou sexual. As prevalências encontradas são mais elevadas que a do nosso estudo e podem-se justificar as diferenças se levarmos em conta que estas investigações que pesquisam violência alguma vez na vida, alguma vez na vida adulta e ocorrem em serviços

especializados de atendimento às mulheres vítimas de violência tendem, portanto a apresentar prevalências mais elevadas.

Ressaltamos que são inúmeros os estudos de investigação da violência contra a mulher tanto nas Américas e na Europa, quanto nos países Asiáticos e na África.^{14, 16, 19, 23, 31,53} Entretanto, apesar de existir critérios e classificação definidos pela WHO, a grande variedade de desenhos de estudo utilizados indica que a violência contra a mulher tem sido investigada adotando-se critérios e classificações distintas, obtendo-se, por via de consequência, uma diversidade de dados que, embora seja muito rica na perspectiva da informação, são, todavia, dados que praticamente não se podem uniformizar.¹⁹ Como resultado desta diversidade surge à dificuldade para estabelecer comparações entre os estudos e uma validação externa, que traduza a magnitude do problema com clareza e exatidão. Talvez seja esse o fator mais relevante para justificar os diversos resultados.

Além de considerarmos as diferenças regionais, culturais e de condição socioeconômica nos vários países, existem outros fatores que interferem diretamente para os diferentes resultados apresentados nas pesquisas de violência doméstica: a abrangência de conceitos para definir os vários tipos de violência doméstica contra a mulher, os inúmeros desenhos de estudo adotados, bem como os diferentes instrumentos utilizados para identificar a violência doméstica contra a mulher.

Em relação à violência sexual, nossos resultados foram semelhantes aos de Vizcarra *et al*⁵⁴ que realizaram estudo de prevalência e fatores associados à violência conjugal, na cidade de Temuco/Chile, tendo encontrado frequência de 3,4% de violência sexual sofrida nos últimos doze meses até a data da entrevista. McCloskey *et al*⁵³ realizaram investigação das características associadas à violência perpetrada pelo parceiro no Sul da África, em mulheres de 20 a 44 anos, verificando que 21% das mulheres sofreram violência física ou sexual. Os autores identificaram uma prevalência de 26% de violência física e sexual sofrida alguma vez

na vida pelas mulheres, a violência sexual no último ano foi de 3%. Nossos resultados aproximam-se também daqueles investigados por Gómez-Dantes *et al*⁵⁵ no México, identificaram 7,5% de violência sexual, em estudo de prevalência e fatores associados, realizado entre mulheres usuárias de serviços de saúde com e sem seguridade social.

A semelhança entre estes resultados e os nossos pode ser atribuída a fatores como a similaridade das condições culturais entre os países, onde inclusive a hierarquia do gênero masculino se sobrepõe ao feminino. Segundo García-Moreno³⁷ as normas culturais que envolvem a violência, o gênero e as relações sexuais, manifestam-se não apenas no âmbito familiar e individual, mas também na comunidade e no contexto social.

Por outro lado, os resultados do nosso estudo apresentaram uma menor frequência de violência sexual sofrida pelas mulheres que àquela identificada por Schraiber *et al*⁵² em São Paulo, que encontraram 11,5% de frequência de violência sexual entre as mulheres que declararam terem sido forçadas a ter relações sexuais pelo menos uma vez na vida adulta, sendo que 62,2% destas foram perpetradas pelo parceiro íntimo. A diferença entre os resultados deve-se possivelmente as distintas formas de investigar a violência sexual em relação ao tempo em que esta aconteceu e quem foi o seu autor. Outrossim, no nosso estudo a violência sexual foi investigada nos últimos doze meses e a investigação não foi exclusivamente de violência sexual perpetrada pelo parceiro.

O Grupo Brasileiro da WHO⁵⁶ realizou na grande São Paulo um estudo cujo objetivo foi investigar a violência doméstica e sexual, a utilização dos serviços de saúde e quais foram às demandas e os diagnósticos. Esse estudo envolveu 3193 mulheres, usuárias de 14 serviços municipais e cinco serviços da Grande São Paulo, e os autores encontraram 40% de violência física – exclusiva ou conjugada com a forma sexual – cometida pelo parceiro atual ou anterior; 5% relataram casos exclusivos de violência sexual. O resultado de violência sexual exclusiva foi semelhante ao que encontramos no nosso estudo, o que leva-nos a cogitar a

possibilidade de que a violência sexual acomete mulheres com perfil sócio-demográfico semelhantes na mesma intensidade, não excluindo os demais fatores que podem concorrer para esta semelhança, como: a questões relativas ao gênero e culturais, conforme citamos anteriormente.

A violência sexual, como as demais formas de violência, traz conseqüências extremamente danosas à saúde física e mental de mulher, tanto por ocasião do abuso quanto a *posteriori*⁵⁷. A sua prática é muitas vezes concebida pelo homem como se fosse uma ação que lhe é outorgada pela sua condição masculina, associada quase sempre ao domínio e poder. Usada como forma de conquista e degradação da mulher, a violência sexual apresenta-se como exercício da masculinidade enquanto sujeito da sexualidade, da qual a mulher é apenas o seu objeto de domínio, condição que está subjacente à visão patriarcal bastante difundida na cultura ocidental.^{8,58} Faúndes *et al*⁵⁹ em artigo sobre o assunto, alertam para a necessidade de se ter uma escuta de qualidade e também para reconhecer sinais e sintomas de violência sexual nas mulheres, sobretudo porque o fato é pouco denunciado.

Sabe-se que o modelo causal da violência doméstica tem inúmeros fatores associados, inclusive, por serem inter-relacionados funcionam muitas vezes como fatores confundidores. Por este motivo, consideramos importante realizar análise multivariada, que tem sido utilizada também por outros autores em estudos desta natureza.^{38,54,60} A realização da análise multivariada permitiu agrupar fatores associados à VDCM, excluindo os fatores confundidores, de maneira que os resultados possam subsidiar a elaboração de medidas preventivas, seja para intervenção junto às mulheres, seus familiares e/ou a comunidade.

No presente estudo encontramos significância estatística na análise bivariada com as seguintes variáveis sócio-demográficas da mulher: idade, cor, escolaridade, ter filhos e situação marital e a violência. Foram também significantes: a história de violência familiar da mulher, o padrão de uso de álcool do parceiro e transtorno mental da mulher. Na análise

multivariada a menor escolaridade, história de violência familiar e transtorno mental da mulher, e, o padrão de uso de álcool pelo parceiro de uma ou mais vezes por semana apresentaram-se fortemente associadas à violência doméstica.

Em relação à idade, os resultados apresentaram significância estatística apenas na análise bivariada. Em estudo realizado por Gómez-Dantés *et al*⁵⁵, os autores encontraram na análise multivariada que a violência decresceu com a idade, ainda que exista na adolescência e perdure entre as mulheres adultas de 45 a 64 anos. No nosso estudo a faixa etária da adolescência não foi investigada, todavia os resultados obtidos indicam que a violência foi uma constante em todas as faixas etárias investigadas, com uma possível indicação de declínio quando as mulheres apresentaram idade mais avançada, sendo também mais elevada entre as mulheres mais jovens.

Kronbauer & Meneghel⁶¹ relatam nos seus resultados de análise bivariada, que houve maior frequência de violência psicológica que física entre as mulheres mais velhas e sem instrução. Todavia, apesar das variáveis demográficas não terem se apresentado associadas à violência os autores identificaram que entre as mulheres negras houve maior frequência de violência psicológica (59%) e física (40%) do que entre as mulheres brancas. Embora as frequências de violência encontradas no nosso estudo sejam menos elevadas, e tenhamos investigado violência geral, coincide o fato de termos encontrado frequência de violência doméstica mais elevada entre as mulheres não brancas.

A discriminação de cor é fato importante e histórico do ponto de vista cultural e social, e é um aspecto relevante para a violência de gênero, sobretudo se lembrarmos que a mulher faz parte do grupo de indivíduos considerados mais vulneráveis. Segundo Saffioti⁶² ao afirmar que as relações de gênero são interpessoais, singularizar a relação seria excluir a estrutura social do contexto da violência. Tal qual o gênero, a raça e etnia são aspectos estruturantes da sociedade, é nesta perspectiva que a semelhança entre os resultados citados

acima, pode ser considerada uma expressão da representação social do pré-conceito racial; entretanto, não podemos deixar de lembrar que este é apenas um entre os vários fatores associados à VDCM, portanto não deve ser considerado isoladamente.

A baixa escolaridade da mulher nos resultados da nossa análise multivariada apresentou-se como fator fortemente associado à violência doméstica. Esses resultados coincidem com os encontrados por Gómez-Dantés *et al*⁵⁵, Klevens⁶³, Rivera-Rivera *et al*,⁶⁴ e Menezes *et al*³⁸ no IMIP. Todavia, é distinto dos resultados de Burazeri *et al*⁶¹, que em estudo de corte transversal, em Tirana/Albânia, utilizando uma amostra randomizada simples de 1500 mulheres casadas e não casadas, com idades entre 25 e 65 anos, encontraram na análise de regressão logística um risco crescente de VD contra a mulher com maior número de anos de estudo da mulher e menor estudo do parceiro; e um risco reduzido de VDCM entre as mulheres com empregos mais simples, desempregadas ou com baixo nível educacional.

Pelo exposto, consideramos que os diferentes resultados podem ser atribuídos ao fato de que no estudo de Burazeri *et al*⁶⁵ foi utilizada uma associação da qual não lançamos mão, ou seja, não investigamos o elevado nível de escolaridade da mulher vítima de violência comparando-o ao baixo nível de escolaridade do parceiro. A baixa escolaridade em nossa sociedade está quase sempre associada com a precária condição socioeconômica, e, por via de consequência reduz as chances de emprego ou a oferta desses têm baixa remuneração; reduz, portanto a auto-estima e elevam a ansiedade, o nível de estresse e outros agravos à saúde mental do indivíduo, prejudicando as suas relações interpessoais.

No nosso estudo, as variáveis sócio-demográficas do parceiro não apresentaram significância estatística, o que contradiz os resultados de Kyriacou *et al*⁶⁰, investigaram fatores de risco para lesões em mulheres vítimas de violência doméstica, um estudo de caso controle, em oito departamentos filiados a emergência de um hospital universitário nos Estados Unidos. Os autores encontraram entre os fatores sócio-demográficos que desemprego

ou emprego intermitente e baixa escolaridade do parceiro eram fatores de risco para violência contra a mulher. Foi também distinto dos resultados do IMIP³⁸, que na análise multivariada encontrou o desemprego do parceiro como fator associado à violência doméstica física sofrida pela mulher. Entretanto, os resultados do nosso estudo coincidem com os de Zalvídár *et al*¹⁷. Os diferentes resultados podem ser atribuídos à diversidade das condições socioeconômicas da população investigada e aos desenhos que cada autor utilizou para sua investigação, além do que nosso estudo investigou a violência doméstica contra a mulher.

Considerando-se as 619 mulheres investigadas no nosso estudo, encontramos uma frequência de 34,6% (214) mulheres com história de violência familiar na infância ou adolescência e entre as 170 mulheres vítimas de violência foi de 50% a frequência de mulheres com história de violência familiar presenciada na infância e/ou adolescência. Esta variável permaneceu fortemente associada à violência doméstica após a análise multivariada.

Klevens⁶³, em estudo de prevalência e fatores associados à violência física contra a mulher, realizado em Santa Fé de Bogotá, encontrou que 64,5% das mulheres investigadas declararam ter sofrido algum tipo de mau trato na sua infância, todos os tipos de maus tratos na infância incrementaram o risco de que elas sofressem violência nas suas relações conjugais. Controlando-se potenciais variáveis confundidoras, esta associação não foi significativa para agressão grave, mas foi para agressão leve na vida conjugal. As mulheres investigadas tinham entre 14 e 46 anos, com média de 24,9 anos, e 7,6 anos de estudo formal.

Os nossos resultados apresentaram frequência inferior àquela obtida por Klevens⁶³, segundo o autor, todos os tipos de maus tratos recebidos durante a infância ou adolescência aumentaram o risco das mulheres sofrerem maus tratos na vida adulta. Todavia são resultados semelhantes aos apresentados por Viczarra *et al*⁵⁴, que registraram violência psicológica na vida conjugal de 68,0%, e violência física de 25,0% entre mulheres que declararam ter presenciado violência familiar na sua infância. Os autores investigaram também experiência

de maus tratos na infância, com os seguintes resultados: 53,4% violência psicológica, 52,7% violência física e 39,1% violência sexual.

Os dados relativos a ter presenciado violência familiar apresentam-se próximos àqueles que identificamos nos nossos resultados. No IMIP, Menezes *et al*³⁸ encontraram história de violência na família da mulher como fator fortemente associado à violência física doméstica no puerpério. Estes dados corroboram com os resultados de pesquisas que têm investigado a transmissão transgeracional da violência.^{66,67}

Instrumentalizados na teoria psicanalítica pode-se afirmar que presenciar ou sofrer violência na infância como um fato cotidiano, pode resultar na vida adulta na aceitação de sofrer violência de forma passiva e masoquista, fazendo par com atitudes ativo-sádica do seu agressor. Seria a reprodução inconsciente de se repetir, na vida adulta, a violência presenciada ou vivida nas relações infantis.^{1, 68, 69,70}

Consideramos que os dados de história de violência familiar na infância e/ou adolescência são no mínimo preocupantes, pois apontam para um comportamento violento que parece ser prática comum no seio da família. Segundo Cecconello *et al*⁷¹ o processo de mudança que leva a percepção das conseqüências da punição física é lento, muitas vezes esse tipo de punição é justificado como prática educativa. Esse tipo de prática denuncia a vulnerabilidade do gênero, a violência contra a criança e/ou adolescente e reforça a violência como padrão de conduta para resolução dos conflitos. Segundo a literatura^{72, 73,74} a pessoa exposta à violência na infância ou adolescência tem mais chances de na vida adulta, seja pela identificação como o agressor ou com a vítima, adotar a violência como um comportamento natural e adequado à sua vida, colocando a si e aos outros em situações de risco. É relevante destacar a pouca condição de resiliência que uma família com tais práticas pode oferecer aos seus.

Embora o grau de resiliência não seja inato, ele depende de vários fatores. Segundo Gonçalves⁴², existem vários níveis de intervenção para aumentar a resiliência de uma criança, como por exemplo: proteger a relação mãe-bebê, detectando-se as famílias de risco, aumentar a sensibilidade e disponibilidade da mãe para com seus filhos, o que reforça o vínculo e protege o desenvolvimento da criança. Pesce *et al*⁷⁵, em estudo sobre risco e proteção entre crianças e adolescentes, encontraram resultados que corroboram com a teoria de que a experiência negativa precisa ser processada para tornar-se fator importante para a resiliência. No estudo citado, os fatores de proteção tiveram associação com resiliência e os autores interpretaram que essa relação de fatores como auto-estima, apoio social, gênero, relacionamento com outras pessoas atuaram como facilitadores no processo individual de perceber e enfrentar o risco.

No caso das mulheres vítimas de violência, acreditamos que poder identificá-las, oferecer assistência integral não só a ela, mas também aos seus familiares e ao agressor, buscar apoios na comunidade e nos vários setores da sociedade, é uma maneira de cooperar para melhorar a sua capacidade de resiliência e sua auto-estima.

Em relação ao uso de substâncias a American Psychiatric Association⁴⁵ informa-nos sobre o acentuado comprometimento e graves complicações à saúde do usuário, podendo ainda estar associado com um comportamento violento ou agressivo, podendo resultar em ferimentos ao usuário ou a terceiros.

A investigação do uso de substâncias psicoativas, sobretudo as ilícitas, é de difícil averiguação. Acreditamos que seja, entre outros fatores, pela questão legal envolvida e pela discriminação da qual o usuário normalmente é vítima. Assim, neste estudo, os resultados da investigação sobre uso de drogas foi o que apresentou o menor número de respostas positivas, sendo que a frequência de mulheres que declararam o uso de tais substâncias foi maior do que a informação da mulher sobre o uso dessas substâncias pelo seu parceiro.

No que concerne ao uso de droga pela mulher, evidenciou-se significância estatística na análise bivariada na sua relação com a violência doméstica. Neste caso, reportamos ao informe da WHO⁸, onde mais uma vez destacam-se inúmeros fatores, sejam individuais, sociais, comunitários ou da própria relação com o parceiro, que podem explicar os resultados encontrados. É importante destacar que o uso de drogas pela mulher pode surgir como um comportamento de risco anterior ao fato dela ser vítima de violência doméstica. Todavia, pode ser consequência da violência sofrida.

No nosso estudo, o consumo de álcool pelo parceiro uma ou mais vezes por semana apresentou-se como fator fortemente associado à VDCM, resultado que coincide com os de Boyle et Todd⁷⁶, em estudo de incidência e prevalência de violência doméstica no Reino Unido, OR 3.2 com IC 95% 1.3 a 8.2, com o de Menezes *et al*³⁸ e outros estudos.^{54, 60, 64, 77}

O consumo de álcool pelo parceiro, tratado aqui distintamente do uso de outras drogas, é considerado em vários estudos^{64, 65, 76,78} como um importante e grave fator associado à violência doméstica. O usuário abusivo ou dependente de bebidas alcoólicas tende a desenvolver condutas violentas, coloca-se e aos outros em situação de risco, está associado a outras comorbidades e representa também um grave problema de saúde pública no Brasil, sendo responsável por grande parte dos gastos com internação hospitalar e previdenciários.⁴⁸

Dados de Vizcarra *et al*⁵⁴ relataram que a ingestão de álcool pela mulher é altamente associada à presença de sintomas ansiosos, depressivos, e a violência tem impacto na saúde mental da mulher. Não identificamos no nosso estudo associação significante quando se investigou o uso e o padrão de consumo de álcool pela mulher com sofrer violência doméstica. É possível que esse resultado aponte para a dificuldade da mulher em se declarar usuária de bebidas alcoólicas; podemos ainda ressaltar que o uso abusivo de bebidas alcoólicas está mais associado ao sexo masculino.

O transtorno mental da mulher apresentou-se como fator fortemente associado à VDCM nos resultados da nossa análise multivariada. Na literatura consultada,^{8, 31, 35} os transtornos mentais como depressão, fobia, estresse pós-traumático, entre outros, são referenciados como consequência do fato de sofrer violência doméstica. É mister enfatizar que na literatura investigada não encontramos relatos de pesquisas que tenham investigado o transtorno mental do parceiro ou da mulher nos estudos sobre violência doméstica enquanto fator associado.

Os distúrbios psíquicos manifestam-se sobre várias formas, umas mais comuns e leves e outras extremamente graves. Sua etiologia é, em alguns casos, atribuída a um conjunto de fatores, entre os quais se podem destacar: genético, orgânicos, funcionais e ou psicológicos. Em qualquer dos casos, a pessoa com transtornos mentais tem um grande prejuízo na sua maneira de relacionar-se consigo e também na suas relações interpessoais.⁷⁹ Day *et al*³⁵ descrevem em artigo de revisão acerca da sobrecarga à família gerada pela pessoa com transtorno mental, seja pela impossibilidade de contribuir financeiramente e/ou pelos cuidados que exige dos seus familiares, além disso, encontra-se muito vulnerável por desconhecer os riscos de sofrer violência e não reconhecer o potencial perigoso do agressor.

Os seus prejuízos no contato com a realidade externa, seja pela existência de uma neurose grave ou pela existência de um transtorno grave com atividade delirante ou alucinatória, reservando as devidas proporções para cada caso, promovem uma distorção da realidade; sendo, em alguns casos, transtornos cuja atividade alucinatória ou delirante é extremamente persecutória ou de ciúmes. É relevante citar que os transtornos mentais trazem entre os seus sintomas a exacerbação dos impulsos violentos e estão associados à comorbidades, inclusive o uso de álcool.⁷⁹ O transtorno mental pode também surgir como consequência da violência sofrida.

Até onde chega o nosso conhecimento da literatura, não localizamos estudos com os quais pudéssemos comparar nossos resultados sobre transtorno mental enquanto fator associado à VDCM. Todavia, é importante ressaltar que a condição de ser pessoa com transtorno mental coloca-a numa posição de vulnerabilidade e via de regra é também discriminada devido à representação social da loucura em muitas sociedades; estão, pois entre os ditos “excluídos” da sociedade e fazem parte do grupo de pessoas mais passíveis de sofrer violência.

Outrossim, é necessário que possamos destacar outras limitações do nosso estudo. Primeiramente, foi realizado um estudo descritivo de corte transversal, e como já citamos anteriormente, o exame da exposição e do desfecho é realizado simultaneamente, impossibilitando estabelecermos a seqüência temporal dos eventos e, portanto produzem evidências mais fracas quanto à causalidade. Todavia, Santos & Victora⁸⁰ em artigo sobre os serviços de saúde, avaliação e pesquisa destacam a necessidade da realização deste tipo de estudo, enfatizando que a partir deles pode-se conhecer a real magnitude do problema investigado e seus resultados podem sugerir medidas mais eficientes e eficazes nos serviços, garantindo assim que estas sejam realmente necessárias e tenham mais chances de impacto.

Segundo, deve-se a dificuldade de investigar a VDCM por ser um tema de âmbito privado, sobretudo por acontecer no seio da família. É possível que tenha ocorrido omissão de informação por parte das entrevistadas, pela vergonha ou receio de expor a sua vida privada e o fato de ser vítima de violência em sua própria casa.

Terceiro, algumas variáveis como uso de bebidas alcoólicas e transtorno mental poderia ser mais bem investigadas. Todavia, apesar das limitações do presente estudo, acreditamos que os resultados possam fornecer subsídios para mudanças nas rotinas do serviço e facilitar a implementação de medidas que possam dar conta desta demanda até então desconhecida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar da violência vivida, seja qual for a sua natureza, é antes de tudo refletir a humilhação, fragilidade, vulnerabilidade e vergonha. A violência constitui-se num trauma que fere a alma humana, para o qual o tempo pode arrefecer a dor, mas nunca extingui-la. É nesta perspectiva da vergonha e silêncio, que consideramos como limitação deste estudo a dificuldade inerente à investigação do tema. Entretanto é relevante destacar a grande adesão dos sujeitos, confirmada no fato de termos tido apenas duas recusas.

A disponibilidade das mulheres em participar da pesquisa denota uma participação ativa e motivada, todavia expressa também à necessidade de um espaço permanente no qual a vítima de violência possa ser ouvida acerca da sua traumática experiência.

Queremos ressaltar que no início da coleta de dados, cerca de quatro usuárias do ambulatório da mulher nos procuraram espontaneamente. Acreditamos que esta procura espontânea aconteceu em decorrência da necessidade delas em serem ouvidas, pois todas relataram algum episódio de violência em sua família. Essas mulheres foram ouvidas e encaminhadas ao Serviço de Psicologia do CAM-IMIP. Embora tenhamos dado a essas mulheres a assistência necessária, elas não foram investigadas como sujeitos desta pesquisa.

Acreditamos que, como nos demais serviços de saúde, os profissionais não estão treinados para escutar e investigar a violência da quais as usuárias são vítimas, embora todos saibam da importância dessa informação para se estabelecer novas rotinas de intervenção nos serviços, para um maior impacto na saúde geral da mulher, reduzindo os custos públicos com saúde e, sobretudo pela possibilidade de contribuir para uma melhor assistência à saúde da mulher em particular, a sua qualidade de vida.

Durante a realização do estudo, todas as mulheres que foram vítimas de violência foram esclarecidas acerca do seu direito de denunciar maus tratos e onde fazê-lo, foram

também realizados encaminhamentos a um serviço de atendimento psicológico especializado para mulheres vítimas de violência contra a mulher, exceto para as que não aceitaram o encaminhamento. No total, encaminhamos 155 mulheres, posteriormente solicitamos informação do serviço referenciado acerca da procura por tratamento psicológico pelas mulheres encaminhadas, e apenas duas delas haviam procurado tratamento até então.

VI CONCLUSÕES

- 1-** A prevalência de violência doméstica contra as mulheres assistidas no CAM-IMIP é elevada, sendo o parceiro íntimo ou ex-parceiro o principal perpetrador.
- 2-** A baixa escolaridade, a história de violência familiar e o transtorno mental da mulher são fatores independentes associados à violência doméstica contra a mulher no grupo estudado.
- 3-** Na amostra estudada, o uso de álcool pelo parceiro uma ou mais vezes por semana foi encontrado como fator associado à violência doméstica contra a mulher.

VII RECOMENDAÇÕES

1. Criar rotina no serviço de emergência feminina para identificar as mulheres vítimas de violência, acolhendo-as de maneira adequada à sua condição ter sofrido agressão física ou sexual e encaminhá-las a serviço especializado, se for o caso, para assistência integral inclusive à família e ao agressor.
2. Realizar divulgação entre as usuárias do CAM – IMP sobre a violência doméstica contra a mulher, informando quanto à legislação vigente pertinente aos seus direitos e referenciando serviços especializados.
3. Incluir no protocolo de atendimento ambulatorial a investigação sobre violência doméstica contra a mulher. A identificação das usuárias do serviço vítimas de violência doméstica poderá contribuir para a prestação de serviço em saúde mais adequada, além de possibilitar a identificação das famílias de risco para violência contra a criança e/ou adolescentes.
4. Realizar intervenções de educação em saúde na sala de espera do Ambulatório da Mulher para divulgação do problema, suas conseqüências e alternativas factíveis e disponíveis para as usuárias.
5. Capacitar e treinar recursos humanos em saúde objetivando desenvolver habilidades e conhecimentos técnicos que permitam investigar, identificar sinais e sintomas, tratar, orientar e conhecer fatores de risco para violência doméstica contra a mulher.
6. Realizar orientação para mulheres gestantes e puerpéras sobre a importância da relação mãe-bebê, objetivando ampliar a sua capacidade de rêverie, favorecendo o desenvolvimento da capacidade de resiliência da criança.

VIII - REFERÊNCIAS

1. Freud S. Três Ensaio Sobre a Sexualidade. Imago Editora Ltda., Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, 1905.
2. Freud S. Mal-Estar na Civilização, Imago Editora Ltda., Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, 1930.
3. Lorenz K. Civilização e Pecado. Rio de Janeiro: Editora Artenova; 1974.
4. Lorenz K. Ecce Homo. In: A Agressão. São Paulo; Santos: Livraria Martins Fontes Editora. 1973. p. 245-80.
5. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JÁ, Zwi A, Lozano-Ascencio A. La Violence - um déficit planétaire. In: Rapport Mondial sur la Violence et la Santé. Gêneve. 2002; 1-21.
6. World Health Organization. Violence against women. Geneva; 2001.
7. Garcia-Moreno C. Violencia contra la mujer: género y equidad en la salud/ Violence against women: gender and health equity. Organización Panamericana de la Salud 2000; 41 p (OPS. Publicación ocasional, 6).
8. Organizacion Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, EUA 2003.
9. Watts C, Mayhew S. Comment - Reproductive health services and intimate partner violence: shaping a pragmatic reponse in sub-saharan África. International Family Planning Perspectives 2004; 30 (4) 207-13.
10. World Health Organization. Relatório Mundial de Saúde. 2002.
11. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT Violência e saúde: estudos científicos recentes, Rev Saúde Pública 2006; 40: 112-20.
12. Pan American Health Organization, World Health Organization. Violence Against Women in the Americas, 1998.

13. Drezett J. Manejo da Violência pelos Serviços de Saúde. Disponível em URL: <http://www.ipas.org.br>.
14. Cavalcanti AL. Violência contra a mulher: Um problema de saúde. Rev. Ginecol. & Obstet 2003; 14 (4): 182 – 188.
15. Pan American Health Organization. La violencia baseada en el género: un problema de salud pública y de derechos humanos. 2003.
16. Valdez R, Juarez C. Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. Salud mental, 1998; 21 (6): 1 - 10.
17. Zaldívar GA, Moysén JS, Martínez SE, González AT. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. Cad Salud Pública 1998; V.40, N.6.
18. Dantas-Berger SM, Giffin K, A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual ? Cad Saúde Pública 2005; 21(2): 417- 425.
19. Castro R, Riquer F. La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. Cad Saúde Pública 2003; 19(1) : 135-146.
20. Ministério da Saúde do Brasil. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência 2001.
21. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the Who multi-country study on women's health and domestic violence. Lancet 2006; 368 (7):1260-69.
22. Richardson J, Ciod J, Petruckevitch A, Chung W S, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. BMJ 2002; 324 – 374.
23. Parish WL, Wang T, Beijing EO, Laumann SP, Luo Y. Intimate partner violence in China: national prevalence, risk factors and associated health problems. International Family Planning Perspectives 2004; 30(4): 174-181.

24. Rodríguez JCR, Guerra MCP. Algunos aspectos sobre la magnitud y trascendencia de la violencia doméstica contra la mujer: un estudio piloto. *Salud mental* 1997; 20 (2): 5 – 16.
25. Diário Oficial da União (D.O.U.) 08 de agosto de 2006.
26. Galvão EF, Andrade SM. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher, em município do Brasil. *Saúde e Sociedade* 2002; 89-99.
27. Schraiber LB, D’oliveira AF, Junior IF, Pinho AA. Violência contra a mulher: Estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública* 2002; 36 (4): 470-477.
28. Deslandes, SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2000; 16 (1): 129 –137.
29. Silva, IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19 (2): 5263 - 5272.
30. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JA, Figueiredo V. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad. Saúde Pública*, 2006; 22 (2):425-437.
31. Heise L. Gender-based abuse: The global epidemic. *Violência e Gênero: Uma Epidemia Global*. *Cad. Saúde Pública* 1994; 10 (1): 135-145.
32. Velzeboer M, Ellsberg M, Clavel Arcas C, García-Moreno C. La violencia contra las mujeres: response el sector de la salud/Violence against women: the health sector responds. Washington, Organización Panaericana de la Salud 2003; cap. Uno. (OPS. Publicación ocasional, 12).
33. Nidadavolu V. Domestic Violence. In: *Reproductive Health Profile Domestic*, World Health Organization. Geneva; 2004; 109-115.

34. Pérez IR, Prieto PB, Cases CV. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit* 2004; 18 (2): 4 – 12.
35. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, Debiaggi M, Reis MG, Cardoso RG, Blank P. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *R. Psiquitr.* 2003; 25 (1): 9 - 21.
36. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza Luiz de. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Ver. Saúde Pública* 2006; 40: 604-10.
37. García–Moreno C. La violencia contra la mujer: un problema de equidad de género. Trabalho apresentado na reunião “Nuevos desafios de la responsabilidad política”, Buenos Aires, Argentina, nov/dez/ 2001.
38. Menezes TC, Amorim MMR, Santos LC, Faúndes A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Rev. Bras. Ginecol.Obstet*, 2003; 25: 309-316.
39. Lauridsen EPP & Tanaka OY. Morbidade referida e busca de ajuda nos transtornos mentais na infância e adolescência. *Rev Saúde Pública*, 1999; 33(6): 586-92.
40. Fonseca MJM, Andrade CR, Chor D, Valente J, Beltrão K, Duchiate MP. Morbidade referida e uso de serviço de saúde em funcionários de banco estatal. *Revista Brasileira de Estudos da População*, 2000: 163-175.
41. Ministério da Saúde do Brasil. Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica. www.saude.gov.br .
42. Gonçalves MJ. Aumentar a resiliência de crianças vítimas de violência. *Análise Psicológica*. 2003; 1:23-30.
43. Czeresnia D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e prática de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20: 447- 455.

44. Pereira MG. Epidemiologia Teoria e Prática. Brasília: Guanabara Koogan S.A Editora; 1995; 410-13.
45. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR). Artmed; Porto Alegre. 2003.
46. Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID – 10. Artes Médicas. Porto Alegre. 1993; 1-6.
47. Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. Rev Saúde Pública 2000; 34 (6): 610 – 16.
48. Conselho Regional de Medicina da Cidade de São Paulo, Associação Médica Brasileira. Uso de drogas. Usuários de Substâncias Psicoativas – abordagem, diagnóstico e tratamento. 2ª edição; 2003.
49. Organización Mundial de la Salud. Dar prioridad a la mujer: Recomendaciones éticas y de seguridad para las investigaciones sobre la violencia doméstica contra la mujer. Ginebra. 2001.
50. Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. Amostragem. In: Epidemiologia. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte. Atheneu, editora. 2005; 283-94.
51. França Jr I, Diniz CSG, Portella AP, Ludermir AB, Couto MT, Valença O *et al.* Violência contra a mulher e saúde no Brasil. Grupo brasileiro da WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Coordenado por Lillian B. Schraiber D'oliveira AF; 2006. (MIMEO)
52. Schraiber LB, D'oliveira AF, Hanada H, Couto M, Kiss L, Durand J, Pinho A. Violência vivida: a dor que não tem nome. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2003; (6): 41-54.

53. McCloskey LA, Williams C, Larsen U. Gender inequality and intimate partner violence among women in Moshi, Tanzania. *International Family Planning Perspectives* 2005; (31)3:124-130.
54. Vizcarra MB, Cortés J, Bustos L, Alarcón M, Muñoz S. Violencia conyugal en la ciudad de Temuco. Un estudio de prevalencia y factores asociados. *Revista médica de Chile*. 2001; 129 (12).
55. Gómez-Dantés H, Vázquez-Martínez JL, Fernández-Cantoón SB. La Violencia en las mujeres usuarias de los servicios de salud en el IMSS y la SSA, *Salud Pública de México*. 2006; (48) 2: 279-287.
56. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Pinho AA, Hanada H, Felicíssimo A. *et al.* Violência doméstica e sexual entre usuárias dos serviços de saúde. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. 2006.
57. Garcia-Moreno C. Violência sexual. *Boletim Médico da International Planned Parenthood Federation./IPPF*, Londres. vol 37, número 6, 2003. Versão para a língua portuguesa editada pela APF - Associação para o Planejamento da Família. Lisboa/Portugal.
58. Minayo MCS. Laços perigosos entre machismo e violência. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(I): 23-26.
59. Faúndes A, Rosas CF, Bedone AJ, Orozco LT. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28(2): 126-35.
60. Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, Stone S, Tubb T, Linden JA *et al.* Risk factors for injury to women from domestic violence. *New England Journal of Medicine* 1999; 341:1892 - 1898.

61. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da Violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39: 695-701.
62. Saffioti HI. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. *São Paulo em Perspectiva* 1999; 13: 82-91.
63. Klevens J. Violencia física contra la mujer en Santa Fé de Bogotá: prevalência y factores asociados. *Rev. Panam Salud Publica/ Pan Am / Public Health*. 2001; 9(2) 78-83.
64. Rivera-Rivera L, Lazcano-Ponce E, Salmerón-Castro J, Salazar-Martinez E., Castro R, Hernández-Avila M. Prevalence and determinants male partner violence against mexican women: A population-based study. *Salud pública de México*. 2004; 46: 113-122.
65. Burazeri G, Roshi E, Jewkes R, Jordan S, Bjegovic V, Laeaser U. Factors associeated with spousal physical violence in Albania: cross sectional study. *BMJ* 2005; 331:197-201.
66. Arcos E, Uarac M, Molina I. Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil. *Rev. Méd. Chile*; 2003; 131:1454-1462.
67. Rivera-Rivera L, Allen B, Thrasher JF, Chavez R, Fernandez-Ortega C, Galal O *et al.* Intra-familial physical violence among mexican and egyptian youth. *Rev Saúde Pública* 2005; 39: 709-715.
68. Silva MA. Violência, gênero e Psicanálise. XX Congresso Brasileiro de Psicanálise da Associação Brasileira de Psicanálise, Brasília. 2005.
69. Freud S. *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* (J. Salomão, Trad.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago 1974; XVIII: 89-179.
70. Freud S. *O Ego e o Id*, (J. Salomão, Trad.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago 1974; XIX: 13-83.
71. Ceconnello AM, De Antoni C, Koller SH, Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em Estudo* 2003; 8: 45-54.

72. Benghozi P. Resiliência familiar e conjugal numa perspectiva psicanalítica dos laços. 2005.
73. Antoni CD, Koller SH. A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. *Estudos de Psicologia* 2000; 5 (2): 347-381.
74. Correa OBR. Transmissão psíquica entre gerações, *Psicologia. USP.* 2003; 14 (3):35-450.
75. Pesce RP, Assis SG, Santos N, Oliveira RVC. Fundação Oswaldo Cruz. Risco e proteção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2004; 20: 135-143.
76. Bolyle A, Todd C. Incidence and prevalence of domestic violence in a UK emergency department. *BMJ Emerg. Med. J.* 2003; 20: 438 – 442.
77. Ellsberg MC, Winkvist A, Pena R, Stenlund H. Women's strategic responses to violences in Nicarágua. *J. Epidemiol. Community* 2001; 55:547-555.
78. Yeager K, Seid A. Primary care and victims of domestic violence. *Women's Mental Health.* 2002; 1: 125-50.
79. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo/ Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança. 2001.
80. Santos IS, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad. Saúde Pública* 2004; Sup 2: 5337-5341.

Apêndice I

QUESTIONÁRIO Nº _____

1- Onde a senhora mora?

Bairro _____ Cidade _____

2- Quantos anos a senhora tem?

3- A senhora é solteira?

1. SIM

2. NÃO

(NO CASO DE SER SOLTEIRA, PERGUNTAR).

A senhora tem algum namorado, ou teve no último ano?

1. SIM

2. NÃO

4- A senhora:

1. Tem um companheiro fixo

2. É separada do marido ou do companheiro

3. É viúva

4. Outra situação? Qual é _____

5- Quantos anos o seu namorado/marido/companheiro tem?

1. Não sabe informar

2. Não tem namorado/marido/companheiro

6- No momento a senhora pode dizer sobre o seu trabalho ou ocupação que?

(PARA ESTA PERGUNTA PODE HAVER MAIS DE UMA RESPOSTA, DESDE QUE NÃO SEJA INCOMPATÍVEL).

1. Está desempregada

2. É doméstica no seu lar

3. Tem trabalho com carteira assinada

4. Trabalha fixo sem carteira assinada

5. Faz "bicos" ou biscates

6. Estudante

7. É autônoma

8. É aposentada

7.No momento o seu namorado/marido/companheiro tem uma ocupação/trabalho?

(PARA ESTA PERGUNTA PODE HAVER MAIS DE UMA RESPOSTA, DESDE QUE NÃO SEJA INCOMPATIVEL)

- 1. Está desempregado
- 2. Tem trabalho com carteira assinada
- 3. Trabalha fixo sem carteira assinada
- 4. Faz “bicos” ou biscates
- 5. É estudante
- 6. É autônomo
- 7. É aposentado

8. A Sra. estudou?

- 1. SIM
- 2. NÃO

9.Quantos anos completos a Sra. estudou?

(LEMBRAR QUE SÃO QUANTOS ANOS COMPLETOS E COM APROVAÇÃO ESCOLAR

10-A Sra. sabe informar se o seu namorado/marido/companheiro estudou?

- 1. SIM
- 2. NÃO

11-A Sra. sabe informar quantos anos ele estudou?

Anos estudados completos

- 1. Não estudou
- 2. Não sabe informar

12. A Sra. tem filhos?

- 1. SIM
- 2. NÃO

13.**(SE TIVER FILHOS)** Quantos filhos a Sra. tem?

- 1. Tem apenas 1 filho
- 2. Tem 1 ou 2 filhos
- 3. Tem 3 ou 4 filhos
- 4. Tem Mais de 4 filhos

14-Quanto sua família ganha por mês?

(LEMBRAR QUE A PESQUISA É DA RENDA FAMILIAR. ESCUTAR A RESPOSTA E MARCAR NO QUADRO CORRESPONDENTE).

1. Não ganha nada ou ganha até R\$ 75,00 por mês
2. Ganha de R\$ 76,00 até R\$ 300,00 por mês
3. Ganha de R\$ 301,00 até R\$ 600,00 por mês
4. Ganha mais de R\$ 600,00 por mês

15-Quem ganha mais na sua casa?

1. O marido ou companheiro
 2. A senhora
 3. Um dos filhos
 4. Outra pessoa residente na sua casa
- Quem?
-

16-Qual a sua cor?

17-Qual a cor do seu companheiro?

18-A Sra. fuma?

1. SIM
2. NÃO

19- O seu namorado/marido/companheiro fuma?

1. SIM
2. NÃO

20-Alguém na sua família toma bebida alcoólica

1. SIM
2. NÃO

21-Quem?

1. A Entrevistada
2. Filhos(as)
3. Outra pessoa residente na casa

22-(CASO A ENTREVISTADA BEBA, PERGUNTAR)

A Sra. bebe:

1. Só nas festas/socialmente
2. Uma vez por semana
3. Duas vezes por semana
4. De três vezes ou mais por semana
5. Não bebe

23-Seu namorado/marido/companheiro ou ex-marido/companheiro/namorado bebe?
(LEMBRAR QUE SE HOVER EX-MARIDO/COMPANHEIRO/NAMORADO CONSIDERAR NESTE CASO APENAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES)

1. SIM
2. NÃO

24-Ele bebe?

1. Só nas festas/socialmente
2. Uma vez por semana
3. Duas vezes por semana
4. De três vezes ou mais por semana
5. Não bebe

25- Alguém na sua casa faz uso de:

1. Comprimidos
2. Injetáveis
3. Crack
4. Maconha
5. Cocaína
6. Ninguém na casa da entrevistada faz uso destas drogas

26-(CASO ALGUÉM USE, PERGUNTAR)

Quem?

1. A senhora
2. Namorado/marido/companheiro
3. Filho
4. Genro
5. Nora
6. Outro parente que mora na casa

27-A Sra.diria que alguma pessoa da sua família “sofre dos nervos?”.

1. SIM
2. NÃO

28-Quem?

1. A Entrevistada
2. O Namorado/marido/companheiro
3. Algum dos filhos(as)
4. Outra pessoa residente na casa Quem? _____

29-Esta pessoa vai ao médico de nervos fazer tratamento?

1. SIM
2. NÃO

30-Esta pessoa tem que tomar sempre alguma medicação controlada para os nervos?

1. SIM
2. NÃO

31-Esta pessoa já teve alguma internação em hospital para doentes dos nervos ou algum local que trata de doente dos nervos?

1. SIM
2. NÃO

32-Onde?

1. CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)
2. Hospital Dia
3. Clínica de Repouso
4. Hospital Psiquiátrico

33- A Sra. quando era pequena ou mais jovem, presenciou alguém na sua casa sendo maltratado, agredido? **(A PERGUNTA REFERE-SE A CASA DOS PAIS DA ENTREVISTADA OU DAS PESSOAS QUE POSSAM TÊ-LA CRIADO)**

1. SIM
2. NÃO

34- Que tipo de mau trato era?

1. Xingamentos
2. Bofetadas ou tapas
3. Ameaças com palavras
4. Espancava/batia muito
5. Ameaçava com armas
6. Empurrão

35- Quem maltratava?

1. Pai
2. Mãe
3. Irmão/Irmã
4. Avós ou tios
5. Outra pessoa

Se outra pessoa, quem era? _____

36- A Sra. já foi alguma vez na vida maltratada emocionalmente (xingada, disseram alguma coisa que lhe ofendesse ou lhe deixasse triste, etc.) ou maltratada fisicamente pelo seu parceiro ou alguém importante para a Sra?

1. SIM
2. NÃO

37- Nos últimos doze meses, alguém lhe ofendeu com palavras, bateu, esbofeteou, empurrou, chutou ou machucou fisicamente?

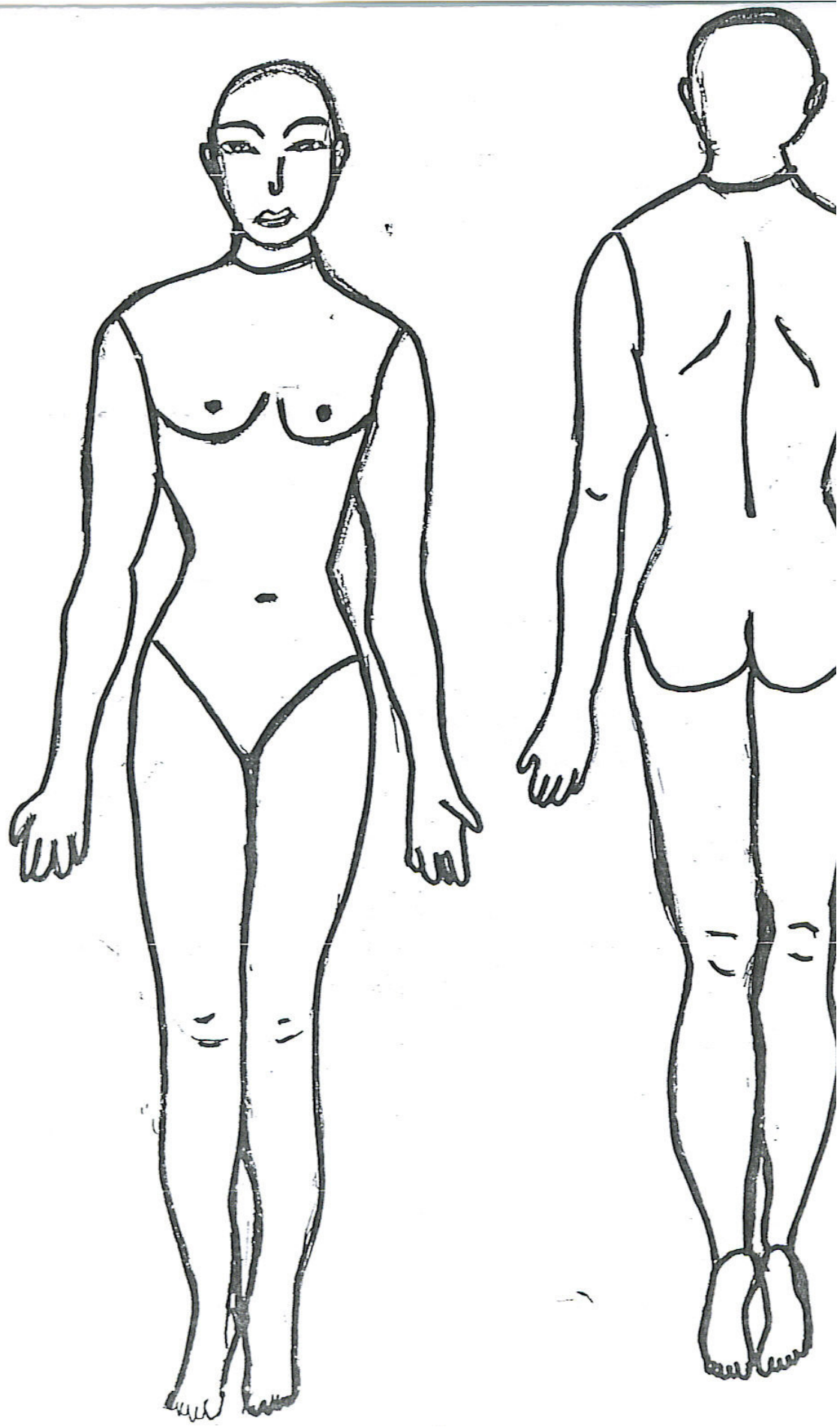
1. SIM
2. NÃO

Caso afirmativo, quem? Por favor, marque com um **X** em uma ou mais opções.

1. Marido
2. Ex-marido
3. Namorado
4. Estranho
5. Filho
6. Outro

Número de vezes

38- **(NOS ÚLTIMOS DOZE MESES)** Marque a área traumatizada (área atingida com os maus tratos) no diagrama (na figura) do corpo humano: **(APRESENTAR PARA A ENTREVISTADA A PÁGINA DO QUESTIONÁRIO COM A FIGURA DO CORPO)**



39- Marque cada episódio (cada agressão, **DOS ÚLTIMOS DOZE MESES**) de acordo com a escala (lista) a seguir: Escolha a opção com o maior número, o tipo de mau trato que aconteceu com mais frequência:

1. Ameaças de maus tratos/agressão, inclusive com arma
2. Tapa, empurrão; sem machucar ou ferimento ou dor duradoura
3. Soco, chute, machucado/“mancha roxa”, cortes e/ou dor contínua
4. Espancamento, contusões severas, queimaduras, ossos quebrados
5. Danos na cabeça, internos e/ou permanentes
6. Uso de armas, ferimento por arma
7. Não aconteceu nenhum mau trato dentre os relatados acima

40- Neste último ano, alguém forçou a Sra. a fazer sexo contra a sua vontade?

1. SIM
2. NÃO

Caso afirmativo (sim), quem? (Por favor, marque com um **X** uma ou mais opções).

1. Marido
2. Ex-marido
3. Namorado
4. Estranho
5. Outro

Número de vezes

41- A Sra. tem medo do seu parceiro ou alguém listado acima?

1. SIM
2. NÃO

(CASO A ENTREVISTADA FAÇA ALGUM COMENTÁRIO, REGISTRE AQUI).

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Prevalência de Violência Doméstica contra Mulheres Assistidas no Ambulatório de Ginecologia do Centro de Atenção à Mulher/Imip em Recife/Pernambuco

Pesquisadores Responsáveis: Gilliat Falbo, Maria Arleide da Silva.

Telefones para contato: 99791555, 88498874.

Pesquisa a ser realizada no ambulatório da mulher do Centro de Atenção à Mulher/CAM do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira – Imip, no Recife, sobre “Prevalência de Violência Doméstica contra Mulheres”. Esta pesquisa possui o intuito de propiciar a melhoria na assistência as pacientes atendidas na unidade, bem como, oferecer subsídios para o desenvolvimento de projetos e ações para a prevenção de atos de violência contra a mulher, evitando reprodução de situações e comportamentos de risco para a violência.

Não haverá nenhum procedimento de risco relativo à pesquisa e os exames laboratoriais requisitados serão os que normalmente são realizados na rotina do serviço.

Serão garantidos o sigilo, a confidencialidade e o anonimato das informações prestadas, assim como o direito da entrevistada de retirar seu consentimento a qualquer momento durante o período de elaboração da pesquisa. Existindo alguma dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP pelo telefone 21224100 ramal 4287

Nome _____ e
assinatura _____ do
pesquisador _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Concordo em participar do estudo:

“Prevalência de Violência Doméstica contra Mulheres”, após ter sido devidamente esclarecida sobre os objetivos da pesquisa pelo (a) investigador (a) _____ (nome do pesquisador/a).

Atesto não ter sido submetida a qualquer tipo de coação, influência indevida, indução, intimidação ou qualquer outro ato lesivo aos princípios legais, morais ou éticos. Foi-me garantido que posso me retirar da pesquisa a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer tipo de represália.

Local e data: Recife, ___/___/_____.

Nome e Assinatura do sujeito responsável

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Apêndice III

**PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES
ASSISTIDAS NO AMBULATÓRIO DE GINECOLOGIA DO CENTRO DE
ATENÇÃO À MULHER – IMIP/PERNAMBUCO**

***Manual de Instruções para a Aplicação dos
Questionários***

Maria Arleide da Silva
Mestranda do MSMI/Imip

Recife, outubro/2005.

APRESENTAÇÃO

A pesquisa com seres humanos envolve toda uma conduta ética que deve ser cumprida conforme estabelecido pela convenção de Helsinque, suas emendas posteriores e as determinações do Conselho Nacional de Saúde no ano de 1996. Para realização de pesquisa onde estão envolvidos aspectos e informações da vida íntima dos sujeitos, a exemplo desta pesquisa, necessário se faz que os cuidados sejam redobrados, daí a necessidade de elaboração deste manual.

Esse manual foi elaborado pela pesquisadora, tendo por finalidade exclusiva, fornecer subsídios as auxiliares da pesquisa “**PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES ASSISTIDAS NO AMBULATÓRIO DE GINECOLOGIA DO CENTRO DE ATENÇÃO À MULHER/Imip EM RECIFE/PERNAMBUCO**”, que aplicarão o questionário, visando orientar e esclarecer, de forma que não restem dúvidas acerca de como devem proceder quando forem realizar a coleta de dados, ou seja, durante todo os seus respectivos contatos com os sujeitos desta pesquisa.

SUMÁRIO

	Página
Apresentação	
I Sobre o tema e sua importância	04
II Sobre a pesquisa	04
III A aplicação do questionário e sua importância	05
IV Aspectos éticos, privacidade, neutralidade e sigilo	05
V Rotina para a coleta de dados	06
VI Como convidar os sujeitos	07
VII Como aplicar o questionário	07
VIII Como revisar e complementar o questionário	08
IX Controle de qualidade dos questionários	08

I Sobre o tema e a sua importância:

A violência doméstica contra a mulher é, na atualidade, um problema de saúde de grande magnitude e que contribui para os elevados índices de mortalidade materna e feminina, bem como seqüelas tardias e hábitos danosos à saúde.

A realização deste estudo torna-se relevante no sentido de possibilitar, pelo conhecimento, a melhoria da qualidade de assistência prestada, a capacitação dos recursos humanos e a organização do serviço, como também contribuir para o estabelecimento de ações de prevenção, baseadas numa visão mais uniforme e realística da magnitude do problema.

II Sobre a pesquisa:

2.1 Objetivo: Determinar a prevalência e os fatores associados à violência doméstica contra as mulheres assistidas no Ambulatório de Ginecologia do Centro de Atenção à Mulher do IMIP, na cidade do Recife/PE; no período de outubro/2005 a janeiro/2006.

2.2 Método e população do estudo: O estudo será realizado utilizando-se um desenho de Corte Transversal, por ser este o mais adequado para o delineamento de estudos observacionais. Serão coletados dados (aplicação da entrevista) de 600 mulheres, com idade

igual ou superior a 19 anos completos e que não estejam grávidas, no período de outubro /2005 a janeiro/2006.

III A aplicação do questionário e a sua importância:

A entrevistadora tem um papel relevante na realização deste estudo, tendo em vista que no trabalho de coletar os dados, fator do qual depende o êxito desta pesquisa, a correta aplicação, preenchimento e revisão do preenchimento dos questionários serão fundamentais para o resultado final. Por este motivo, é importante que todas as dúvidas da entrevistadora sejam dirimidas, consultando sempre que necessário este manual ou o pesquisador principal.

IV Aspectos éticos, privacidade, neutralidade e sigilo:

O presente estudo obedece aos postulados de Helsinque e suas emendas posteriores, bem como as normas de Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O problema a ser investigado diz respeito ao setor da vida privada dos sujeitos, e considerando-se o grau de fragilidade psicológica das mulheres vítimas de violência doméstica, bem como a dificuldade de expor a sua situação de ter sofrido violência, seja sexual, física ou psicológica, é necessário que o entrevistador conduza a entrevista de forma ética e proporcionando à entrevistada o acolhimento necessário durante a realização da

entrevista. É necessário garantir a privacidade, sigilo e neutralidade que a aplicação de uma pesquisa com seres humanos requer.

V Rotina para realizar a coleta de dados:

No período definido para a realização da coleta de dados, a pesquisadora comparecerá ao Centro de Atenção à Mulher-CAM/Imip, nos horários da manhã e da tarde e dirigir-se-á a recepção Ambulatório de Ginecologia, seguindo a seguinte rotina:

1. De posse da agenda do ambulatório, com a relação nominal das mulheres a serem investigadas, previamente selecionadas pela pesquisadora principal, procurar pela auxiliar responsável no horário e identificar o sujeito a ser investigado.
2. Na recepção do CAM/IMIP, a entrevistadora dirigir-se-á a cada um dos sujeitos da pesquisa, se identificará como auxiliar de pesquisa, informando que está realizando uma pesquisa no CAM/Imip, e indagará sobre a sua disponibilidade em responder a algumas perguntas, explicar o tema da pesquisa, o sigilo e a sua liberdade de desistir em qualquer momento.
3. Se a resposta for negativa, o sujeito será considerado na lista de perdas da coleta de dados e não responderá ao questionário;
4. Se a resposta for favorável, o sujeito será informado sobre a questão ética e convidado a ler e assinar o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**;
5. A mulher será então conduzida à sala reservada no CAM/Imip, com privacidade suficiente ao preenchimento dos requisitos éticos necessários para

a realização da entrevista, onde, durante a entrevista, permanecerão apenas a pesquisadora e a mulher entrevistada;

6. Caso se faça necessário, após a aplicação do questionário, a mulher será encaminhada para a um serviço de apoio às mulheres vítimas de violência, ou se for o caso, a mulher será orientada e esclarecida quanto à legislação vigente pertinente aos seus direitos.
7. Caso a mulher tenha entrado na seleção dos sujeitos e esteja grávida, deve ser excluída. Estarão excluídas também àquelas que já tenham respondido ao questionário nesta pesquisa, e/ou que no momento do convite para a entrevista não apresentarem condições psíquicas, e/ou não tenham capacidade de compreensão/comunicação devido a déficit intelectual ou sensorial.

VI Como convidar os sujeitos:

Ao dirigir-se ao sujeito da pesquisa, a entrevistadora deverá primeiramente apresentar-se, dizendo seu nome e informando que está realizando uma pesquisa para o Imip, que investiga as condições de vida das mulheres nas suas casas e com seus parceiros. Dizer que gostaria de contar com a sua participação, que é muito importante. Devem ser evitadas perguntas que possam provocar a recusa do sujeito. Explicar a confidencialidade da pesquisa e esclarecer que o questionário será respondido em uma sala reservada no ambulatório.

VII Como aplicar o questionário:

O questionário foi elaborado com objetivo de possibilitar que a coleta de dados forneça todas as informações necessárias à pesquisa.

Algumas instruções foram anotadas para facilitar o seu preenchimento. Essas instruções aparecem entre parênteses, em letra maiúscula e sublinhada, não devem ser lidas

em voz alta durante a aplicação do questionário. São informações que servem apenas para a entrevistadora.

- Para o preenchimento do questionário, registre tudo com letra bem legível;
- Os dados devem ser anotados no momento em que estão sendo colhidos, não deixe nada para registrar depois;
- Caso a entrevistada recuse-se a responder, primeiro tente persuadi-la a responder, porém sem ser insistente ou incomodar. Caso continue sem resposta, **NÃO CRIE RESPOSTA**, apenas registre **RECUSOU-SE**.
- Após completar o preenchimento do questionário, comunique que você já fez todas as perguntas e agradeça cordialmente.

VIII Como revisar e completar o questionário:

A revisão do questionário é de importância fundamental para garantir qualidade na coleta dos dados e conseqüentemente no resultado final da pesquisa.

Por isso lembre-se sempre:

- A revisão do questionário deve ser realizada imediatamente após o preenchimento do mesmo, esta seqüência é importante porque neste momento a entrevistada ainda está ao seu alcance;
- Caso seja necessário, procure-a logo para completar o questionário.

IX Controle de qualidade dos questionários:

Para garantir a qualidade dos questionários preenchidos, a pesquisadora irá revisá-los diariamente durante o período da coleta de dados.

Informações importantes:

(A-) Endereço para encaminhamento a serviço de Psicologia:

Serviço de Apoio à Mulher Wilma Lessa
Hospital Agamenon Magalhães
Estrada do Arraial, 2723 Casa Amarela, Recife/PE.

(B-) Telefones de Maria Arleide para alguma urgência que possa surgir:

Celular - 88498874
Consultório - 32210437

(C-) Coordenação do Ambulatório da Mulher

Ana Laura

Rossana Paula

Apêndice IV

Ficha de encaminhamento

A Psicóloga Eduarda Pontual

Serviço de Apoio à Mulher Wilma Lessa

Hospital Agamenon Magalhães - Estrada do Arraial nº 2723, bairro de Casa Amarela.

Estamos encaminhando a Senhora:

para atendimento psicológico.

Atenciosamente,

Recife, ___/___/_____.

Maria Arleide da Silva
Psicóloga CRP 02/2839

ANEXO

Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



DECLARAÇÃO

Declaro que o Projeto de pesquisa nº 633 "PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA DOMESTICA CONTRA A MULHER ASSISTIDAS NO AMBULATÓRIO DE GINECOLOGIA DO CENTRO DE ATENÇÃO À MULHER – IMIP – RECIFE/PE", da Pesquisadora **MARIA ARLEIDE SILVA**, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Materno Infantil de Pernambuco em reunião ordinária do dia 06 de outubro de 2005.

Recife, 07 de outubro de 2005

Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
e Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL – Lei 2581 de 1974
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL – Lei 10.501 de 1970
UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL – Lei 10.501 de 1970
INSCRIÇÃO MUNICIPAL – Nº 10.501/70
INSCRIÇÃO ESTADUAL – Nº 10.501/70
CNPJ: 10.000.000/0001-00

Rua dos Coelhos, 300 – Boa Vista
Recife - PE - Brasil CEP 50.070-550
FABX: (81) 2122 4100
Fax: (81) 2122.4722 Cx. Postal 1393
e-mail: imip@imip.org.br
home-page: www.imip.org.br

