



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva

**PADRÃO DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES
EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DE URGÊNCIA
E EMERGÊNCIA**



Dissertação de Mestrado

Iracema Viterbo Silva

Salvador, 2006

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**

**PADRÃO DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM
MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA ATENDIDAS EM
UMA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Epidemiologia.

Aluna: Iracema Viterbo Silva

Orientadora: Prof^a Dr^a Estela Maria Leão de Aquino

Salvador, 2006

IRACEMA VITERBO SILVA

Padrão de distúrbios psíquicos menores em mulheres vítimas de violência atendidas em uma unidade de urgência e emergência

Defesa: 22 de março de 2006.

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira

Prof^a Dr^a Darci Neves dos Santos

Prof^a Dr^a Estela Maria Leão de Aquino
Orientadora

*A minha filha, Caroline, como demonstração do grande amor que tenho por ela.
Aos meus pais, Homero e Juracy, como prova do meu respeito, gratidão e admiração.
Ao meu esposo, Adelmo, pela compreensão, companheirismo e amor, sempre presentes.*

*Agradeço especialmente a **DEUS**, na pessoa de **JESUS CRISTO**, que me provou a grandeza do seu amor e me deu a certeza de que tudo é possível quando n'Ele cremos.*

Aos **MEUS PAIS** pela presença e apoio constantes.

A professora **ESTELA AQUINO** que acreditou e incentivou a realização deste trabalho, ao meu lado caminhando até o fim dessa jornada.

A professora **CECI VILAR NORONHA** quem primeiro me fez despertar para o tema da violência como um problema de saúde.

A **GREICE MENEZES** pela sua contribuição quando ainda me preparava para a seleção do mestrado.

Aos professores **EDUARDO MACHADO** e **DARCI NEVES** com suas valorosas contribuições para compreensão do fenômeno da violência e seus efeitos sobre a saúde mental.

Aos estatísticos **CARLOS TELES** e **MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA** pelas orientações no plano amostral e banco de dados.

A professora **CECÍLIA MCCALLUM** pela revisão na versão em inglês.

Ao professor **JOSÉ VITERBO** pela ajuda na diagramação.

Às minhas colegas de trabalho que compreenderam minhas ausências. Em especial a **CRISTINA BRITO** e **ANDREIA OLIVEIRA** que mais do que chefes foram amigas e valorizaram meu esforço.

À **DIREÇÃO DO HOSPITAL GERAL DO ESTADO**, representada por **Dr ANDRÉ LUCIANO ANDRADE** e por **Dra. LORENA BUSTANI**, por todo o apoio recebido.

Às minhas colegas de Mestrado, **SHEILA ALVIM** e **SILVANA D'INOCENNZO** por tê-las conhecido e pela demonstração de amizade e companheirismo. Em especial a **JOSELINA SOEIRO** com quem vi crescer uma sincera amizade.

A **CLINGER** e **MOISÉS** pela ajuda no laboratório de informática e a **DIORLENE** pelas orientações no manejo do programa estatístico.

A todos os professores do **INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA** pelo profissionalismo e dedicação.

Aos funcionários da **SECRETARIA DE PÓS – GRADUAÇÃO (ISC)** pela disponibilidade e simpatia.

Ao **MUSA** e ao **PROGRAMA INTERINSTITUCIONAL DE TREINAMENTO EM METODOLOGIA DE PESQUISA EM GÊNERO SEXUALIDADE E SAÚDE REPRODUTIVA** que criaram as bases para a concretização deste sonho.

À **FUNDAÇÃO FORD** pelo apoio recebido

A todas as **MULHERES** que participaram como sujeitos deste estudo e sem exigir nada além do que a oportunidade de serem ouvidas, abrindo o coração para falar de suas dores e suas angústias.

SUMÁRIO

	PAG.
Apresentação	vi
Artigo	01
Abstract	02
Resumo	03
Introdução	04
Metodologia	11
Desenho e população de estudo	11
Instrumentos utilizados	11
Seleção da amostra	11
Definição de variáveis	12
Banco de dados	13
Análise	13
Aspectos éticos	13
Resultados	15
Características sócio-demográficas da população	15
Padrão de ocorrência da violência	15
Padrão de ocorrência dos distúrbios psíquicos menores	17
Enfrentamento da violência	17
Padrão de morbidade auto-referida e diagnóstico médico	18
Discussão	21
Referências Bibliográficas	27
Figura I	33
Tabelas	34
Figura II	38
Anexos	
Projeto de Dissertação	
Questionário	

Apresentação

Este trabalho apresentado no formato de artigo é o resultado de um estudo realizado em um hospital de urgência e emergência de Salvador. O projeto original intitulado “Violência contra a mulher: um estudo de morbidade em um serviço de urgência e emergência de Salvador” foi apresentado ao Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva, resultando no artigo *Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil*, já publicado na revista Cadernos de Saúde Pública e cujo objetivo foi investigar a ocorrência de violência – física, sexual e psicológica – entre usuárias de um serviço de urgência e emergência e a sua distribuição segundo características sócio-demográficas.

Para esta versão, foi feito um recorte de modo a analisar a relação entre a violência e a saúde mental, descrevendo o padrão de ocorrência de distúrbios psíquicos menores entre as mulheres que sofreram vários tipos de violência, contrastando-o com a resposta que o serviço deu à queixa dessas mulheres.

Inicialmente é feito um breve histórico a respeito do fenômeno enquanto problema social e que posteriormente veio a ser considerado também um problema de saúde. Observando os resultados dos estudos realizados nas últimas décadas acerca dos efeitos da violência sobre a saúde das mulheres, chama-se a atenção para a escassez de trabalhos, no Brasil, que tratem da relação entre a violência e a saúde mental.

Para a operacionalização do estudo fez-se uso do método epidemiológico, descrevendo os resultados que foram apresentados em forma de prevalência e razão de prevalência com os respectivos intervalos de confiança.

Na discussão são apresentadas as dificuldades enfrentadas para a realização da coleta de dados e em seguida são comparados os resultados com os de outros trabalhos, verificando-se a consistência e diferenças entre eles.

Tomando por base o conceito de gênero, o estudo considera a violência contra as mulheres como o resultado de normas culturais que definem o que é certo e errado para homens e mulheres, considerando as relações de poder que permeiam a vida em sociedade em um processo hierárquico onde o feminino está subordinado ao masculino.

Padrão de distúrbios psíquicos menores em mulheres vítimas de violência atendidas em uma unidade de urgência e emergência ¹

Iracema Viterbo Silva ², Estela Maria Leão de Aquino ³

¹*Este estudo faz parte do projeto “Violência contra a mulher: um estudo de morbidade em um serviço de urgência e emergência de Salvador” aprovado pelo Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva e com apoio da Fundação Ford.*

²*Hospital Geral do Estado. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia*

³*MUSA – Programa de Estudos em Gênero e Saúde. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia*

Abstract

The aim of this cross-sectional study was to describe the occurrence of patterns of minor psychiatric disorders among women who suffered several types of violence. Using a version of the Abuse Assessment Screen, face-to-face interviews were conducted in a cluster sample of women ages 15 to 49 years using an emergency care hospital. The mental state of women was assessed with a version of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Seventy-seven point three percent (Prevalence - $P=77.3\%$, 95 % confidence interval – CI= 78.2%, 82.2 %) out of total 273 women scored 7 or more on the SRQ-20, indicating the presence of psychiatric morbidity. The findings suggest that women who had experienced more than one type violence (Prevalence Ratio – PR= 1.31, 95 % CI=1.11 – 1.56) and who were battered in last twelve months (PR= 1.30, 95 % CI= 1.08 – 1.58) were more likely to suffer minor mental disorders. The results show a positive association between violence and mental disease, suggesting the need for more effective measures in the care of victims, such as the creation of institutional nets that guarantee comprehensive care for women.

Key words: *Mental health; mental disorders; battered women; violence against women; gender*

Resumo

Este estudo de corte transversal teve como objetivo descrever o padrão de ocorrência de distúrbios psíquicos menores entre mulheres de 15 a 49 anos, atendidas em um hospital de emergência de Salvador e que sofreram diferentes tipos de violência. As mulheres foram identificadas a partir de entrevistas face a face, utilizando-se o “Abuse Assesment Screen”. Para avaliar o estado mental, utilizou-se uma versão do “Self-Reporting Questionnaire” (SRQ-20). Do total de 273 mulheres, 77,3 % (Intervalo de Confiança - IC^{95%} = 78% - 82 %) apresentaram escore igual ou acima de sete no SRQ-20, sugerindo provável morbidade psiquiátrica. Mulheres que sofreram mais de um tipo de violência (Razão de Prevalência – RP= 1,31; IC^{95%} = 1,11 – 1,56) e foram agredidas nos últimos doze meses (RP= 1,30; IC^{95%} = 1,08 – 1,58) apresentaram maior prevalência de distúrbios psíquicos menores. Os resultados sugerem uma associação positiva entre violência e doença mental, o que requer medidas mais eficazes de atenção às vítimas, como a criação de redes institucionais que garantam a integralidade da assistência às mulheres.

Palavras chaves: Saúde mental; distúrbios mentais; mulheres agredidas, violência contra mulheres; Gênero.

Introdução

No início dos anos setenta, a violência contra as mulheres passou a ser considerada como um grave problema social em várias nações ocidentais, tendo contribuído para isto o movimento feminista que aliado a outros organismos da sociedade conduziu profundos debates acerca do assunto (Tjaden e Thoennes, 2000). No Brasil, ainda na fase do regime militar, este movimento integrou-se às lutas pela democratização da sociedade chamando a atenção para a situação de mulheres ameaçadas na sua integridade física e moral e trazendo para o espaço público uma situação que, apesar de antiga, permanecia camuflada pela privacidade do lar (Suarez e Bandeira, 2002).

Na década de oitenta, as causas violentas já se situavam entre as principais responsáveis pela morbi-mortalidade, tornando-se um problema de saúde e um importante fator de risco para outros agravos tanto no nível psicológico como físico (Diniz, 1997; Deslandes, 1999; González y Llanes, 2000). Entretanto, ainda que políticas de saúde voltadas exclusivamente para as mulheres tenham sido formuladas, a exemplo do PAISM - Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher - só mais recentemente, na década de noventa, incorporou medidas relacionadas à violência sexual. Como resultado, foi estimulada a criação de serviços de atenção às vítimas visando à prevenção e à profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis, de gravidez indesejada e para a realização de aborto legal (Schraiber et al, 1999, 2001, 2002).

Embora a violência seja um fenômeno que incida sobre a população em geral, estudos têm demonstrado que, enquanto os homens estão mais sujeitos a uma agressão no espaço público, as mulheres estão mais vulneráveis a sofrer agressões recorrentes de pessoas mais próximas, inclusive porque a maior parte dos abusos tende a ocorrer na própria família, o que torna este problema mais difícil de ser identificado (Rodriguez e Guerra, 1996; Schraiber et al, 2002_a). Esta diferença que separa homens e mulheres na vitimização não encontra explicações na biologia, mas em normas sociais baseadas nas relações de gênero, ou seja, em regras que distinguem papéis para homens e mulheres em um processo hierárquico de dominação e poder (Azevedo, 1986).

Deslandes et al (2000), analisando as conseqüências da violência para mulheres atendidas em um hospital de emergência, constataram que muitas vítimas de agressão física afirmaram não ter sido aquela a primeira vez e nem a única modalidade, havendo relatos de ofensas e ameaças. Presume-se que a violência física quase sempre vem precedida da psicológica, pois os diversos tipos de violência não se apresentam de maneiras separadas, sendo que onde há violência física, pode existir também violência psicológica e até mesmo sexual (Dunkle et al 2004).

Estes estudos também mostram que a maioria das mulheres sofre agressão no próprio lar, tendo o marido ou companheiro como principal agressor, estando a violência nas relações conjugais associada a pior saúde física e mental (Coker et al, 2002). Segundo Campbell (2002) calcula-se que 40 a 60 % dos assassinatos de mulheres nos Estados Unidos foram praticados por parceiros íntimos, estimando-se que em países menos industrializados a percentagem pode ser mais alta. No Brasil, segundo o estudo de Blay

(2003) em cada dez mulheres assassinadas, sete são vítimas de homens com os quais tiveram algum tipo de relacionamento afetivo.

Nas últimas décadas, muitos estudos têm procurado comprovar a associação da violência com uma maior prevalência de diversos problemas de saúde física, reprodutiva e mental entre as mulheres, referindo que as que são atingidas física ou sexualmente buscam mais os serviços de saúde, sendo as conseqüências percebidas, ainda que a violência não seja identificada ou registrada pelo profissional responsável pelo atendimento. (d'Oliveira & Schraiber, 1999; Heise et al, 1994; Angulo-Tuesta, 1997). Constata-se que as repercussões para a saúde vão além das lesões decorrentes das agressões físicas, tanto é que vários problemas de saúde apresentados pelas mulheres - como queixas ginecológicas e gastrintestinais, depressão, suicídio e outras queixas vagas - têm sido atribuídos potencialmente à violência, sem que necessariamente tenham sido objeto de análise epidemiológica. (Mazza et al, 1996; Schraiber et al, 2002_b; Cohen & Maclean, 2004).

Do mesmo modo, Tavares (2000) em seu estudo sugere que a violência doméstica também pode estar relacionada a uma série de agravos à saúde tais como fraturas, hipertensão, abortos, problemas cardíacos e também é capaz de afetar as funções psíquicas e mentais, ocasionando perda de memória, confusão mental, baixa auto-estima, desinteresse sexual, depressão e tentativas de suicídio.

No Brasil, ainda são escassos os estudos que tratam dos efeitos da violência para a saúde e particularmente a saúde mental, havendo uma tendência de investigar distúrbios mentais em pessoas, geralmente homens, que praticaram algum delito, tratando a violência como um fenômeno resultante da experiência de adoecimento. A violência

nesses casos é vista não como uma ação intencional, mas sim como “o produto da perda do controle de si imposta pela doença” (Peres, 2001). Entretanto, recentemente, o estudo de Adeodato et al (2005) sobre depressão em mulheres vítimas de violência conjugal encontrou escores elevados para distúrbios não psicóticos. Em estudo anterior, observou-se que mulheres em situação de violência, freqüentemente apresentam quadros de ansiedade e outros distúrbios psicossomáticos que muitas vezes são erroneamente diagnosticados e desqualificados pelo profissional que considera a queixa apresentada pela mulher como algo fantasioso ou com o objetivo de chamar a atenção (Silva, 2003). Desta forma, a suspeita de uma situação de violência dificilmente é cogitada.

No campo da saúde mental, por muitos anos, apenas os transtornos mentais ditos psicóticos constituíram-se em objeto de investigação. Isto porque os estudos sobre a saúde mental dos indivíduos restringiam-se aos espaços institucionais e, portanto, aos casos mais graves. (Lima et al, 1999; Coutinho et al, 1999). Entretanto, a partir da década de 80, alguns estudos realizados com a população não institucionalizada, identificaram um outro tipo de morbidade psiquiátrica, concluindo-se que a maioria dos sintomas apresentados pelos indivíduos consistia em distúrbios não psicóticos, a exemplo de ansiedade, depressão e outras queixas somáticas (Coutinho et al, 1999a).

De acordo com Kaplan e Sadock (1998) a ansiedade que se caracteriza por um sentimento de temor por causa desconhecida, é geralmente acompanhada por sinais somáticos, podendo ser produzida por frustração e estresse e atingindo de forma diferenciada a homens e mulheres em diferentes fases da vida, a depender do tipo de sinal e de sintoma. A depressão, por sua vez, compreende os chamados transtornos do humor e apresenta-se em geral por volta dos 20 ou 30 anos, podendo iniciar-se mais precocemente

antes dos 21 anos. Costuma atingir mais às mulheres do que aos homens e seus sintomas incluem pelo menos dois dos seguintes: falta de apetite, fadiga, hiperfadiga, problemas com o sono, baixa auto-estima, falta de concentração ou dificuldade para tomar decisões e falta de esperanças. A depender da intensidade e da frequência de tais sintomas, a depressão poderá ser classificada como leve, moderada e grave, todavia é muitas vezes mal diagnosticada e mal tratada (Lorençato et al, 2002). Já os chamados transtornos somatoformes caracterizam-se pela presença de uma queixa física ou somática sem a presença de achados orgânicos que possam explicar tal manifestação, sendo comum entre as pessoas que apresentam esta anomalia, a diminuição da auto-estima. Semelhantemente à depressão, esta modalidade de transtorno, costuma atingir mais às mulheres do que aos homens, porém tem sido associada a baixos níveis de escolaridade e sócio-econômico.

Coutinho et al (1999_b) consideram que existem diferentes conceitos e métodos referentes ao diagnóstico dos chamados distúrbios não psicóticos, trazendo certa dificuldade para distinguir quadros de depressão, ansiedade e somatização, o que leva muitas investigações a utilizarem a categoria diagnóstica mais ampla denominada morbidade psiquiátrica menor ou distúrbios psíquicos menores que incluiriam, portanto, os três conjuntos de problemas: sintomas ansiosos, depressivos e somatoformes. Estes autores têm constatado uma maior prevalência de doenças mentais em mulheres do que em homens, havendo um forte consenso na literatura que confirma tal diferença. Desta forma, a inclusão do conceito de gênero em pesquisas epidemiológicas tem se tornado uma exigência para que se possa entender o contexto onde homens e mulheres adoecem ou são atingidos de forma diferenciada, bem como outras categorias como raça e classe social também devem ser analisadas uma vez que atuam muitas vezes de forma sinérgica

dentro de um mesmo contexto sócio-cultural (Almeida Filho et al, 2004; Krieger, 2000; Cooper, 2002).

No Brasil, ainda que muitos estudos façam referência aos efeitos da violência para a saúde das mulheres, nem sempre apresentam a prevalência dos diversos problemas de saúde referidos (Deslandes et al 2000_a; Giffin, 1994; Jong, 2000; Meneghel, 2000; Schraiber & D'Oliveira, 1999_a; Tavares, 2000_a). Por outro lado, é comum nesses estudos a apresentação de percentuais que se referem às lesões sofridas pelas mulheres decorrentes da violência física ou sexual, ou seja, apenas quando a violência é exteriorizada, não levando em consideração, por exemplo, a violência psicológica que não deixa marcas visíveis, mas que pode trazer sérias conseqüências para a saúde da mulher (Miller, 1995).

Há também uma predominância de estudos de abordagens qualitativas como o de Ângulo-Tuesta (1997_a) e Tavares (2000_b). Esta última, inclusive, justifica tal escolha ao fato da violência doméstica consistir em um “fenômeno social e observável, embora subjetivo”. Entretanto, é possível não só identificar a violência, mas até mesmo mensurar seus efeitos sobre a saúde, a partir dos diversos quadros de morbidade apresentados pelas vítimas que recorrem aos serviços em busca de solução para seus problemas. Em estudo anterior, observou-se uma relação entre violência e diversos problemas de saúde, principalmente quando é levado em consideração o tempo decorrido do último episódio. Os diagnósticos de doenças mentais e comportamentais e as conseqüências das causas externas foram mais freqüentes entre mulheres que referiram violência física nos últimos doze meses (Silva, 2003_a).

Neste artigo temos por objetivo descrever o padrão de ocorrência de distúrbios psíquicos menores entre mulheres que sofreram variados tipos de violência, contrastando-o com a resposta que o serviço deu à queixa dessas mulheres, considerando o tipo de agressão, tempo decorrido do último episódio, o motivo alegado para atendimento e o diagnóstico final.

Metodologia

Desenho e população de estudo

Trata-se de um estudo do tipo transversal, de caráter exploratório e descritivo, tendo como população de referência mulheres de 15 a 49 anos, em atendimento em uma unidade de emergência que declararam ter sofrido violência na vida.

Instrumentos utilizados

Através de entrevista face a face, fez-se uso de um questionário que estava dividido em duas partes. A primeira, elaborada a partir de instrumento já testado e validado no Brasil: o *Abuse Assesment Screen* (Reichenheim, et al, 2000), visava identificar a população de estudo. A segunda parte, aplicada apenas com esta população, continha o SRQ-20 – *Self Reporting Questionnaire* (Almeida, 1999) instrumento utilizado para investigar os distúrbios psíquicos menores (DPM) e que consiste em vinte questões com alternativas de sim ou não, com ponto de corte $>$ ou $= 7$, referentes às quatro últimas semanas anteriores à entrevista. Quem respondia afirmativamente a sete ou mais questões era considerada como potencialmente portadora do distúrbio.

Seleção da amostra

Para seleção da população de estudo, recorreu-se à amostra por conglomerado, tendo como unidade de conglomerado, o período do dia (madrugada, manhã, tarde e noite). Assumindo uma prevalência de violência física entre dados levantados durante uma semana (22 a 28 de abril de 2001) em torno de 32%, erro aceitável de no máximo

20% e confiança de 95%, o número de conglomerados selecionados ficou em 47 e o tamanho da amostra final foi a soma de mulheres entrevistadas no período que referiram violência. O sorteio dos conglomerados foi feito de forma sistemática onde o intervalo de amostragem foi dado por: $K = N / n$; $K = 240 / 47 \cong 5$. Elegeu-se como local para seleção dos casos, os serviços de Triagem e de Sutura, que via de regra são as portas de entrada dos pacientes na unidade. O acesso da usuária à unidade era controlado por meio de consultas ao setor de registro quando se identificava o tipo de atendimento que demandava – clínico ou traumatológico - e conseqüentemente qual o setor onde o mesmo seria dado. Foram elegíveis para a entrevista as mulheres que eram admitidas e efetivamente atendidas durante cada período selecionado, sendo excluídas as usuárias que já tivessem sido entrevistadas em período anterior do próprio estudo, retornando à unidade para nova consulta. As mulheres entrevistadas que referiram violência foram selecionadas para responderem a segunda parte do questionário. Mulheres com um único relato de ofensas, insultos ou xingamentos, traumas acidentais e aquelas registradas pela unidade como vítimas de agressão, mas não localizadas para a primeira fase da entrevista, foram consideradas inelegíveis para este estudo.

Definição de variáveis

Foram investigados três tipos de violência - física, sexual e psicológica, sendo considerados nos casos de violência sexual o sexo contra a vontade ou para não contrariar o parceiro, o sexo com medo e a prática sexual considerada humilhante. A violência psicológica foi identificada a partir de relatos de ofensa, xingamento, humilhação, ameaça e amedrontamento, ocorridos apenas nos últimos doze meses. Para violência física, os relatos de tapas, bofetadas, chutes, empurrões, tentativas de estrangulamento,

queimaduras e ferimentos com arma ou objeto, alguma vez na vida. A variável de exposição foi analisada considerando-se tipo e modalidade, o tempo decorrido do último episódio - até um ano ou acima de um ano - e a ocorrência de apenas um ou mais tipos de violência.

Foram analisadas, ainda, as características sócio-demográficas, além de variáveis relacionadas ao enfrentamento da violência, auto-avaliação da saúde pela usuária, bem como a resposta do setor diante da queixa apresentada por essa mulher no que diz respeito a diagnóstico médico e procedimentos adotados.

Banco de dados

Após a coleta, ocorrida entre 16 de outubro a 12 de dezembro de 2001, os dados foram digitados utilizando-se o programa Epi Info versão 6.0.

Análise

Para a análise utilizou-se o programa Stata versão 7.0, sendo inicialmente feita a análise descritiva a fim de observar, por meio das suas proporções, a relação entre variáveis. Como medida de ocorrência, fez-se uso da prevalência e respectivo intervalo de confiança. Através da análise estratificada foram verificadas as associações estimadas pela RP (Razão de Prevalência) e a inferência estatística baseada em IC (intervalos de confiança) pelo método *Mantel Haenszel* ($\alpha=5\%$).

Aspectos éticos

Atendendo aos princípios éticos que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto foi previamente analisado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa, do Hospital Universitário Professor Edgard Santos. Através do consentimento

livre e esclarecido, buscou-se a anuência das mulheres que eram informadas sobre os objetivos, métodos e possíveis benefícios do estudo. Ao mesmo tempo, foram garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações. Em alguns casos, devido às condições físicas e emocionais da paciente e em respeito à sua vontade que preferia não lembrar de episódios vividos no passado, algumas questões do instrumento de coleta deixaram de ser respondidas. Quando era detectado algum caso de violência atual, as entrevistadoras com formação em Serviço Social, ao final da entrevista, prestavam apoio psicossocial e indicavam os recursos disponíveis na comunidade para enfrentamento do problema.

Resultados

Descrição da amostra

Foram identificadas 342 mulheres que admitiram ter sofrido algum tipo de violência na vida, estimando-se uma prevalência de 48,7% (IC^{95%} = 45,0% - 52,4%) de mulheres vitimizadas. Dentre estas, 273 (83,2%) responderam ao SRQ-20, ocorrendo 14 recusas e 55 perdas, incluindo: usuárias em sofrimento agudo que ficaram impossibilitadas de continuar com a entrevista; aquelas que, apesar de responderem afirmativamente a alguma das modalidades de agressão, não consideraram esta experiência como violência, interrompendo a entrevista; e erro de classificação pelas entrevistadoras que também motivaram a interrupção da entrevista.

Características sócio-demográficas da população

Esta população era composta, na sua maioria, por mulheres na faixa etária de 25 a 49 anos (64,4 %), negras (88,6%), casadas ou com experiência prévia de união conjugal (68,0%), com baixo nível de escolaridade (69,6%), que trabalhavam (54,2 %), com renda familiar até três salários mínimos (63,6%) e que possuíam uma religião (84,1%).

Padrão de Ocorrência da Violência

Das 273 mulheres que responderam ao SRQ-20, 81,3% sofreram agressão física alguma vez na vida; entretanto este tipo de violência geralmente era acompanhado por outras modalidades de agressão, de modo que a maioria sofreu mais de um tipo de violência (67,8%). Observou-se que 30,0 % das mulheres que sofreram violência física também sofreram violência psicológica (Figura 1). A violência física resultou em lesões

para 49,8% (IC ^{95%} 43% - 55%) das mulheres, tendo cortes leves (30,4%) perfurações penetrantes (15,9%) e hematomas (16,6%) como as mais comuns (dados não apresentados). Todavia, foram observados relatos de lesões mais graves como traumatismo craniano (5,7%) e até mesmo aborto (2,8%) o que configura a ocorrência de violência na gravidez. Das mulheres que sofreram lesões, 67,6% necessitaram de atendimento médico e 9,3% chegaram à hospitalização. Dos casos de hospitalização prévia, 76,9% ficaram internadas de dois até oito dias e 71% das mulheres hospitalizadas contaram para os profissionais que as atenderam, naquela ocasião, o motivo das lesões. A maior parte das lesões aconteceu nos últimos doze meses (52,2%). Em se tratando da violência sexual, 42,1 % das mulheres foram forçadas a fazer sexo contra a vontade ou fizeram sexo apenas para não contrariar o parceiro. Algumas mulheres referiram ter feito sexo com medo (23,5%) e 16,1 % consideraram humilhante a prática sexual a que foram submetidas. Para 13,0 % das mulheres vítimas de violência sexual, a prática considerada humilhante ocorreu em um contexto de estupro.

A proporção de mulheres que foram agredidas pelos parceiros foi de 66,5%, seguidos de parentes (12,4 %) desconhecidos (10,6 %) e conhecidos (10,3%), Comparando as características sócio-demográficas da vítima e do agressor, em caso de parceiros, observou-se que com relação à cor, entre as mulheres brancas, 47,1% dos parceiros eram negros. Entre mulheres negras, o percentual é de 17,9% para parceiros brancos. Entre mulheres com nível de escolaridade mais alto (médio e superior) 51,1 % dos parceiros tinham baixo nível de escolaridade. As mulheres com menor escolaridade, 76,0% dos parceiros também possuíam baixo nível de escolaridade. Entre as mulheres que exerciam atividade remunerada 71,7% dos parceiros também trabalhavam. Para as que

não exerciam atividade remunerada, o percentual para parceiros que trabalhavam foi de 74,6 %.

Padrão de Ocorrência dos Distúrbios Psíquicos Menores

A prevalência de distúrbios psíquicos menores foi de 77,3 % (IC^{95%} = 72,2% - 82,2%). Quando analisadas as características sócio-demográficas, observa-se que não houve diferenças estatisticamente significantes entre os estratos específicos (Tabela 1).

Entretanto verificou-se associação positiva estatisticamente significativa no caso de violência psicológica (RP= 1,23 IC^{95%} = 1,05 - 1,45); também quando houve mais de um tipo de violência (RP= 1,31 IC^{95%} = 1,11 - 1,56) ou se a agressão ocorreu nos últimos doze meses (RP= 1,30 IC^{95%} = 1,08 - 1,58). Mulheres que foram assustadas, amedrontadas ou ameaçadas apresentaram prevalência de DPM 26 % maior (RP= 1,26 IC^{95%} = 1,06 - 1,48) e as que referiram tapas e bofetadas também 26 % (RP= 1,26 IC^{95%} = 1,08 - 1,47). As que sofreram tentativa de estrangulamento, queimaduras ou foram feridas com arma ou objeto apresentaram um excesso de 24 % (RP= 1,24 IC^{95%} = 1,08 - 1,43) (Tabela 3).

Enfrentamento da Violência

A maioria (64,6%) afirmou ter reagido à violência. Questionadas quanto a situações que justificariam um homem bater em sua mulher, 86,6% das entrevistadas afirmaram não haver qualquer justificativa, porém 8,5 % admitiram esta conduta em caso de infidelidade. Para escapar da violência, 43,9% das mulheres chegaram a deixar a casa. O principal motivo alegado foi porque “já não agüentava mais” (49,1%) e em 66,1% dos casos buscaram refúgio em casa de parentes, porém 46,9 % das mulheres acabaram

retornando. Das mulheres que saíram e retornaram para casa, 75,4 % permaneceram de um até trinta dias fora de casa, porém houve um caso em que a vítima retornou após seis anos sem conviver com o agressor. Entre os motivos alegados para o retorno está o pedido do companheiro ou de algum membro da família (25,8%) e também pelos filhos (19,3%). O percentual de mulheres com filhos foi de 80,2%, sendo que 25,0 % das mulheres tinham de um até cinco filhos com idade que variava de 1 a 15 anos em 84,5% dos casos. Mulheres com filhos apresentaram prevalência de 78,8 % de DPM e sem filhos de 71,6 %. A prevalência de DPM em mulheres agredidas por parceiros foi de 77,9 % e de 76,1 % por outros agressores. Algumas mulheres chegaram a procurar ajuda no enfrentamento da violência conversando com os pais ou amigos (82,1%) ou até mesmo chegaram a procurar alguma instituição como delegacias e unidades de saúde (43,3%). Na avaliação que fizeram dos serviços buscados, 48,0% não consideraram o atendimento satisfatório. A prevalência dos distúrbios foi de 84,0 % para as mulheres que reagiram todas às vezes quando foram agredidas, de 81,2 % para as que não falaram sobre a violência com alguém, 78,6 % entre as que não procuraram serviço de apoio e de 82,7% entre as que deixaram a casa (Tabela 4).

Padrão de morbidade auto-referida e diagnóstico médico

As causas clínicas responderam por 82,1 % dos motivos do atendimento, distribuindo-se de forma igual nos períodos da manhã e da tarde (33,8%). Os acidentes automobilísticos apareceram mais à noite com 83,3%, enquanto que os atropelamentos (60,0%) e as quedas (66,6%) no período da tarde. Já as agressões declaradas tiveram sua maior prevalência no período da madrugada com 34,2% (dados não apresentados).

A prevalência de distúrbios psíquicos menores foi de 80,8 % para mulheres que alegaram queixas clínicas no momento da admissão e de 61,2 % para as vítimas de trauma; e também para aquelas cujo diagnóstico médico consistiu em sintomas e achados anormais (P= 86,5 %) comparado às causas externas, sendo tais resultados estatisticamente significantes (Tabela 4).

Observando o fluxo do atendimento a depender do motivo da admissão e ocorrência de DPM, observa-se que a conduta médica diferiu conforme o caso. As mulheres com queixas clínicas e que apresentaram DPM, em 73,5 % dos casos passaram apenas pela consulta e, quando muito, receberam uma medicação; entretanto, as vítimas de trauma que apresentaram DPM, em 41,3 % dos casos não passaram por exames laboratoriais, radiológicos entre outros procedimentos, recebendo apenas a consulta e medicamentos (Figura 2).

Avaliando a própria saúde, 41,7 % das mulheres referiram saúde regular e 69,2 % acreditavam ter a saúde afetada pela situação de violência. A proporção de mulheres vítimas de trauma que referiram saúde regular a muito fraca foi de 46,9 %; entre as mulheres com queixas clínicas, a proporção foi de 71,4 %. A prevalência dos distúrbios psíquicos menores foi 51 % maior entre mulheres que referiram saúde regular a muito fraca. Semelhantemente aos casos de DPM, as mulheres que referiram saúde regular a muito fraca, receberam tratamento diferenciado de acordo com o motivo do atendimento. Em 42,8 % dos casos as vítimas de trauma não realizaram exames mais completos, enquanto que as mulheres que apresentaram queixas clínicas, em 73,5 % dos casos não passaram por tais procedimentos (Figura 2). Ao investigar a acessibilidade das usuárias aos serviços de saúde, 42,4 % informaram ter enfrentado alguma dificuldade para ser

atendida quando precisaram ou quiseram procurar um médico ou serviço de saúde, sendo a mais comum o longo tempo de espera, com 68,1% (dados não apresentados).

Entre as 69 perdas e recusas que não responderam ao SRQ-20, 46,8% mulheres sofreram violência física associada ou não a outras modalidades, enquanto 53,2 % violência sexual e / ou psicológica. Das que sofreram violência física 61,5% receberam diagnóstico referente a causas clínicas, 23,0 % foram registros de sintomas e achados anormais e 7,3% causas externas. Já entre as que sofreram violência sexual e / ou psicológica, os percentuais foram de 73,2% para causas clínicas e, respectivamente, 19,5% e 7,3% para sintomas e achados anormais e causas externas (dados não apresentados).

Discussão

O estudo mostrou que o conceito de violência ainda é controvertido e está sujeito a várias interpretações. Isto foi percebido através do instrumento de coleta de dados que continha questões para rastreamento de modalidades de agressão que algumas vezes não eram consideradas pela usuária ou, até mesmo pela entrevistadora, como violência, o que retrata a carga de ideologia e senso comum que permeia a definição do fenômeno, dificultando o seu entendimento e, conseqüentemente, a sua identificação.

Foi encontrada uma alta prevalência (77,3 %) de distúrbios psíquicos em mulheres vítimas de violência. Por se tratar de uma amostra de usuárias do Sistema Único de Saúde que, sob a ótica do profissional médico, atendiam aos critérios de uma unidade de urgência e emergência, não se pode atribuir os achados à população em geral.

A seleção das mulheres para o estudo também estava sujeita à declaração da usuária em ter vivenciado ou não a situação de violência, podendo ter ocorrido um viés de informação e conseqüentemente um viés de seleção. Por outro lado, o critério de seleção excluiu as mulheres que não referiram agressão, impedindo a formação de um grupo de comparação com não expostos. Conseqüentemente, não se afasta a possibilidade de que entre mulheres que não sofreram violência, também seja encontrada uma alta prevalência de distúrbios psíquicos menores.

Por se tratar de um estudo transversal não se pode estabelecer com segurança a seqüência temporal dos eventos, sendo possível que mulheres detectadas com distúrbios

psíquicos menores já os apresentassem antes da experiência de agressão ficando vulneráveis à violência.

Entretanto, ao considerar tipo de violência e tempo decorrido do último episódio, foram verificadas associações com resultados estatisticamente significantes, o que indica a existência de uma relação entre violência e transtornos mentais. As mulheres que sofreram violência nos últimos doze meses apresentaram maior prevalência dos distúrbios psíquicos, bem como as que referiram mais de um tipo de violência.

Ainda que o SRQ-20, utilizado para detectar a ocorrência de DPM, não seja um instrumento de diagnóstico, requerendo outros procedimentos de avaliação clínica para confirmar a presença de doença mental, foi recomendado pela Organização Mundial de Saúde para estudos comunitários e em atenção primária à saúde, tendo sido validado no Brasil por Mari et al (Lima et al, 1999_a). É, portanto, um instrumento confiável para rastreamento de casos clínicos e para estimar a ocorrência de DPM em populações.

Como se previa, a prevalência de violência psicológica foi alta e apresentou associação positiva estatisticamente significativa com DPM, sendo tal achado compatível com o resultado de Nixon et al (2004) que encontraram relação entre este tipo de violência e a depressão.

Assim, mesmo com as dificuldades enfrentadas no universo da pesquisa e das limitações do tipo de desenho utilizado, os achados são consistentes com o de outros autores, a exemplo de Adeodato et al (2005_a) que avaliaram a qualidade de vida e depressão em vítimas de violência doméstica, encontrando pontuação sugestiva de algum grau de depressão em 72% das mulheres.

As características sócio-demográficas mostraram uma fraca associação com DPM, sem significância estatística. Almeida et al (2004_a) observaram que a prevalência dos distúrbios mentais aumenta com a idade, todavia, neste estudo não foram encontradas diferenças por faixa etária.

Não foram encontradas diferenças para a ocorrência dos distúrbios entre as mulheres que reagiram ou deixaram de reagir à violência; bem como entre as que deixaram a própria casa ou que permaneceram com o agressor. Também não houve diferença nos resultados se as mulheres conversaram com alguém ou não sobre a violência ou se procuraram ou deixaram de procurar algum serviço de apoio.

Na investigação de violência sexual, o estudo considerou as mulheres que fizeram sexo apenas para satisfazer ao parceiro, o que culturalmente pode ser considerada uma prática aceitável. Porém, mesmo que até entre homens tal fato aconteça, acredita-se existir um diferencial por gênero nos motivos que levam a tal conduta. Para o homem é a afirmação da sua masculinidade, enquanto que para a mulher é a “obrigação” de esposa, namorada ou companheira satisfazer sexualmente o parceiro.

Percebe-se que na vida em sociedade os papéis estabelecidos para homens e mulheres são diferenciados. Em algumas sociedades ainda perduram costumes e tradições que acabam reforçando a submissão das mulheres, colocando-as em uma situação de vulnerabilidade diante da violência. Há poucas mulheres que ainda encontram motivos que justifiquem um homem agredir uma mulher, reflexo de uma época em que era permitido o assassinato da esposa acusada de infidelidade, não causando estranheza que a maior parte dos agressores ainda seja os parceiros.

Observou-se que o percentual de parceiros agressores com características diferentes da vítima foi maior entre mulheres brancas e com nível de escolaridade mais alto, entretanto não se sabe se tal diferença pode ter influências no processo de vitimização. As características da composição do casal tem sido pouco exploradas nos estudos sobre violência envolvendo parceiros, podendo tornar-se um campo bastante promissor para novos estudos. Embora estudo recente da OMS (2005) tenha encontrado maior ocorrência de agravos à saúde em mulheres agredidas por parceiros do que por outros agressores, neste estudo não foram encontradas diferenças entre os dois grupos.

O número de mulheres que referiram agressão no momento da admissão foi de trinta e duas mulheres, porém não se descarta a possibilidade de que muitos atendimentos registrados como acidentais, tenham sido resultantes de agressão física, conforme verificado durante o trabalho de campo em que certa usuária foi coagida pelo companheiro a referir queda como motivo do atendimento para justificar a marca de agressão que trazia no corpo.

Schraiber et al (2002) utilizaram as classificações moderada e grave para avaliar a intensidade da violência, todavia, neste estudo, as mulheres que referiram tapas e bofetadas apresentaram maior prevalência de distúrbios psíquicos, comparado a mulheres que sofreram outras modalidades consideradas mais severas, indicando que a gravidade da violência nem sempre pode ser medida pelo tipo de agravo.

Observa-se através do resultado da auto-avaliação, que a própria mulher percebe os efeitos da violência sobre a sua saúde, entretanto o problema permanece invisível ao setor, não sendo sequer registrado em prontuário e quando isto ocorre o atendimento resume-se ao tratamento das marcas deixadas no corpo. Constatou-se, inclusive, que a

conduta médica diferia a depender do motivo do atendimento. Na maioria das vezes eram realizadas consultas e prescrição de medicamentos, dando-se prioridade as vítimas de traumas para a realização de procedimentos mais minuciosos, numa demonstração de que a violência somente é considerada para efeito de cuidados quando pode ser vista.

Sem dúvida é como a pessoa se percebe estando doente que determina o modo que ela transmitirá para o profissional o que sente, todavia nem sempre a queixa corresponde ao que é entendido por doença pela medicina. De modo que, se a violência não pode ser vista, mas pode ser percebida pelo profissional, ainda assim o atendimento restringe-se a um diagnóstico vago e a prescrição de uma medicação que não responde de forma efetiva à necessidade dessa mulher. Quando as conseqüências são expressas através de quadros de ansiedade e somatização, a situação é banalizada, sendo as mulheres tratadas até mesmo com ironia, numa demonstração da violência institucional a que também estão sujeitas, sendo esta mais uma modalidade que se apresenta como tema de investigação (d'Oliveira et al, 2002).

Todavia, os resultados são sugestivos da associação entre violência contra as mulheres e a ocorrência de transtornos mentais o que justifica a realização de novos estudos explorando melhor esta relação, superando os limites metodológicos apontados neste estudo. Também indicam a necessidade de medidas preventivas e a formulação de políticas de saúde que garantam a integralidade da assistência às mulheres. Nas duas últimas décadas têm sido criados serviços, a exemplo de delegacias especiais e centros de referência para o atendimento às vítimas de agressão, porém estes precisam estar articulados em rede, envolvendo diferentes áreas do conhecimento e atuação profissional. A equipe de saúde deve estar preparada para atender de forma eficaz a essas mulheres, de

modo a não só identificar a violência, mas também notificar, prevenir seqüelas e encaminhar as vítimas aos serviços de apoio mais adequados à situação de violência.

Bibliografia

- 1 - ADEODATO, V.A.; CARVALHO, R. dos R.; SIQUEIRA, V.R de; SOUZA, F.G. de M. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Revista de Saúde Pública* 39 (1): 108 – 113.
- 2 - ALMEIDA, O. P., 1999. Sintomas psiquiátricos entre pacientes com demência, atendidos em um serviço ambulatorial. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 57(4): 937-943.
- 3 - ALMEIDA-FILHO, N. LESSA, I. MAGALHÃES, L. ARAÚJO, M.J., AQUINO, E. JAMES, S.A. KAWACHI, I., 2004. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity and social class. *Social Science & Medicine* 59: 1339-1353.
- 4 - ANGULO-TUESTA, A. J., 1997. *Gênero e violência no âmbito doméstico: A perspectiva dos profissionais de saúde*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública
- 5 - AZEVEDO, M.A., 1986. Mulheres espancadas/ violência denunciada: Repensando a problemática. *Temas IMESC. Sociedade Direito e Saúde*, 3:129-149.6-CAMPBELL, J.C., 2002. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet* 359: 131-136.
- 6 – BLAY, E. A., 2003. Violência contra a mulher e políticas públicas. *Estudos Avançados* 17 (49): 87-98.
- 7 - CAMPBELL, J.C., 2002. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet* 359: 131-136.

- 8 – COHEN, M.M. & MACLEAN, H., 2004. Violence against canadian women. *Bio Med Central Women's Health*, 4 (I): S22.
- 9 - COKER, A. L.; DAVIS, K.E. ARIAS, I.L.; DESAI, S. SANDERSON, M; BRANDT, H.M.; SMITH, P.H., 2002. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(4): 260-268.
- 10 – COOPER, 2002. Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 54: 693-706.
- 11 - COUTINHO, E.S.F.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J.J., 1999. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26 (5): 246-256.
- 12 - DESLANDES, S.F., 1999. O Atendimento às vítimas de violência na emergência: “Prevenção numa hora dessas?”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 4 (1): 81-94.
- 13 - DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; SILVA, C.M.F.P., 2000. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher, atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 16:129-137.
- 14 - DEVILLY, G.J.; WRIGHT, R.; GIST, R., 2003. A função do debriefing psicológico no tratamento de vítimas de trauma. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 25 (1):
- 15 - DINIZ, S.G., 1997. A violência de gênero como questão de saúde. *Jornal da Rede Saúde*, 14:7 e 8.

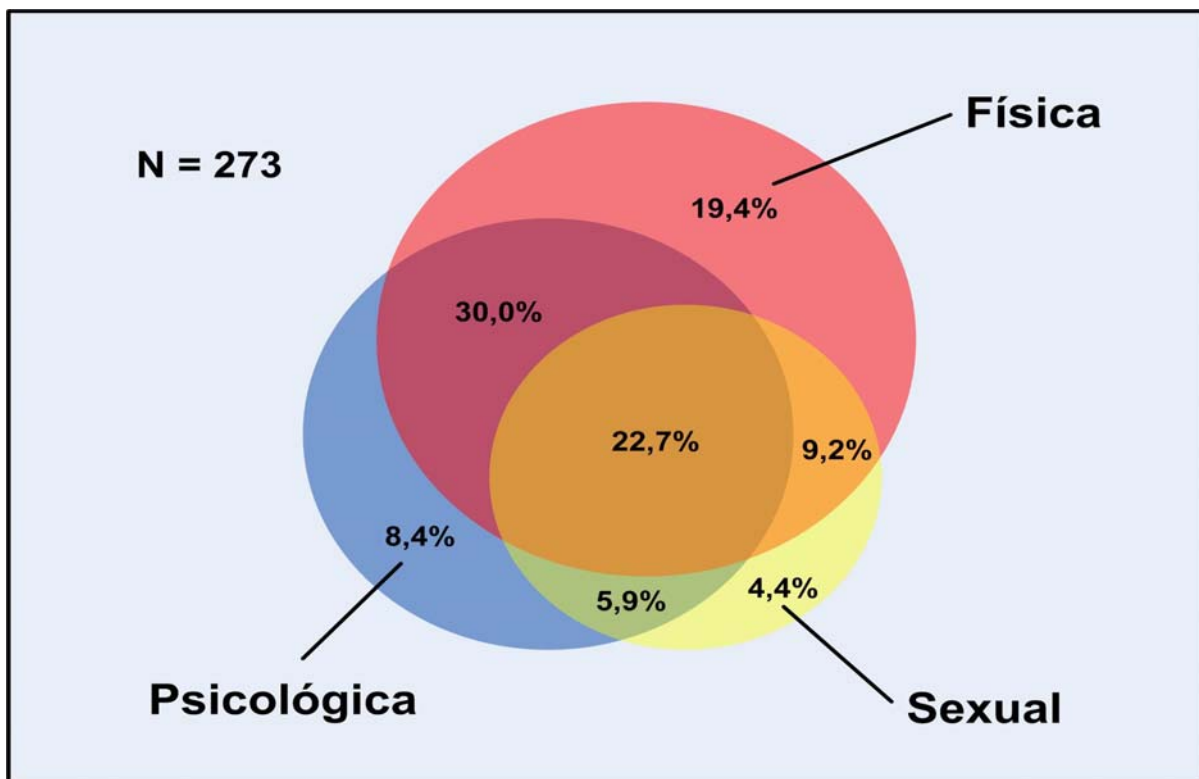
- 16 - D'OLIVEIRA, A F. P.L. & SCHRAIBER, L.B., 1999. Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação de profissionais. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, 19.
- 17 - D'OLIVEIRA, A F. P.L.; DINIZ, S.D.; SCHRAIBER, L.B., 2002. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet* 359: 1681-1685.
- 18 - DUNKLE, K.L.; JEWKES, R.K.; BROWN, H.C.; YOSHIHAMA, M.; GRAY, G.E. MCINTYRE, J.A.; HARLOW, S. D., 2004. Prevalence and patterns of gender-based violence and revictimization among women attending antenatal clinics in Soweto, South America. *American Journal of Epidemiology* 160: 230-239.
- 19 - GIFFIN, K., 1994. Violência de gênero, Sexualidade e Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 10(1): 146-155.
- 20 - GONZALEZ, R.A. & LLANES, GD, 2000. Un Enfoque teórico-metodológico para el estudio de la violencia. *Revista Cubana Salud Publica* 24(2): 85-90.
- 21 - HEISE, L.; PITANGUY, J & GERMAIN, A., 1994. Violence Against Women. The Hidden Health Burden. Washington. D.C.: *World Bank Discussion Papers* 225
- 22 - JONG, L.C., 2000. *Perfil Epidemiológico da Violência Doméstica Contra a Mulher em Cidade do Interior Paulista*. Dissertação de mestrado, São Paulo: Departamento de Saúde Materno Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- 23 – KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J., 1998. *Manual de Psiquiatria Clínica*. 2ªed. Porto Alegre: Artes Médicas. 444 pags.
- 24 - KRIEGER, N., 2002. Discrimination and health. In: BERKMAN, L. F. & KAWACHI, I. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press. p. 36-75.

- 25 - LIMA, M.S.; SOARES, B.G.O.; MARI, J.J., 1999. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Revista de Psiquiatria Clínica* 26 (5) 18 páginas.
- 26 - LORENÇATO, C; VIEIRA, M.J.N.; PINTO, C.L.B. & PETTA, C.A.,2002. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. *Revista da Associação Médica Brasileira* 48(3): 217 – 221.
- 27 - MARTIN, F.M., 2001. La violencia en la pareja. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5: 245-258.
- 28 - MAZZA, D, DENNERSTEIN, L, RYAN, VICKY, 1996 Physical, sexual and emotional violence against women: a general practice-based prevalence study *Medical Journal of Australia* 164: 14-17.
- 29 - MENEGHEL, S.N. et al, 2000. Mulheres cuidando de mulheres: um estudo sobre a Casa de Apoio Viva Maria, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 16 (3): 747-757.
- 30 - MILLER, M.S.,1995. *Feridas invisíveis: abuso não-físico contra mulheres*. São Paulo: Summus. 282 pags.
- 31 - NIXON, RDV; RESICK, PA; NISHITH, P, 2004. “An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder” - *Journal of Affective Disorders* 82 : 315-320.
- 32 – OMS (Organização Mundial de Saúde), 2005. *Who multi-country study on women’s health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women’s responses*. Suíça.

- 33 - ORTEGA, L.R.; PEREZ, I.R.; CASTAÑO, J.P.; LOPEZ-ABISAB, S.B.; LOZANO, D.R.; VINUESA, L.G.; BARRANCO, J.M.; RUIZ, G; BARRERA, M.A. RALLO, B.L.; HIDALGO, A.; MOLINA, C., 2004. “ Intimate Partner Violence as a factor associated to health problems”. *Atention Primaria* 34(3):117-27.
- 34 - PERES, M.F.T., 2001. O Perigo na Vida Cotidiana: Um Estudo da Relação entre Doença Mental e Comportamento Violento em uma Comunidade Litorânea da Bahia. Dissertação de mestrado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 264 páginas.
- 35 - POSSATI, I.C. & DIAS, M.R., 2002. Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos sobre o bem estar psicológico. *Psicologia, Reflexão e Crítica* 15 (2): 293-301.
- 36 - RODRIGUEZ, J.C.R. & GUERRA, M.C.P., 1996. Mujeres de Guadalajara y violencia doméstica: Resultados de un estudio piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(3): 405-409.
- 37 - REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. & HASSELMANN, M.H., 2000. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Revista de Saúde Pública* 34: 610-616.
- 38 - SCHRAIBER, L.B. & D’OLIVEIRA, A F. L. P.,1999. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 5: 11-26.
- 39 - SCHRAIBER, L.B.; D’OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANÇA Jr.,I & PINHO, A. A., 2002. Violência contra a mulher; estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 36: 470-477.

- 40- SCHARAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; STRAKE, S.S. & LIBERMAN, M.D., 2001. Violência contra mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? *Dossiê Saúde* (51): 104-113.
- 41- SILVA, I.V., 2003. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (2): 263-272.
- 42- SUAREZ, M & BANDEIRA, L, 2002 A politização da violência contra a mulher e o fortalecimento da cidadania In: BRUSCHINI, C & UNBEHAUM, SG *Gênero, democracia e sociedade brasileira*, São Paulo, p. 295-320.
- 43- TAVARES, D.M.C., 2000. *Violência Doméstica: Uma Questão de Saúde Pública*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 113 páginas.
- 44- TJADEN, P. & THOENNES, N., 2000. Full Report of the prevalence, incidence e consequences of violence against women: findings from the national violence against women survey . Washington (DC): *National Institute of Justice / Centers for Disease Control and Prevention*.

Figura 1: Distribuição percentual das mulheres que sofreram violência alguma vez na vida, segundo tipo de violência sofrida*.



Violência física: bater, esbofetear, chutar, empurrar, queimar, ferir com arma ou objeto.

* Violência psicológica: ofender, humilhar, amedrontar, xingar.

Violência sexual: sexo contra a vontade ou para não contrariar o parceiro; sexo com medo ou humilhante.

TABELAS

Tabela 1: Prevalência de distúrbios psíquicos menores e razão de prevalência para mulheres atendidas em uma unidade de urgência e emergência no período de 16 de outubro a 12 de dezembro de 2001 e que referiram algum tipo de violência alguma vez na vida, segundo características sócio-demográficas.

Características Sócio-demográficas	N	P (%)	RP	IC ^{95%}
Idade				
15 – 24	91	78,0	1,00	0,87 – 1,15
25 – 49	170	77,6	1,00	*
Cor**				
Negra (pretas e pardas)	231	78,3	1,06	0,85 – 1,33
Branca	30	73,3	1,00	*
Situação Conjugal				
Casada ou ex-casada	179	78,2	1,01	0,88 – 1,17
Solteira	82	76,8	1,00	*
Religião				
Sem	42	83,3	1,08	0,93 – 1,26
Com	219	76,7	1,00	*
Escolaridade				
Até fundamental completo	181	77,9	1,00	0,87 – 1,15
Médio ou superior	80	77,5	1,00	*
Emprego				
Sem	118	81,3	1,08	0,95 – 1,23
Com ***	143	74,8	1,00	*

*Valor de referência

**Excluída 1,12 % de indígenas e amarelas

*** Inclui 36,5% de trabalhadoras com carteira assinada

Tabela 2: Prevalência de distúrbios psíquicos menores e razão de prevalência para mulheres atendidas em uma unidade de urgência e emergência no período de 16 de outubro a 12 de dezembro de 2001, segundo tipo de violência, modalidade de violência física e psicológica e tempo decorrido do último episódio.

Características da Violência	N	P (%)	RP	IC ^{95%}
Violência física				
Sim	222	79,7	1,19	0,97 – 1,46
Não	51	66,6	1,00	*
Violência sexual				
Sim	115	82,6	1,12	0,99 – 1,27
Não	158	73,4	1,00	*
Violência psicológica				
Sim	183	82,5	1,23	1,05 – 1,45
Não	90	66,6	1,00	*
Mais de um tipo de violência				
Sim	185	83,7	1,31	1,11 – 1,56
Não	88	63,6	1,00	
Modalidade da Violência psicológica				
Xingar, ofender, humilhar.	58	79,3	1,18	0,97 – 1,44
Assustar, amedrontar, ameaçar.	125	84,0	1,26	1,06 – 1,48
Sem agressão psicológica	90	66,6	1,00	*
Modalidade da Violência física nos últimos 12 meses				
Bater e esbofetear	30	90,0	1,26	1,08 – 1,47
Chutar e empurrar	35	74,2	1,04	0,83 – 1,29
Tentar estrangular, queimar, ferir com arma ou objeto.	53	88,6	1,24	1,08 – 1,43
Sem agressão nos últimos 12 meses	153	71,2	1,00	*
Violência alguma vez na vida por tempo decorrido				
Até um ano	203	82,2	1,30	1,08 – 1,58
Mais de um ano	70	62,8	1,00	*

* Valor de referência

Tabela 3: Prevalência de distúrbios psíquicos menores em mulheres atendidas em uma unidade de urgência e emergência no período de 16 de outubro a 12 de dezembro de 2001 que referiram algum tipo de violência na vida, segundo o enfrentamento da violência.

Tipo de enfrentamento	N	P (%)	IC	p valor
Reagiu à violência				
Nunca	93	73,1	63,9 – 82,2	0,073
Algumas vezes	88	75,0	65,7 – 84,2	0,135
Todas as vezes	88	84,0	76,2 – 91,8	*
Falou sobre a violência com alguém				
Não	48	81,2	69,7 – 92,7	0,486
Sim	218	76,6	69,7 – 82,2	*
Procurou algum serviço de apoio				
Não	150	78,6	72,0 – 85,2	0,705
Sim	116	76,7	68,9 – 84,5	*
Deixou a casa				
Não	109	74,6	67,5 – 81,7	0,114
Sim	116	82,7	75,7 – 89,7	*

*Valor de referência

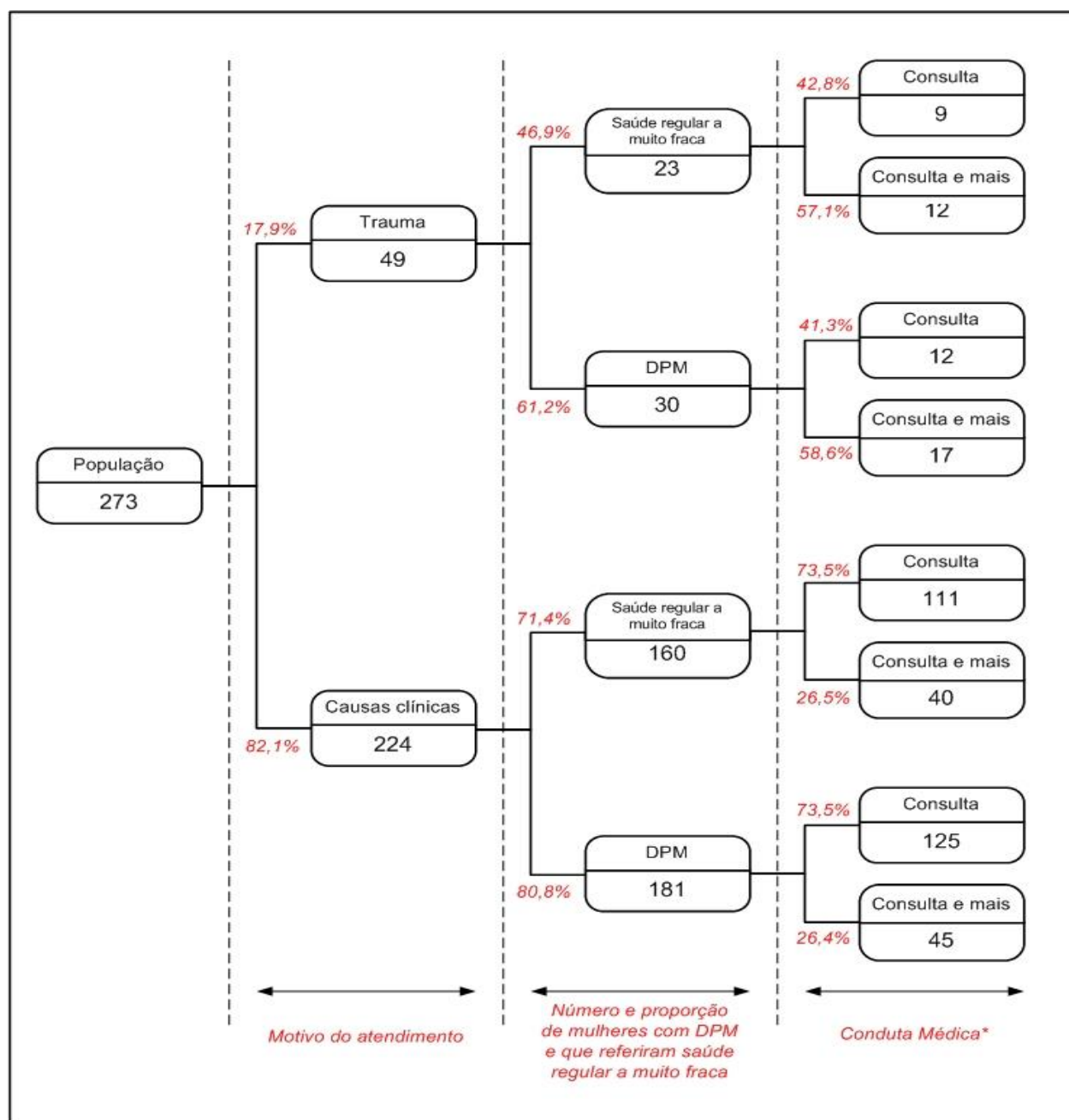
Tabela 4: Prevalência de distúrbios psíquicos menores em mulheres atendidas em uma unidade de urgência e emergência, no período de 16 de outubro a 12 de dezembro de 2001, que referiram algum tipo de violência na vida, segundo motivo do atendimento e diagnóstico médico.

Categoria	N	P (%)	IC 95%	P valor
Motivo do atendimento				
Queixas Clínicas	224	80,8	75,6 – 86,0	0,003
Acidentes e agressões	49	61,2	47,0 – 75,3	*
Diagnóstico médico				
Causas Clínicas	159	76,1	69,3 – 82,8	0,173
Sintomas mal definidos	52	86,5	76,9 – 96,1	0,017
Causas Externas	44	65,9	51,3 – 80,4	*

*Valor de referência

Figura

Figura 2: Resultado da conduta médica de acordo com o motivo de atendimento e a proporção de mulheres vítimas de violência que apresentaram distúrbios psíquicos menores e referiram saúde regular a muito fraca em unidade de urgência e emergência de Salvador.



* Percentuais de 3,3 % a 13,0 % de dados perdidos em decorrência de extravio dos prontuários



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Coletiva

Projeto:

Distúrbios psíquicos menores e violência contra as mulheres: um estudo em uma unidade de urgência e emergência de Salvador

Autora: Iracema Viterbo Silva

Orientação: Estela Aquino

2004.

INTRODUÇÃO

No início dos anos setenta, a violência contra mulheres passou a ser considerada como um grave problema social em várias nações ocidentais, tendo contribuído para isto o movimento feminista que aliado a outros organismos da sociedade conduziu profundos debates acerca do assunto. (Tjaden e Thoennes, 2000). No Brasil, ainda na fase do regime militar, este movimento integrou-se às lutas pela democratização da sociedade chamando a atenção para a situação de mulheres ameaçadas na sua integridade física e moral e trazendo para o espaço público uma

situação que, apesar de antiga, permanecia camuflada pela privacidade do lar (Suarez e Bandeira, 2002).

Na década de oitenta, a constatação de que as causas violentas encontravam-se entre as principais responsáveis pela morbi-mortalidade no país, trouxe à tona a necessidade de estudar o fenômeno para entender seus determinantes e buscar formas de preveni-lo e de controlá-lo. Assim, a violência passou a ser vista como um problema de saúde e um importante fator de risco para outros agravos tanto no nível psicológico como físico (Diniz, 1997; Deslandes, 1999; González y Llanes, 2000). Na época, a violência contra as mulheres era compreendida fundamentalmente como um problema de direito privado restrito ao campo da Justiça, pois ainda que, no mesmo período, políticas de saúde voltadas exclusivamente para a saúde da mulher tenham sido formuladas, a exemplo do PAISM - Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher - só mais recentemente, na década de noventa, incorporou medidas relacionadas à violência sexual com a criação de serviços de atenção às vítimas visando à prevenção e à profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis, de gravidez indesejada e para a realização de aborto legal quando necessário (Schraiber et al, 1999, 2001, 2002).

Embora a violência seja um fenômeno que incida sobre a população em geral, estudos têm mostrado que enquanto os homens estão mais sujeitos a uma agressão no espaço público, a mulher está mais vulnerável a sofrer agressões de pessoas mais próximas, inclusive porque a maior parte dos abusos tende a ocorrer no seio da própria família, o que torna este problema mais difícil de ser identificado (Rodríguez e Guerra, 1996; Schraiber et al, 2002). Esta diferença que separa homens e mulheres no processo de vitimização não encontra explicações na biologia, mas em normas sociais baseadas nas relações de gênero, ou seja, em regras que distinguem papéis para homens e mulheres em um processo hierárquico de dominação e poder (Azevedo, 1986) . Deste modo, a violência que atinge as mulheres apresenta-se de forma bem particular no que diz respeito às suas características. Deslandes et al (2000) analisando o impacto das causas externas no atendimento em um hospital de emergência, constataram que muitas mulheres vítimas de agressão física afirmaram não ter sido aquela a primeira vez e nem a única forma de violência sofrida, havendo relatos de ofensas e ameaças, presumindo-se que a violência física quase sempre vem precedida da psicológica ou que os diversos tipos de violência não se apresentam de maneiras separadas, ou seja, onde há violência física, pode existir também violência psicológica e até mesmo sexual (Mill et al, 2002; Dunkle et al 2004). O mesmo estudo mostrou que a maioria sofreu agressão no próprio lar, tendo o marido ou companheiro como principal agressor, fato constatado em outros estudos que associaram a violência nas relações conjugais a pior saúde física e mental (Coker et al, 2002). Segundo Campbell (2002) calcula-se que 40 a 60 % dos assassinatos de mulheres nos Estados

Unidos foram praticados por parceiros íntimos, estimando-se que em países menos industrializados a percentagem pode ser mais alta.

Nas últimas décadas, muitos estudos têm procurado comprovar a associação da violência com uma maior prevalência de diversos problemas de saúde física reprodutiva e mental entre as mulheres, referindo que as que são atingidas física ou sexualmente pelo fenômeno buscam mais os serviços de saúde, sendo as conseqüências percebidas, ainda que a violência não seja identificada ou registrada pelo profissional responsável pelo atendimento. (d'Oliveira & Schraiber, 1999; Heise et al, 1994 ; Angulo-Tuesta, 1997). Consta-se, assim, que as repercussões para a saúde vão além das lesões decorrentes das agressões físicas, tanto é que vários problemas de saúde apresentados pelas mulheres - como queixas ginecológicas e gastrintestinais, depressão, suicídio e outras queixas vagas - têm sido associados à violência (Mazza et al, 1996; Schraiber et al, 2002; Cohen & Maclean, 2004). Em seu estudo, Tavares (2000) refere que a violência doméstica está relacionada a uma série de agravos à saúde tais como fraturas, hipertensão, abortos, problemas cardíacos e também é capaz de afetar as funções psíquicas, ocasionando perda de memória, confusão mental, baixa auto-estima, falta de desejo sexual, depressão e tentativas de suicídio, porém tais problemas nem sempre são relatados nos serviços de saúde e quando o são aparecem sob a forma de queixas vagas que não causam alterações físicas no corpo e, portanto, não são diagnosticados.

Pesquisando a literatura internacional encontramos alguns estudos analíticos como o de Hou et al (2004) em que foi estudada em Taiwan a relação entre a violência doméstica e sintomas psicológicos, encontrando-se maiores percentuais de ansiedade, obsessão, depressão e somatização entre mulheres que sofreram violência. Das mulheres pesquisadas, 71,6% encontravam-se no grupo de médio risco de acordo com a escala do Life-threatening Situation Scale - LTSS instrumento utilizado pelos autores para medir o risco de homicídio e outras situações que colocavam a mulher em situação de perigo de vida. Nixon et al (2004) conduziram um estudo sobre a relação entre a depressão em mulheres vítimas de violência com desordens de estresse pós traumático, encontrando altos níveis de psicopatologia na amostra.

No Brasil, os estudos sobre violência contra as mulheres só ganham impulso a partir da década de 90, porém sua distribuição acontece de forma irregular e com maior concentração nos dois últimos anos (Gomes, 2003). Analisando alguns desses estudos (Deslandes, Gomes & Silva, 2000; Giffin, 1994; Jong, 2000; Meneghel, 2000; Schraiber & D'Oliveira, 1999; Tavares, 2000) verificamos certa limitação. Embora todos eles façam referência às conseqüências da violência para a saúde das mulheres, a maior parte consiste em estudos descritivos que não demonstram de fato as associações com os diversos problemas de saúde referidos. Geralmente, são apresentados percentuais que se referem às lesões sofridas pelas mulheres decorrentes da violência física, ou

seja, apenas quando a violência é exteriorizada. Há também uma predominância de estudos de abordagens qualitativas como o de Ângulo-Tuesta (1997) e Tavares (2000). Esta última inclusive, justifica tal escolha ao fato da violência doméstica consistir em um “fenômeno social e observável, embora subjetivo”. Ora, a violência até pode ser considerada como algo subjetivo, entretanto seus efeitos podem ser mensurados a partir dos diversos quadros de morbidade apresentados pelas mulheres vítimas de violência que recorrem aos serviços em busca de solução para seus problemas de saúde.

Em nosso estudo em uma unidade de saúde (Silva, 2003) tivemos a oportunidade de verificar um percentual de 46% de mulheres que referiram algum tipo de violência na vida, encontrando, ainda, resultados estatisticamente significantes na relação diagnóstico e violência física. Utilizando uma classificação em grandes grupos de causa, de acordo com a Classificação Internacional das Doenças – CID 10^a revisão, foi emitido um diagnóstico com base nos registros médicos, permitindo identificar as doenças que mais atingiam as mulheres que buscavam aquele serviço. Conforme verificamos, os resultados coincidem com o que é mostrado na literatura, predominando as causas mal definidas, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho geniturinário, transtornos mentais e comportamentais, entre outras. Por se tratar de uma unidade de emergência voltada principalmente para o atendimento a causas externas, iremos encontrar um número significativo de mulheres que foram admitidas em consequência deste grupo de causas, porém de forma mais intensa entre as que sofreram violência há menos de um ano.

Na região de Andaluzia na Espanha, um estudo mostrou que a violência contra as mulheres está também associada com morbidade psiquiátrica (OR= 2,68; IC de 95% , 1,60 - 4,49) e que suas vítimas fazem uso mais freqüente de analgésicos, tranqüilizantes, antidepressivos, álcool e substâncias ilegais comparadas as que não sofreram violência (Ortega et al, 2004). Em Bangladesh, foi encontrada maior prevalência de desordens psiquiátricas entre as mulheres (49%) do que entre os homens (13,5%), diferença que é explicada pelos pesquisadores como decorrente da alta incidência de violência doméstica na região (Islam et al, 2003).

No Brasil, não encontramos nenhum trabalho que estudasse os efeitos da violência para a saúde mental de suas vítimas. Ao contrário, observamos que há uma tendência de investigar distúrbios mentais entre pessoas, geralmente homens, que praticaram algum delito, tratando a violência como um fenômeno resultante da experiência de adoecimento. A violência nesses casos é vista não como uma ação intencional, mas sim como “o produto da perda do controle de si imposta pela doença” (Peres, 2001).

Assim é que se propõe um estudo para investigar a associação entre violência e saúde, investigando a presença de transtornos mentais entre mulheres que referiram violência física, sexual e psicológica. Embora o método epidemiológico tenha sido o escolhido na condução da

pesquisa, entende-se que saúde e doença são “processos complexos que apresentam múltiplas dimensões, devendo ser abordadas por meio da contribuição de conceitos e categorias de várias disciplinas” (Minayo & Gómez, 2003).

OBJETIVOS:

- Geral:

- ❖ Investigar se existe associação entre uma maior exposição aos vários tipos de violência – física, sexual e psicológica - e a ocorrência de distúrbios psíquicos menores em mulheres vítimas de violência.

➤ Específicos:

- Investigar se o tempo decorrido do último episódio de violência está associado com a presença de distúrbios psíquicos menores em mulheres vítimas de violência.
- Investigar se os efeitos dos diferentes tipos de violência - física, psicológica e sexual - para a saúde mental de mulheres vítimas de violência, são modificados pela presença de fatores sócio-demográficos como idade, ocupação, nível educacional e renda.

JUSTIFICATIVA

Conforme verificamos na literatura pesquisada, a violência contra a mulher nas suas variadas formas – física, psicológica e sexual - tem sido apontada como responsável por uma série de problemas de saúde, além de representar dias de vida perdidos para mulheres em idade produtiva e reprodutiva (Diniz, 1997). Os estudos que vêm sendo realizados nos últimos anos têm constatado tal relação, contribuindo para o surgimento e a criação de programas e serviços de atenção às vítimas, além de mudanças na legislação que vieram facilitar o acesso e garantir os direitos das mulheres enquanto cidadãs.

Entretanto, acreditamos que estes estudos ainda são insuficientes para demonstrar a gravidade e a magnitude do fenômeno para a saúde das mulheres, até porque muitas vítimas que recorrem às unidades de saúde vão buscar tratamento para problemas e sintomas clínicos, não havendo por parte do profissional responsável pelo atendimento uma preocupação em investigar a possível associação destes problemas com a violência. Ainda, quando há a exteriorização através de lesões provocadas por agressão física, existe a possibilidade da vítima negar o ocorrido atribuindo o fato a um acidente comum, fato decorrente de uma questão ideológica que busca a preservação da intimidade, uma vez que se trata quase sempre de violência perpetrada por parentes ou conhecidos.

Desta forma permanece a invisibilidade do fenômeno no setor saúde apresentando-se, não raras vezes, como estranho aos profissionais da área, mais acostumados com o tratamento de doenças e sua determinação social, atribuindo a responsabilidade pela intervenção a outras áreas de conhecimento como a Sociologia, Psicologia e ao Direito. Esta situação termina por afetar a área de gestão e planejamento na medida em que políticas de saúde voltadas para uma atenção mais efetiva à saúde das mulheres deixam de ser formuladas e muitas vezes apresentam-se aquém de suas reais necessidades. De acordo com o estudo de Porto et al (2003) há uma desarticulação entre as ações voltadas para as mulheres em situação de violência e as novas percepções sobre a saúde da mulher pautadas numa perspectiva de gênero, na medida em que o planejamento dessas ações está baseado em experiências anteriores que não apresentaram resultados satisfatórios.

Com essas considerações justificamos, assim, a realização deste projeto acreditando que este estudo possa contribuir para a identificação dos problemas de saúde que mais se relacionam com a violência contra as mulheres e conseqüentemente para a adoção de medidas mais efetivas na atenção às vítimas. Mudanças poderão acontecer em nível de políticas de saúde e de prevenção, que sejam capazes de garantir, de fato, um atendimento adequado às mulheres.

MARCO DE REFERÊNCIA

Minayo & Souza (1998) consideram a violência um fenômeno social de natureza multifacetária, sendo muitas as discussões, reflexões e debates na tentativa de compreender seus determinantes, estando permeados de preconceitos, ideologia e senso comum, dificultando, assim, a sua abordagem. Segundo as autoras, muitos são os conceitos apresentados sobre violência, sendo que alguns, baseando-se na sociobiologia ou na etologia que são teorias que subordinam as questões sociais às determinações da natureza, consideram-na como o resultado de necessidades biológicas, psicológicas e sociais. Representante típico desta corrente ideológica, Flores (2002) acredita que as contribuições da biologia, especialmente da genética do comportamento e da psicologia evolucionista para explicar a violência, não têm sido bem compreendidas pelas outras áreas do conhecimento. Segundo o autor, é impossível existir fenômenos sociais que não sejam mediados pelas mentes das pessoas e mesmo que a causa inicial de um processo de violência seja eminentemente social, a compreensão do que virá depois necessita levar em consideração os modelos de funcionamento da mente, pois situações como raiva e medo é que determinarão as respostas dos indivíduos neste ambiente. As autoras (Minayo & Souza, 1998) entretanto, entendem que tais teorias relacionam a agressividade à natureza humana e, portanto, os conflitos da vida social seriam de caráter “eterno e natural”, seja qual for a etapa do desenvolvimento histórico. De modo que Minayo (1999) compreende a violência como um problema social e histórico que deve ser estudado no contexto da sociedade que a produz, sendo sustentado por fatos políticos, econômicos e culturais e sob determinadas circunstâncias e, portanto, podem ser desconstruídos e superados. Assim, depreende-se que

haveria em cada sociedade uma definição predominante amparada por leis e políticas públicas sem necessariamente constituir-se na única forma de compreensão, podendo conceitos múltiplos conviver numa mesma sociedade (Pitanguy, 2003).

Chauí (1985) entende por violência uma realização determinada das relações de força, tanto em termos de classes sociais quanto em termos interpessoais. Ao invés de tomar a violência como violação e transgressão de normas, regras e leis, prefere considerá-la, sob dois outros ângulos. O primeiro como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Por outro lado, como uma ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa que se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio. Desse modo, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência.

Segundo Giffin (1994) a família organiza as relações sexuais entre gêneros determinando comportamentos adequados para homens e mulheres numa relação desigual de poder. Uma vez que as mulheres são socializadas em um papel de subordinação para com os homens, as diversas manifestações de violência que afetam ou comprometam suas vidas, acabam consideradas normais. No Brasil, durante muito tempo o assassinato cometido pelo marido contra a mulher acusada de infidelidade, era considerado justificável e ainda que o crime fosse praticado contra o suposto amante, especialmente se este pertencesse a uma classe inferior ao do agressor, o mesmo não seria punido, constatando-se que a idéia de justiça era construída tendo por base a classe social, o sexo e até mesmo a cor (Pitanguy, 2003).

Desta forma, as mulheres estariam mais sujeitas a serem agredidas por pessoas conhecidas e íntimas do que por desconhecidos, traduzindo-se numa violência constante que pode prolongar-se por muitos anos ou até por vidas inteiras. Assim, é importante que se investigue não só as formas que chamam atenção e são condenadas pela sociedade, mas aquelas situações não menos abomináveis, mas naturalizadas pela cultura que acabam sendo protegidas por ideologias e ou instituições consideradas respeitáveis como a família (Minayo, 1998; Scharaiber, 1999).

São comuns os questionamentos sobre as razões pelas quais as mulheres agredidas submetem-se a tal situação permanecendo ao lado dos agressores, sendo, muitas vezes, atribuídas a elas até mesmo a culpa pela violência. Para entender os motivos da suposta aceitação e passividade das mulheres, é necessário recorrer a uma análise do contexto social onde essas mulheres vivem sob a influência de um sistema de idéias e conceitos que as colocam em uma posição inferior ao sexo oposto. Azevedo (1986) acredita que a agressão praticada pelo homem contra as mulheres é muitas vezes negada e ocultada ou até mesmo justificada através de fatores individuais ou ambientais. Do ponto de vista individual, a culpa é transferida para a mulher, inocentando o agressor porque estava, por exemplo, sob o efeito do álcool, nervoso ou era portador de algum distúrbio mental ou, por outro lado, atribuindo o ato às questões sociais como o desemprego, as condições habitacionais, entre outros. Todas essas concepções são consideradas

pela autora como pseudo-científicas refletindo a ideologia machista que se serve da ideologia classista para atribuir a prática da violência contra a mulher às classes menos favorecidas.

Chauí (1985) fazendo uma análise sobre mulher e violência contextualizada na mitologia grega, apresenta duas concepções diferentes sobre um mesmo ser. Refere que de acordo com as lápides mortuárias as mulheres eram retratadas pelos pais, maridos e filhos não como se viam, mas como eram vistas por eles, cultuadas por serem “graciosas, laboriosas e respeitáveis” ou então, através dos textos históricos, são mencionadas como prostitutas, cortesãs, adúlteras, vistas ao mesmo tempo como causas dos crimes e criminosas. Concepções ambíguas onde a mulher ou é mantida na privacidade do lar, alheia à própria vontade ou, se introduzida no espaço público, é marginalizada, capaz de realizar as maiores atrocidades ou cometer atos insanos ou imprudentes. Segundo análise da mesma autora, a influência da cultura judaico-cristã também apresenta as imagens contraditórias de Eva e a Virgem Maria, a primeira responsável pelo Paraíso Perdido e a última imaculada na concepção, gerando comportamentos e práticas distintos de acordo com o pensamento e os interesses de cada época. Assim, a sexualidade que era vista como procriação foi sufocada na fase do primeiro milênio quando os cristãos acreditando no fim do mundo não viam motivo para a perpetuação da espécie humana. Já no início da Idade Média, as atitudes com relação à sexualidade eram extremamente variadas, a ponto do chamado casamento casto ser defendido para as classes dominantes, mas para as classes camponesas ser permitida a relação sexual antes do casamento como “teste” de fertilidade, condição necessária para garantir a reprodução da força de trabalho. Posteriormente, o casamento casto cede lugar ao casamento sem prazer, sob a afirmação de que o casamento com relações sexuais prazerosas era adultério, ficando as mulheres, portanto, a mercê do pensamento e das idéias de cada época e de cada sociedade.

Esses fatos, que apontam para as diferenças entre homens e mulheres, passaram a ser mais bem compreendidos a partir do movimento feminista que utilizou uma análise relacional com a categoria de gênero (Gebara, 2000). O termo de origem inglesa (gender) foi emprestado da gramática onde é usado para designar pessoas de sexo diferentes e coisas sexuadas, passando a distinguir atributos culturais que são direcionados ao homem ou à mulher (Heilborn, 1992). Trata-se, portanto, de uma categoria construída socialmente e diz respeito a convenções produzidas culturalmente, papéis, comportamentos e identidades envolvendo noções de “masculino” e “feminino”. Na análise da ciência social e feminista o termo “sexo” é definido e se refere a uma categoria biológica, pertinente à habilidade de reproduzir, enquanto que o conceito de gênero surgiu para mostrar que as diferenças entre homens e mulheres superam as características biológicas (Inhorn & Whittle, 2001). Apesar do significado do termo, observa-se que muitas vezes há uma tendência em utilizá-lo apenas em substituição a “sexo” sem que haja a exploração da sua real dimensão social o que acaba comprometendo as análises em torno das diferenças entre homens e mulheres.

Todavia, a inclusão do conceito de gênero em pesquisas epidemiológicas tem se tornado imperativa por ser considerada imprescindível para entender o contexto onde homens e mulheres adoecem ou são atingidos de forma diferenciada; entretanto outras categorias como raça e classe social também devem ser analisadas uma vez que atuam muitas vezes de forma sinérgica dentro de um mesmo contexto sócio-cultural (Krieger, 2000; Cooper, 2002). A discriminação sofrida pelas mulheres decorrente das diferenças de gênero certamente tende a ser reforçada pela diferenças raciais. A figura da mulher negra aparece desde os tempos da escravidão como a imagem personificada da sensualidade destinada a atender ao prazer sexual de seus senhores e mesmo quando forçada à prática do sexo, ainda assim era responsabilizada pelo ato (Carneiro, 2002). Não é de estranhar que ainda em nossos dias muitas mulheres vítimas da violência sexual relutem em registrar queixa, com receio de serem ainda mais humilhadas nas delegacias. Como descreve Freire (2002) costuma-se atribuir às negras a corrupção da vida sexual da sociedade brasileira, o que ele considera absurdo, uma vez não se tratar de uma vontade nem da negra nem da índia também subjugada, mas sim do sistema social e econômico a que estavam submetidas. Freire também atribui a este sistema a proliferação das doenças venéreas na sociedade brasileira e não aos negros, pois não raro muitas negras ainda virgens eram entregues a rapazes brancos já contaminados pela vida de luxúria em que viviam nas áreas urbanas. Desta forma, compreende-se como tais concepções acabam por influenciar as mulheres negras interferindo na sua auto-estima pela desvalorização da sua imagem e sendo desprovidas de outras qualidades que não fosse a capacidade de exercer os trabalhos domésticos e satisfazer sexualmente aos seus senhores numa relação imoral aos padrões da época, mas defendida pelo patriarcado. A mulher branca, ao contrário, é exaltada como a mulher ideal para casar e ter filhos e embora tratada com submissão mantida na privacidade do lar, acabava reproduzindo o autoritarismo a que estava exposta a ponto de agir com violência contra as suas escravas, movida pelo ciúme de tê-las como parceiras sexuais de seus maridos, mesmo se tratando de um relacionamento imposto pela escravidão (Carneiro, 2002).

Nem a abolição, nem as mudanças sociais, políticas e econômicas permitindo a participação das mulheres na vida em sociedade impediram que esta inclusão ocorresse de forma discriminatória. Hoje, embora estudos venham comprovando a participação ativa das mulheres como provedoras do lar, assumindo a função antes outorgada aos homens como chefes de família (Macêdo, 2001), elas continuam ocupando um lugar inferior em relação aos homens, recebendo baixos salários, ainda que exercendo as mesmas funções e expostas aos mesmos riscos (Brito, 2000; Goldenberg et al, 1989). Por outro lado, a inclusão das mulheres no mercado de trabalho não as excluiu das atividades do lar, pelo contrário fez com que assumisse uma multiplicidade de papéis que pode trazer prejuízos para o seu bem-estar psicológico. Esta situação acaba resultando em achados como os de Santana et al (2001) que discordam de que mulheres que trabalham têm melhor saúde mental do que donas de casa, embora acrescentem que o efeito prejudicial do emprego sobre a saúde ocorre quando a qualidade desse emprego é baixa. Assim, Possati e Dias (2002) acreditam que a teoria de que as mulheres deveriam permanecer em seus papéis tradicionais

para preservarem a saúde cede lugar a estudos que comprovam benefícios entre mulheres que trabalham comparadas àquelas que não possuem um trabalho remunerado. Segundo os autores, mulheres que possuem um emprego conseguem superar situações estressantes com mais facilidade, além de que são mais independentes economicamente, podendo contar ainda com a ajuda de colegas de trabalho em momentos de dificuldades. Em caso de violência, ter um emprego pode fazer a diferença, pois se estima que as mulheres terão maior condição de resistência e enfrentamento (Martin, 2001).

Possati e Dias (2002), entretanto, associam a relação positiva entre trabalho e bem estar também a outros fatores, a exemplo do nível de escolaridade que é considerado um dos requisitos para se conseguir um bom emprego e capacitar o indivíduo para agir e tomar decisões, confirmando os achados de Santana et al (2001) que a educação é um importante fator de mediação entre trabalho, família e saúde da mulher.

Com base nas referências teóricas pesquisadas propõe-se um modelo gráfico da violência contra a mulher (figura 1) identificando fatores que se acham imbricados em um processo dinâmico, onde a causa e o efeito apresentam-se de maneiras variadas a depender do contexto e da sociedade que os produzem. Desta forma, a violência de gênero pode apresentar-se de formas diferentes e estas por sua vez podem acarretar efeitos diversos.

Entre as formas de violência de gênero praticadas estão as agressões físicas, sexuais e psicológicas. As agressões físicas apresentam-se através de golpes de diversas intensidades, com as mãos ou com instrumentos e armas, queimaduras; tentativas de enforcamento, de sufocação e outros. A violência sexual que busca o domínio do corpo e da vontade das pessoas manifesta-se pelo abuso, pelo assédio ou pelo estupro. Já a violência psicológica, manifesta-se através de ofensas, gritos, humilhações, chantagens, desvalorização, ameaças de tipo econômico e emocional e pelo controle do que as mulheres dizem ou do que fazem. (Minayo, 1999; Corsi, 1997)

Qualquer uma dessas práticas, seja a violência física ou psicológica, podem acarretar conseqüências desastrosas para a vítima, ou seja, podem resultar em lesões graves e em morte (Azevedo, 1993). Porém tais conseqüências constituem-se apenas o final de uma trajetória marcada por sofrimento e dor nem sempre exteriorizada de maneira tão visível. Conforme pudemos observar em nossa experiência na qualidade de profissional de uma unidade de urgência e emergência, mulheres que vivem situação de violência freqüentemente apresentam quadros de ansiedade e outros distúrbios psicossomáticos que muitas vezes são erroneamente diagnosticados e interpretados de forma pejorativa por parte do profissional que considera a queixa apresentada pela mulher como algo fantasioso ou com o objetivo de chamar a atenção. Desta forma, a suspeita de uma situação de violência jamais é cogitada.

Estudos, entretanto, têm constatado uma maior prevalência de doenças mentais em mulheres, superior a dos homens e, embora existam discordâncias quanto a este resultado, ainda há um forte consenso na literatura que confirma as diferenças entre homens e mulheres para ansiedade, depressão e somatização (Coutinho et al, 1999). Estes mesmos autores consideram que os diferentes conceitos e

métodos referentes ao diagnóstico dos chamados distúrbios não psicóticos têm trazido uma série de dificuldades para distinguir quadros de depressão, ansiedade e somatização, levando muitas investigações a utilizarem a categoria diagnóstica mais ampla denominada morbidade psiquiátrica menor ou distúrbios psíquicos menores que incluiriam, portanto, sintomas ansiosos, depressivos e somatoformes. Estudando a associação entre tais distúrbios e prováveis fatores de risco como gênero e etnia, Almeida Filho et al (2004) encontraram maior ocorrência de depressão entre as mulheres, sendo tal constatação atribuída a fatores sociais e influências culturais. Por sua vez, Wise et al (2001) a partir dos dados de seus estudos, sugerem uma associação positiva entre violência sofrida na infância ou adolescência e maior desordem depressiva em mulheres na vida adulta.

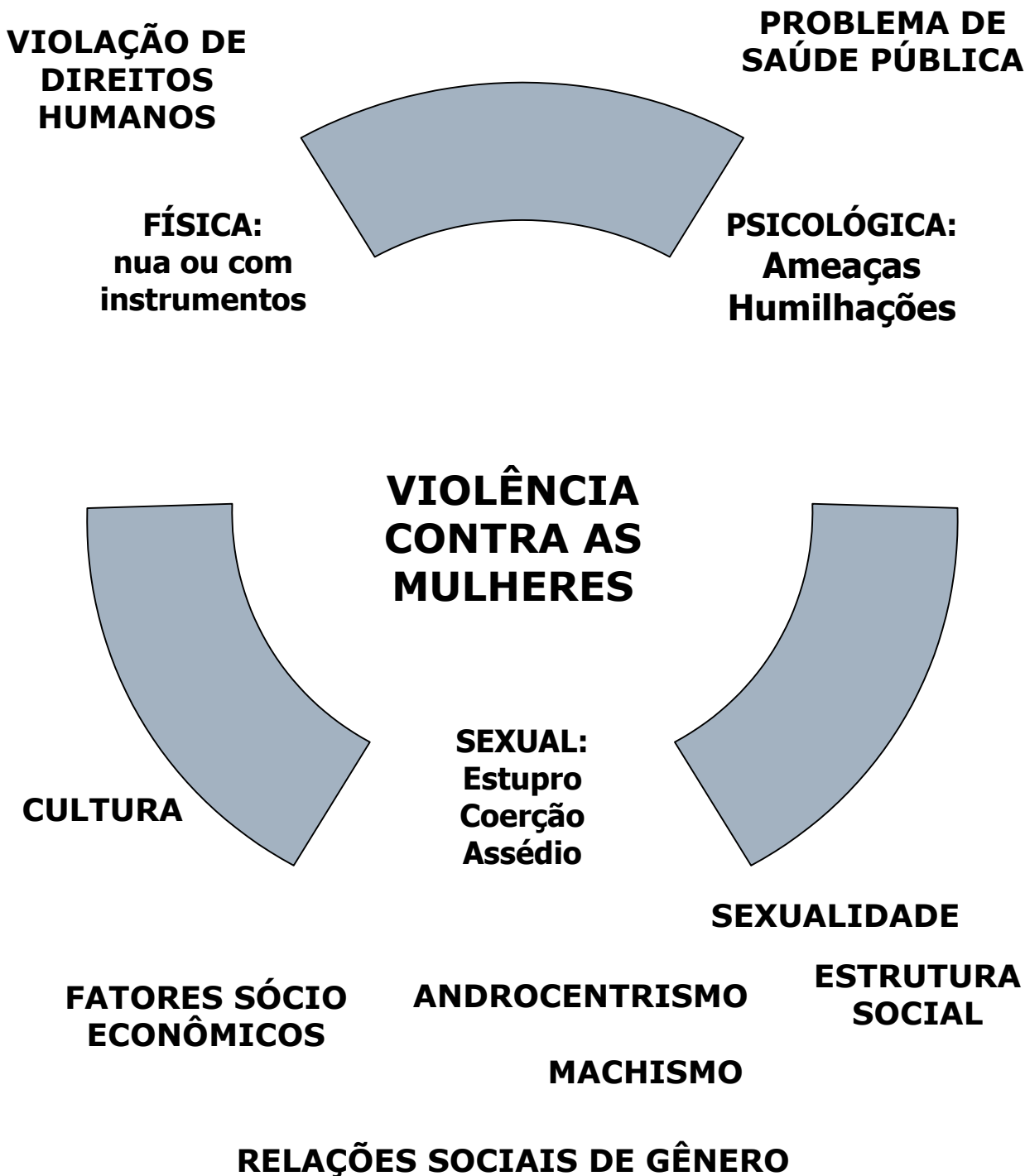
Segundo Lorençatto et al (2002) a depressão é muitas vezes mal diagnosticada e mal tratada, podendo ser classificada como leve, moderada ou grave a depender da frequência e da intensidade de sintomas tais como: humor deprimido, diminuição acentuada no interesse e no prazer por atividades anteriormente satisfatórias, fadiga, pensamento de morte, entre outros. Estes mesmos autores constataram a prevalência de depressão de intensidade variadas em 92% de mulheres com diagnóstico comprovado de endometriose e presença de dor pélvica crônica há pelo menos seis meses, problemas que também têm sido associados à violência contra as mulheres.

Desta forma, levando em consideração que a violência constitui-se em um fenômeno que emerge de questões sócio-culturais e que muitas delas têm estado presentes em estudos sobre a saúde das mulheres, acreditamos que a investigação sobre violência deveria ser considerada, não como consequência de distúrbios psiquiátricos, mas como variável de exposição na rede causal de diversos problemas de saúde que as afetam.

HIPÓTESES DESTE ESTUDO:

- A ocorrência de distúrbios psíquicos menores em mulheres vítimas de violência está associada com o tipo e a intensidade do agravo.
- Mulheres que sofreram violência há menos de um ano apresentam maior ocorrência de distúrbios psíquicos menores do que aquelas que passaram pelo problema há mais de um ano.
- Mulheres que apresentam grau de severidade da violência maior estão mais propensas a apresentarem distúrbios psíquicos menores.
- Distúrbios psíquicos menores em mulheres vítimas de violência costumam apresentar-se de maneira mais intensa entre as que não reagem ou não buscam ajuda de outras pessoas comparada com aquelas que o fazem.

Figura 1: Modelo gráfico explicativo da violência contra as mulheres



METODOLOGIA:

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal. A população de referência compõe-se de mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos que buscaram atendimento de saúde em um hospital de emergência de Salvador. Para o estudo recorreu-se à amostra por conglomerado, tendo

como unidade de conglomerado, o período do dia (madrugada, manhã, tarde e noite) e sendo realizada em dois estágios. Inicialmente selecionou-se aleatoriamente 60 dias com um total de 240 períodos. Em seguida, assumindo uma prevalência de violência física entre dados levantados durante uma semana (22 a 28 de abril de 2001) em torno de 32%, erro aceitável de no máximo 20% e confiança de 95%, o número de conglomerados selecionado ficou em 47. O tamanho da amostra final foi a soma de mulheres entrevistadas no período. O sorteio dos conglomerados foi feito de forma sistemática onde o intervalo de amostragem foi dado por: $K = N/n$, ou seja, $K = 240/47 \cong 5$. O início casual foi o primeiro período dos 240, seguindo-se o procedimento de 5 em 5, ou seja, dia 1º (madrugada) dia 2 (manhã) dia 3 (tarde) dia 4 (noite) dia 6 (madrugada) e assim sucessivamente.

Elegeram-se como local para seleção dos casos, os serviços de Triagem e de Sutura, que via de regra são as portas de entrada dos pacientes na unidade. Foram elegíveis para a pesquisa as mulheres que eram admitidas e efetivamente atendidas durante cada período selecionado, sendo excluídas do estudo as usuárias que já tivessem sido entrevistadas em período anterior do próprio estudo, retornando à unidade para nova consulta. O acesso da usuária à unidade era controlado por meio de consultas ao setor de registro quando se identificava o tipo de atendimento que demandava – clínico ou traumatológico - e conseqüentemente qual o setor onde o mesmo seria dado.

A produção de dados se deu através de entrevista face a face com as usuárias, aplicando-se um questionário elaborado a partir do instrumento já testado e validado no Brasil, “Abuse Assessment Screen” (Richenheim et al., 2000) e que estava dividido em três partes e subdividido em blocos (anexo 1). A primeira parte era aplicada com as mulheres que se encontravam na faixa etária já referida e que buscaram atendimento na unidade nos períodos selecionados. Esta parte visava identificar a população de estudo, ou seja, mulheres que tinham sofrido algum tipo de violência na vida (física, sexual ou psicológica). As mulheres que respondiam afirmativamente a uma das perguntas da primeira parte do questionário eram selecionadas para responder a segunda parte apenas aplicada com a população de estudo. A terceira parte do questionário tinha por objetivo coletar dados acerca do atendimento na unidade de saúde e foi preenchida posteriormente pela própria pesquisadora, através da análise de prontuário. Para complementação do estudo foi utilizado ainda o SRQ-20 - Self Reporting Questionnaire – (Almeida, 1999) com o objetivo de investigar a presença de distúrbios psíquicos menores entre as vítimas de violência. Trata-se de um instrumento contendo 20 questões com alternativas de sim ou não, relativas às quatro últimas semanas anteriores à entrevista. O SRQ foi recomendado pela Organização Mundial de Saúde para estudos comunitários e em atenção primária à saúde, tendo sido validado no Brasil por Mari et al

em sensibilidade e especificidade, mostrando-se superior à própria investigação clínica no que se refere à capacidade de identificar os casos (Lima et al, 1999).

No trabalho de campo, participaram pesquisadoras auxiliares que se revezavam por turno, sendo duas para o período diurno e noturno e uma para o período da madrugada. Foi feito um recrutamento dando-se preferência a profissionais da própria unidade sensibilizadas e com habilidades para abordar de forma conveniente a usuária, podendo orientá-la e encaminhá-la a outros serviços de atenção às vítimas de violência, quando necessário. Foram escolhidas assistentes sociais que já trabalhavam no setor de emergência da unidade e que receberam orientações acerca da pesquisa através de reuniões com a pesquisadora.

O trabalho de campo aconteceu no período de 16 de outubro a 12 de dezembro de 2001, sendo antecedido por um pré-teste do questionário e por um estudo piloto nos dias 1º a 4 de agosto do mesmo ano, findos os quais o instrumento foi reavaliado e reformulado. Ao término do trabalho de campo os dados foram digitados utilizando-se o programa Epi Info versão 6.0 para constituição da base de dados. Para análise dos dados utilizar-se-á o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 11.0, após a revisão da digitação, verificando a consistência dos dados para detectar incoerências a serem corrigidas a partir de consultas aos documentos de coleta originais de campo.

Apesar deste tipo de estudo não permitir a análise de risco, sabe-se que é possível testar a existência de associações de frequência entre os dois eventos aqui classificados como doença e exposição – distúrbios psíquicos menores e violência. Trata-se, pois de um estudo confirmatório com teste de hipótese, iniciando-se com a análise estratificada a fim de avaliar a existência das possíveis variáveis modificadoras de efeito e de confundimento.

A partir da análise estratificada, será feita uma recategorização de variáveis reagrupando-as de acordo com a relevância de seus resultados e adequando-as ao tipo de análise que se deseja realizar. Neste trabalho será utilizada a análise multivariada com o uso de regressão logística a fim de avaliar o efeito simultâneo das variáveis de estudo.

Levando em consideração que uma mesma pessoa poderá sofrer um ou mais tipos de violência e que esta situação pode determinar níveis de gravidade, serão criados indicadores que estabeleçam graus de intensidade do evento a partir das seguintes categorias: leve, moderado, grave. Os efeitos da violência sobre a saúde da mulher também poderão ser avaliados observando-se o tempo decorrido do último episódio expresso em dias, meses e anos, mas que poderá dar origem a duas novas categorias: até um ano e mais de um ano.

Para testar as diferenças entre proporções será utilizado o teste de qui quadrado, estabelecendo, assim, o nível de significância das variáveis. Como medidas de associação, serão calculadas a razão de prevalência e o Odds Ratio, com respectivos intervalos de confiança a 95%.

Atendendo aos princípios éticos que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto foi previamente analisado e aprovado por um comitê de ética em pesquisa. Através do consentimento livre e esclarecido, buscou-se a anuência dos sujeitos que eram informados sobre os objetivos, métodos e possíveis benefícios do estudo. Ao mesmo tempo, foram garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações. Em alguns casos, devido às condições físicas e emocionais da paciente e em respeito à sua vontade que preferia não lembrar de episódios vividos no passado, algumas questões do instrumento de coleta deixaram de ser respondidas. Quando era detectado algum caso de violência atual, as assistentes sociais entrevistadoras prestavam apoio psicossocial e ao mesmo tempo sinalizavam os recursos disponíveis na comunidade para enfrentamento do problema.

DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

Variáveis Principais:

1 - Distúrbios psíquicos menores (variável dependente): sintomas como ansiedade e depressão, considerando-se uma pessoa como possível caso as que alcançarem a pontuação de sete ou mais respostas afirmativas do SRQ-20.

2 - Violência física (variável independente): Ação ou omissão que coloque em risco ou cause dano à integridade física de uma pessoa. Pode ser praticada com o próprio corpo ou com o auxílio de instrumentos (armas, objetos, substâncias corrosivas etc). Estas formas irão determinar a intensidade com que a violência é praticada, atribuindo-se uma classificação.

3 – Violência sexual (variável independente): Ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual ou a participar de relações sexuais com uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule ou limite a vontade pessoal. Neste estudo será considerado o sexo feito contra a vontade, a exemplo da coerção sexual comum entre mulheres que fazem sexo apenas para agradar o marido ou companheiro, o sexo com medo em que há um receio por parte da mulher em recusar prevendo uma reação violenta por parte do parceiro e o sexo humilhante que seria a realização de alguma prática considerada pela mulher como ultrajante.

4 – Violência Psicológica (variável independente): Ação ou omissão destinada a degradar ou controlar as ações comportamentos, crenças e decisões de outras pessoas por meio de intimidação, manipulação, ameaça direta ou indireta, humilhação, isolamento ou qualquer outra conduta que implique prejuízo à saúde psicológica, à autodeterminação ou ao desenvolvimento pessoal. Os tipos abordados neste estudo foram: ameaça, humilhação, xingamento, ofensa e intimidação.

Co-variáveis:

Quadro I

Características sócio-demográficas	Definição
Idade	Idade em anos de <u>15 a 49</u> , distribuída em três faixas etárias: <u>15 a 24 anos</u> , <u>25 a 34 anos</u> e <u>35 a 49 anos</u> .
Ocupação	Atividade desenvolvida pela usuária, classificada em: <u>empregada com carteira assinada</u> ; <u>empregada sem carteira assinada</u> ; <u>dona-de-casa</u> ; <u>desempregada</u> ; <u>autônoma</u> e <u>outras</u> .
Cor	Classificação auto referida da cor da pele de acordo com os seguintes tipos: <u>branca</u> , <u>preta</u> , <u>parda</u> e <u>outras</u> .
Renda	Renda familiar classificada em três níveis de acordo com o salário mínimo de cento e oitenta reais, vigente na época: <u>menos de um salário mínimo</u> , de <u>um salário a três salários mínimos</u> e <u>acima de quatro salários mínimos</u> .
Religião	Tipo de prática religiosa: <u>católica</u> , <u>evangélica</u> , <u>sem religião</u> , <u>espírita</u> .
Nível de Escolaridade	Maior nível educacional alcançado pela usuária, classificado em três níveis: <u>baixo</u> (não alfabetizadas, semi-alfabetizadas e alfabetizadas) <u>médio</u> (ensino fundamental) e <u>alto</u> (ensino médio e superior).
Situação Conjugal	Classificado como <u>solteiras</u> , incluindo viúvas e desquitadas ou <u>unidas</u> referindo-se às casadas ou que possuem companheiro
Tipo de união	Característica da relação conjugal: casamento <u>civil</u> ; casamento <u>religioso</u> ; casamento <u>civil e religioso</u> ; união <u>não oficial</u>
Tempo de união	Período de tempo que está casada ou unida, expresso por dia, mês ou ano.

Quadro II

Características do agressor	Definição
<p>Quanto ao sexo</p> <p>Quanto a relacionamento</p> <p>Idade</p> <p>Escolaridade</p> <p>Ocupação</p>	<p>Se <u>homem</u> ou <u>mulher</u></p> <p>Se <u>marido, companheiro ou namorado</u>, sendo incluídos também ex relacionamentos; <u>parente</u>, inclusive pai e mãe; <u>conhecido</u>; <u>desconhecido</u>.</p> <p>Idade em anos <u>até 19 anos</u>; <u>20 a 29 anos</u>; <u>30 a 39 anos</u>; <u>40 a 49 anos</u>; <u>50 anos ou mais</u></p> <p>Maior nível educacional alcançado pelo agressor, classificado em três níveis: <u>baixo</u> (não alfabetizados, semi-alfabetizados e alfabetizados) <u>médio</u> (ensino fundamental) e <u>alto</u> (ensino médio e superior).</p> <p>Atividade desenvolvida pela pessoa que agrediu classificada em: <u>empregada com carteira assinada</u>; <u>empregada sem carteira assinada</u>; <u>autônoma</u>, <u>empregadora</u>; <u>outros</u>; <u>não sabe</u>.</p>

Quadro III

Enfrentamento da Violência	Definição
<p>Reação e tipo de defesa por parte da vítima</p> <p>Motivo da violência</p> <p>Compartilhamento</p>	<p>Comportamento da vítima diante da agressão e tipo de reação:</p> <p>a) nunca reagiu; reagiu uma ou duas vezes; reagiu algumas vezes; reagiu todas às vezes</p> <p>b) reagiu fisicamente ou reagiu verbalmente</p> <p>Tipo de situação que costuma levar à violência: sem motivos, alcoolismo, drogas, desemprego, dinheiro, ciúmes, recusa de sexo, outros.</p> <p>a) Pessoas com quem a vítima tenha conversado sobre a violência sofrida: ninguém, amigos, pais, policial, outros</p> <p>b) Pessoas que tenham tentado ajudar a vítima: ninguém, amigos, pais, outros.</p> <p>c) Instituições que foram procuradas pelas vítimas: Delegacia da Mulher; outras delegacias; hospitais e centros de saúde; outros.</p> <p>d) Número de pessoas que convive com a vítima .</p>

Quadro IV

Lesões sofridas	Definição
Relato de lesões	Questão relacionada com a ocorrência de lesões decorrentes de violência, com duas alternativas de resposta: sim ou não
Tempo decorrido da lesão	Tempo decorrido desde a última vez que sofreu a lesão: dias, semanas, meses e anos.
Tipo de lesão	Tipo de lesão sofrida: cortes ou perfurações leves ou profundas, queimaduras, fraturas etc.

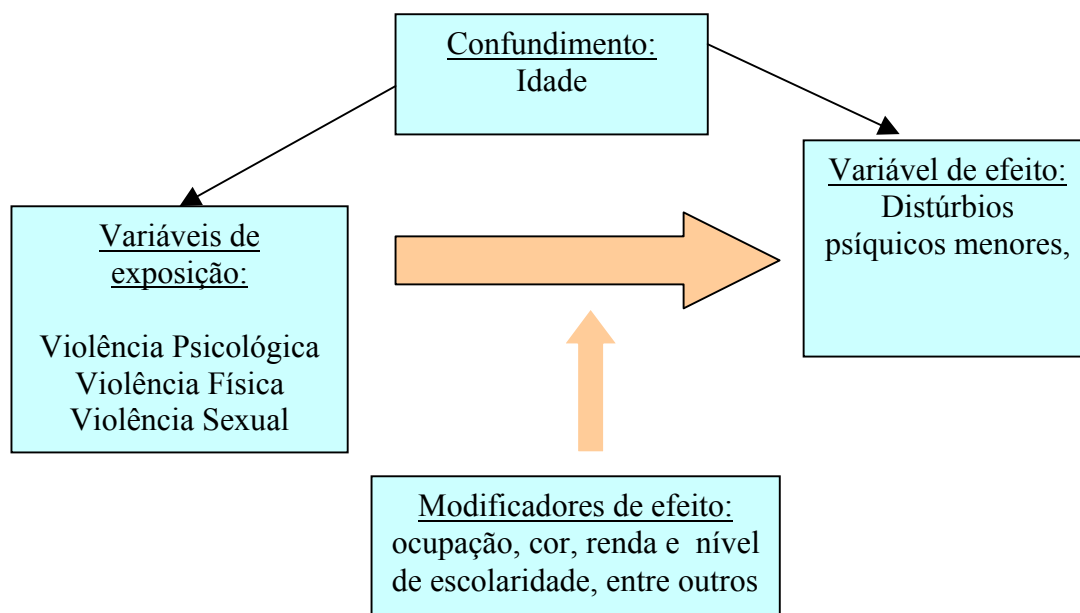
Quadro V

Saúde e Serviços	Definição
Saúde auto-referida	Percepção da vítima com relação à própria saúde: excelente; boa; regular; fraca; muito fraca.
Problemas de acessibilidade aos serviços de saúde	Dificuldades enfrentadas pelas vítimas nos últimos 12 meses na procura de atendimento médico: distância; falta de dinheiro; transporte; longa espera; falta de vaga; falta de tempo; desconhecimento do local e outros

Quadro VI

Percepções da usuária baseadas em uma perspectiva de Gênero	Definição
<p>Razões para um homem bater em uma mulher</p> <p>Obediência ao marido</p> <p>Interferência de fora da família</p>	<p>Opinião pessoal da vítima quanto a situações que possam justificar um homem bater em uma mulher: quando a mulher não realiza os trabalhos domésticos para ele; ela o desobedece; recusa relações sexuais; pergunta se ele tem outras namoradas; suspeita de infidelidade ou descobre que ele é infiel; outros; nenhum motivo.</p> <p>Opinião por parte da usuária quanto à mulher, para ser uma boa esposa, obedecer ao marido mesmo discordando dele, com três alternativas: concorda, discorda e não sabe.</p> <p>Opinião por parte da usuária quanto a outras pessoas de fora da família interferirem em caso de um homem maltratar a sua esposa. Com três alternativas: concorda, discorda e não sabe.</p>

Variáveis baseadas na análise de prontuário	Definição
<p>Diagnóstico</p> <p>Procedimentos e serviços</p>	<p>Baseando-se na Classificação Internacional das Doenças – CID 10^a revisão foi emitido um diagnóstico com base nos registros médicos que foi classificado em grandes grupos de causa: sintomas e achados anormais, doenças do aparelho respiratório, causas externas, doenças do aparelho geniturinário, transtornos mentais e comportamentais, doenças do sistema nervoso, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho digestivo e outros.</p> <p>Diz respeito aos procedimentos realizados e serviços utilizados pela usuária durante o tempo de permanência na unidade. Além da consulta, incluímos o uso de medicações, exames laboratoriais, raios X, tomografia computadorizada, ultra-som, pequenas e grandes cirurgias entre outros.</p>



RESULTADOS PRELIMINARES:

No total foram 701 mulheres entrevistadas, sendo que 46% referiram sofrer ou já ter sofrido algum tipo de violência na vida. A violência física foi referida por 36,5% das mulheres, sendo que 44,8% nos últimos 12 meses. Já a violência sexual, foi detectada em 18,6%. A violência psicológica, muitas vezes mais difícil de ser identificada, por não deixar marcas visíveis, foi expressa de maneiras variadas sendo as mais comuns ofensas com 22,3% e xingamentos com 19,5%. Conforme verificamos em nosso estudo já publicado (Silva, 2003) em anexo, embora a unidade de saúde onde foi realizada a pesquisa constitua-se em uma referência para o tratamento de traumas, apenas pouco mais de 20% dos atendimentos das mulheres que referiram algum tipo de violência na vida, deram-se em decorrência de causas externas, predominando, portanto, as chamadas causas clínicas. Associações estatisticamente significantes foram encontradas na relação entre diagnóstico médico e violência física ($p=0,000$).

ATIVIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Entrega do projeto	X											
Revisão do projeto	X	X	X	X	X	X						
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X				
Exame de Qualificação				X								
Análise dos dados	X	X	X	X	X	X	X	X				
Elaboração da dissertação em forma de artigo		X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Defesa da Dissertação												X

- 1-ALMEIDA, O. P., 1999. Sintomas psiquiátricos entre pacientes com demência atendidos em um serviço ambulatorial. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 57(4):937-943.
- 2-ALMEIDA-FILHO, N. LESSA, I. MAGALHÃES, L. ARAÚJO, M.J., AQUINO, E. JAMES, S.A. KAWACHI, I., 2004. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity and social class. *Social Science & Medicine* 59: 1339-1353.
- 3-ANGULO-TUESTA, A. J., 1997. *Gênero e violência no âmbito doméstico: A perspectiva dos profissionais de saúde*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública.
- 4- AZEVEDO, M.A., 1993. Notas para uma teoria crítica da violência familiar contra crianças e adolescentes. In AZEVEDO, Maria Amélia, GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo (org.). *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento*. São Paulo, Cortez.
- 5-AZEVEDO, M.A., 1986. Mulheres espancadas/ violência denunciada: Repensando a problemática. *Temas IMESC. Sociedade Direito e Saúde*, 3:129-149.
- 6-BRITO, J.C., 2000. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. *Cadernos de Saúde Pública* 16(1):
- 7-CAMPBELL, J.C., 2002. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 359: 131-136.
- 8-CARNEIRO, S, 2002 – Gênero e Raça In: BRUSCHINI, C & UNBEHAUM, SG *Gênero, democracia e sociedade brasileira*, São Paulo, p. 167-193.
- 9-CHAUÍ, M – “Participando do Debate sobre Mulher e Violência” – In: CHAUI, M at al “*Perspectivas Antropológicas da Mulher*” Rio de Janeiro, Zahar, 1985, 25-62.
- 10-COHEN, MM & MACLEAN, H, 2004 Violence against canadian women. *Bio Med Central Women’s Health*, 4(1): S22.
- 11-COKER, A. L.; DAVIS, K.E. ARIAS, I.L.; DESAI, S. SANDERSON, M; BRANDT, H.M.; SMITH, P.H., 2002. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(4): 260-268.
- 12-COOPER, H., 2002. Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. *Social Science & Medicine*, v. 54, p. 693-706.
- 13-CORSI, J., 1997. *Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar. Violencia familiar: Una mirada interdisciplinaria sobre un grande problema social*, p. 15-64.

- 14- COUTINHO, E.S.F.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J.J., 1999. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica* 26 (5) 15 páginas.
- 15-DESLANDES, S.F., 1999. O Atendimento às vítimas de violência na emergência: “Prevenção numa hora dessas?” . *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1):81-94.
- 16-DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; SILVA, C.M.F.P., 2000. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher, atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 16:129-137.
- 17-DINIZ, S.G., 1997. A violência de gênero como questão de saúde. *Jornal da Rede Saúde*, 14:7 e 8.
- 18- D’OLIVEIRA, A F. P.L. & SCHRAIBER, L.B, 1999. Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação de profissionais. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, 19.
- 19-DUNKLE, K.L.; JEWKES, R.K.; BROWN, H.C.; YOSHIHAMA, M.; GRAY, G.E. MCINTYRE, J.A.; HARLOW, S. D., 2004. Prevalence and patterns of gender-based violence and revictimization among women attending antenatal clinics in Soweto, South America. *American Journal of Epidemiology* 160:230-239.
- 20- FLORES, R.Z., 2002. A biologia na violência. *Ciência e Saúde Coletiva* 7(1)197-202.
- 21-FREYRE, G, 2002 *Casa-grande & senzala: introdução à história da sociedade patriarcal no Brasil-1* 46ª edição p. 343-363.
- 22-GEBARA, I., 2000. *Rompendo o Silêncio: uma fenomenologia feminista do mal*. Petrópolis: Vozes. 261 pág.
- 23-GIFFIN, K., 1994. Violência de gênero, Sexualidade e Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 10(1): 146-155.
- 24- GOLDENBERG, P.; MEDRADO, M.A. & PASTERNOSTRO, M.A.N.,1989. A violência contra a mulher: uma questão de saúde.In: LABRA, M.E. (Org) *Mulher , Saúde e Sociedade no Brasil*. Petrópolis, Vozes, págs. 185-200.
- 25- GONZALEZ, R.A. & LLANES, GD, 2000. Un Enfoque teórico-metodológico para el estudio de la violencia. *Revista Cubana Salud Publica* 24(2):85-90.
- 26-GOMES, R., 2003. “A mulher em situações de violência sob a ótica da saúde”, in: MINAYO, MCS e SOUZA, ER de – *Violência sob o olhar da saúde: a infra política da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ . p 192-222.
- 27-HEILBORN, M.L., 1992. Fazendo gênero? A antropologia da mulher no Brasil. In: COSTA, A.de O. & BRUSCHINI, C. *Uma Questão de Gênero*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. Págs. 93-126.

- 28-HEISE, L.; PITANGUY, J & GERMAIN, A., 1994. "Violence Against Women. The Hidden Health Burden. Washington. D.C.: *World Bank Discussion Papers 225*
- 29-HOU, W-L; WANG, H-H; CHUNG, H-H., 2004. "Domestic violence against women in Taiwan: their life-threatening situations, post-traumatic-responses, and psycho-physiological symptoms" – *International Journal of Nursing Studies*.
- 30-INHORN, M.C.; WHITTLE, K.L., 2001. Feminism meets the "new" epidemiologies: toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women's health. *Social Science & Medicine*, v 53, p.553-567.
- 31-ISLAM, M; ALI, M; FERRONI, P; UNDERWOOD, P; ALAM, F, 2003. "Prevalence of psychiatric disorders in an urban community in Bangladesh". *General Hospital Psychiatry 25*: 353-357.
- 32-JONG, L.C., 2000. *Perfil Epidemiológico da Violência Doméstica Contra a Mulher em Cidade do Interior Paulista*. Dissertação de mestrado, São Paulo: Departamento de Saúde Materno Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- 33-KRIEGER, N., 2002. Discrimination and health. In: BERKMAN, L. F. & KAWACHI, I. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press. p. 36-75.
- 34-LIMA, M.S.; SOARES, B.G.O.; MARI, J.J., 1999. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Revista de Psiquiatria Clínica 26* (5) 18 páginas.
- 35- LORENÇATO, C; VIEIRA, M.J.N.; PINTO, C.L.B. & PETTA, C.A., 2002. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. *Revista da Associação Médica Brasileira 48*(3):
- 36-MACÊDO, M.S., 2001 Tecendo o fio e segurando as pontas: mulheres chefes de família em Salvador In: BRUSCHINI, C & PINTO, CR *Tempos e lugares de gênero* p. 53-83.
- 37-MARTIN, F.M., 2001. La violencia en la pareja. *Revista Panamericana de Salud Pública, 5*: 245-258.
- 38-MAZZA, D, DENNERSTEIN, L, RYAN, VICKY, 1996 Physical, sexual and emotional violence against women: a general practice-based prevalence study. *Medical Journal of Australia 164*: 14-17.
- 39-MENEGHEL, S.N. et al, 2000. Mulheres cuidando de mulheres: um estudo sobre a Casa de Apoio Viva Maria, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública 16*(3):747-757.
- 40-MILLS, L.D.; HILLS, T.J.; TALIAFERRO, E. ZIMBLER, A; SMITH, D., 2003. The prevalence of female-to-male intimate partner violence an urban emergency department. *The Journal of Emergency Medicine 25*(2): 215-218.

- 41-MINAYO, MCS, 1999 .Violência contra a mulher, problema de saúde pública [on line] www.fiocruz.br/ccs/mulher.htm [capturado em 01/04/01].
- 42- MINAYO, M.C.S. & GOMES, C.M.,2003. Dífceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G. & GOMES, M.H.A. *O Clássico e o Novo; Tendências e Objetos e Abordagens em Ciências Sociais e Saúde*.
- 43-MINAYO, MCS & SOUZA, E.R., 1998 – “Violência e Saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva” – *História, Ciências e Saúde* Vol. IV (3):.513-531
- 41-MINAYO, MCS & SOUZA, ERS, 1999 .É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1):7-32.
- 42-MINAYO, MCS, 1994 “A violência social sob a perspectiva da saúde pública” *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10(supl. 1)07-18.
- 43-NIXON, RDV; RESICK, PA; NISHITH, P, 2004. “An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder” - *Journal of Affective Disorders* 82 : 315-320.
- 44-ORTEGA, L.R.; PEREZ, I.R.; CASTAÑO, J.P.; LOPEZ-ABISAB, S.B.; LOZANO, D.R.; VINUESA, L.G.; BARRANCO, J.M.; RUIZ, G; BARRERA, M.A. RALLO, B.L.; HIDALGO, A.; MOLINA, C., 2004. “ Intimate Partner Violence as a factor associated to health problems”. *Attention Primaria* 34(3):117-27.
- 45- PERES, M.F.T., 2001. *O Perigo na Vida Cotidiana: Um Estudo da Relação entre Doença Mental e Comportamento Violento em uma Comunidade Litorânea da Bahia*. Dissertação de mestrado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 264 páginas.
- 46-PITANGUY, J., 2003. Violência de gênero e Saúde: Interseções. In: BERQUÓ, E.. *Sexo e Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil*, p. 319-337
- 47- PORTO, M.; MCCALLUM, C.; SCOTT, R.P. & MORAIS, H.M.M., 2003. A saúde da mulher em situação de violência: representações e decisões de gestores(as) municipais do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 19(2):243-252.
- 48-POSSATI, I.C. & DIAS, M.R., 2002. Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos sobre o bem estar psicológico. *Psicologia, Reflexão e Crítica* 15(2):293-301.
- 49-RODRIGUEZ, J.C.R. & GUERRA, M.C.P., 1996. Mujeres de Guadalajara y violencia doméstica: Resultados de un estudio piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(3): 405-409.
- 50-REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. & HASSELMANN, M.H., 2000. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Revista de Saúde Pública*, 34:610-616.

- 51-SANTANA, V.S.; LOOMIS, D.P.; NEWMAN, B, 2001. Housework, paid work and psychiatric symptoms. *Revista Saúde Pública* 35(1): 16-22.
- 52-SCHRAIBER, L.B. & D'OLIVEIRA, A F. L. P.,1999. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 5: 11-26.
- 53-SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANÇA Jr.,I & PINHO, A. A., 2002. Violência contra a mulher; estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 36: 470-477.
- 54-SCHARAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; STRAKE, S.S. & LIBERMAN, M.D., 2001. Violência contra mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? *Dossiê Saúde* (51): 104-113.
- 55-SILVA, I.V., 2003. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2):263-272.
- 56-SUAREZ , M & BANDEIRA, L, 2002 A politização da violência contra a mulher e o fortalecimento da cidadania In: BRUSCHINI, C & UNBEHAUM, SG *Gênero, democracia e sociedade brasileira*, São Paulo, p. 295-320.
- 57-TAVARES, D.M.C., 2000. *Violência Doméstica: Uma Questão de Saúde Pública*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 113 páginas.
- 58- TJADEN, P. & THOENNES, N., 2000. Full Report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women. Findings from the national violence against women survey.
- 59- WISE, A.L.; ZIERLER, SALLY; KRIEGER,N.; HARLOW, B.L., 2001. Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimisation: a case-control study. *The Lancet* 358(9285).

ISC – MUSA – UFBA

“Violência Doméstica contra a Mulher: Um Estudo de Morbidade em um Serviço de Urgência e Emergência de Salvador”.

CONSENTIMENTO AUTORIZADO

Eu _____ concordo em participar deste estudo que tem por objetivo investigar a ocorrência das várias formas de violência contra a mulher – física, sexual e psicológica – que possam estar associadas ao atendimento de saúde. Os resultados deste estudo poderão contribuir para o planejamento de ações voltadas para uma melhor assistência à mulher. Estou ciente e segura que os dados por mim fornecidos serão utilizados unicamente para fins científicos e em hipótese alguma minha identidade será revelada.

ENTREVISTADA

ENTREVISTADORA

PARTE A:

A - FORMULÁRIO No. _____ **B - REGISTRO DA UNIDADE:** _____

C - ENTRADA ____/____/____ **D - HORA:** _____ **E - PERÍODO(M,D,M,T,N):** _____

F - HORA DO ATENDIMENTO: _____ **G - SAÍDA** ____/____/_____

H - Qual o motivo de ter procurado a unidade de saúde?

- 01 Acidente Automobilístico
 02 Atropelo
 03 Queda
 04 Doença
 05 Agressão
 99 Outros

BLOCO I - DADOS PESSOAIS

A) Idade: _____ (15 a 49 anos completos) **Data de Nascimento:** ____/____/____

B) Local de moradia:

- 1 Capital _____ (bairro)
 2 Interior _____ (cidade)

C) Com relação a sua raça ou cor você se considera: *(Resposta estimulada e única)*

- 1 Branca
 2 Preta
 3 Parda
 4 Amarela (de origem asiática)
 5 Indígena
 8 Recusou-se a responder
 9 Não sabe

D) Qual o grau mais alto de educação que você cursou?

- 1 Alfabetização
2 Primeiro grau. Série:
3 Segundo grau. Série:
4 Superior. Semestre:
5 Não alfabetizado

E) Você tem alguma religião ou freqüenta algum grupo religioso?

- 01 Católico
99 Outra. Qual? _____
88 Não tem religião

F) Com relação a sua atividade profissional você é: (Resposta estimulada e única)

- 01 Empregada com carteira assinada/com contrato
02 Empregada sem carteira assinada/sem contrato
03 Do lar
04 Afastada por doença
05 Desempregada
06 Autônoma: _____ (atividade que desenvolve)
07 Empregadora.

G) Qual foi, aproximadamente, a renda total de sua família no mês passado? R\$ _____

- 7 Não lembra 8 Recusou-se a responder

H) Você é casada ou mora junto com alguém?

- 01 Sim.
21 Não, é solteira
22 Não, é separada, desquitada ou divorciada.
23 Não, é viúva

Para quem é casada ou mora junto

Há quanto tempo?

dias semanas meses anos

I) Esta união é: (Resposta estimulada e única)

- 01 Casamento civil e religioso
 02 Casamento civil
 03 Casamento religioso
 04 Não houve casamento oficial
 99 Outro (especificar) _____
 88 NSA

BLOCO II - INVESTIGAÇÃO DE VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

A) Nestes últimos meses (12 meses):

A1 - Alguém a ofendeu?

- 1 Sim. Quem? _____
 2 Não
 8 Não respondeu

A2 – Fez algum tipo de ameaça ?

- 1 Sim. Quem? _____
 2 Não
 8 Não respondeu

A3 - Fez você ficar com medo?

- 1 Sim. Quem? _____
 2 Não
 8 Não respondeu

A4 – Fez você passar por algum tipo de humilhação?

1 Sim. Quem? _____

2 Não

8 Não respondeu

C) Alguém com quem você mora costuma:

C1 - Xingar, insultar ou fazer você se sentir mal a respeito de si mesma?

1 Sim. Quem? _____

2 Não

8 Não respondeu

C2 – Fazer coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito?

1 Sim. Quem? _____

2 Não

8 Não respondeu

BLOCO III - INVESTIGAÇÃO SOBRE VIOLÊNCIA FÍSICA

A) Você já foi maltratada fisicamente ou agredida por alguém?

1 Sim.

2 Não. (pule para a questão “D”)

Há quanto tempo ocorreu a última vez?

dias

semanas

meses

anos

B - De que forma foi praticada a agressão física?

01 Empurrão

02 Socos

03 Pontapés

04 Uso de arma de fogo

05 Uso de arma branca

99 Outros _____

C - Quem praticou esse ato de violência?

01 Marido/companheiro

02 Ex-marido/ex-companheiro

03 Namorado

04 Pai

99 Outros _____

D - Nestes últimos meses (12 meses):

D1 – Alguém lhe bateu?

1 Sim. Quem? _____

2 Não

8 Não respondeu

D2 – Jogou algum objeto em você?

1 Sim. Quem? _____

2 Não

8 Não respondeu

D3 - Esbofeteou?

1 Sim. Quem? _____

2 Não

8 Não respondeu

D4 - Chutou?

1 Sim. Quem? _____

2 Não

8 Não respondeu

D5 – Empurrou?

1 Sim. Quem? _____

2 Não

8 Não respondeu

D6 – Tentou estrangular você?

1 Sim. Quem? _____

2 Não

8 Não respondeu

D7 – Queimou você de propósito?

1 Sim. Quem? _____

2 Não

8 Não respondeu

D8 – Usou algum tipo de arma ou objeto?

1 Sim. Quem? _____

2 Não

8 Não respondeu

BLOCO IV - INVESTIGAÇÃO SOBRE VIOLÊNCIA SEXUAL

A - Alguém já forçou você a fazer sexo contra a sua vontade ou você já fez sexo apenas para não contrariar a pessoa?

1 Sim 2 Não

Há quanto tempo ocorreu a última vez??

dias semanas meses anos**B - Em caso positivo. Quem a forçou nessa última vez?**01 Marido/companheiro02 Ex-marido/ex-companheiro03 Namorado04 Pai99 Outro. Quem? _____ **C) Você já teve relação sexual porque estava com medo do que a pessoa pudesse fazer?**1 Sim 2 Não**D) Alguém já forçou você a uma prática sexual que você considera degradante ou humilhante?**1 Sim 2 Não**E) Que tipo de prática sexual?**01 sexo anal 02 sexo oral99 Outra. Qual? _____ **F) Quem a forçou?**01 marido/companheiro 02 ex-marido/ex-companheiro 03 namorado99 Outra pessoa. Quem? _____ **PARTE B: Vamos conversar agora sobre a última vez em que você foi agredida física, sexual ou psicologicamente.****BLOCO I - TIPO DE VIOLÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DO AGRESSOR****A – Que tipo de violência você sofreu da última vez?**01 Ameaças de morte

- 02 Insultos, humilhações
03 Chantagens
04 Estimulou você a se matar
05 Fez sexo contra a vontade
06 Empurrão
07 Socos, Pontapé, bofetada
08 Foi ferida com arma ou objeto
99 Outros _____

B - A pessoa que lhe agrediu é:

- 1 Homem 2 Mulher 8 Recusou-se a responder

C - Quem foi essa pessoa?

- 01 Marido/companheiro (a)
02 Ex-marido/companheiro (a)
04 Pai/mãe
05 Vizinho/vizinha
06 Desconhecido
99 Outros _____
08 Recusou-se a responder

D - Que idade tem essa pessoa?

- 1 Até 19 anos
2 20 a 29 anos
3 30 a 39 anos
4 40 a 49 anos
5 50 anos ou mais
9 Não sabe

E - Com relação a sua raça ou cor como você definiria essa pessoa? *(Resposta estimulada e única)*

- 1 Branca
- 2 Preta
- 3 Parda
- 4 Amarela (de origem asiática)
- 5 Indígena
- 8 Recusou-se a responder
- 9 Não sabe

F - Qual a última série escolar que essa pessoa cursou?

- 1 Alfabetização
- 2 Primeiro grau. Série:
- 3 Segundo grau. Série:
- 4 Superior. Semestre:
- 5 Não alfabetizado
- 9 Não sabe

G - Essa pessoa trabalha como: *(Resposta estimulada e única)*

- 01 Empregada com carteira assinada/com contrato
- 02 Empregada sem carteira assinada/sem contrato
- 06 Autônoma (conta própria)
- 07 Empregadora
- 99 Outros _____
- 09 Não sabe

BLOCO II - QUESTÕES SOBRE O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA

A - Durante às vezes em que você foi agredida, você alguma vez revidou fisicamente ou reagiu para se defender?

- 1 Nunca

2 Uma ou duas vezes

3 Algumas vezes

4 Todas as vezes

B - Em alguma ocasião você bateu ou agrediu fisicamente ou verbalmente a pessoa que lhe agrediu quando ela não estava agredindo você?

11 Sim, fisicamente

12 Sim, verbalmente

22 Não

C- Que situações costumam levar a violência contra você?

01 Sem motivos

02 Alcoolismo

03 Drogas

04 Desemprego

05 Dinheiro

06 Ciúmes

07 Recusou sexo

99 Outros _____

C - Você diria que a violência contra você tem afetado sua saúde física ou mental?

1 Sim

2 Não

9 Não sabe

D - Quantas pessoas residem com você?

E - Com quem você conversou sobre a violência sofrida (em casa ou fora)?

01 Ninguém

02 Amigos

03 Pais

04 Policial

99 Outros _____

F) Alguém já tentou ajudá-la?

- 01 Ninguém
03 Amigos
04 Pais
99 Outros _____

G) Você já procurou algum desses serviços para obter ajuda?

- 01 Delegacia da Mulher
02 Outra delegacias
03 Hospital/Centro de Saúde
99 Outros _____

H - Na sua opinião, quando você procurou estes serviços o atendimento foi:

- 01 Bom e satisfatório
02 Razoável e regular
03 Ruim e insatisfatório

I - Você tem filhos?

- 1 Sim. Quantos?
2 Não

Qual a idade do mais velho? anos

E do mais novo? anos

J - Seus filhos já presenciaram ou escutaram você sendo agredida fisicamente ou verbalmente?

- 01 Nunca
02 Uma ou duas vezes
03 Algumas vezes
04 Muitas vezes/todas as vezes
09 Não sabe

88 NSA

L - Você já deixou sua casa, mesmo que somente por uma noite, em decorrência da violência?

1 Sim. Quantas vezes? vezes

2 Não

M - O que a fez decidir ir embora da última vez?

01 Encorajada por amigos

02 Encorajada pela família

03 Não agüentava mais

04 Muito machucada/medo de morrer

05 Muito humilhada

06 Foi ameaçada de morte

07 Tentaram matá-la

99 Outro _____

88 NSA

N - Para onde você foi da última vez?

01 Casa de parentes

02 Casa de amigos

03 Hotel/pensão

04 Igreja/templo

05 Abrigo

06 Outro _____

88 NSA

O - Por quanto tempo você ficou fora de casa da última vez?

dias

semanas

meses

anos

(77 para não retornou e 88 para NSA)

P - Por que você voltou para casa?

- 01 Não queria deixar os filhos
 02 Casamento é sagrado
 03 Não poderia sustentar os filhos
 04 Marido/companheiro pediu para voltar
 05 Família pediu para que voltasse
 06 Achou que as coisas iriam mudar
 99 Outros _____
 88 NSA

BLOCO III - QUESTÕES SOBRE LESÕES SOFRIDAS**A – Você já sofreu lesões(cortes, torções, ossos ou dentes quebrados) resultantes da violência?**

- 1 Sim 2 Não (*Passe para a parte “C”*)

B - Em caso positivo:**B1- Quando foi a última vez?**

- dias semanas meses anos

B2- Que tipo de lesão você sofreu?

- 01 Cortes ou perfurações leves
 02 Lesões penetrantes/cortes profundos
 03 Esfolamento/contusão
 04 Torção/deslocamento
 05 Queimaduras
 06 Mordidas
 07 Fraturas, ossos quebrados
 08 Dentes quebrados
 99 Outros _____
 88 NSA

C - Você já precisou de atendimento médico em decorrência de suas lesões?1 Sim 2 Não**D - Você precisou ficar hospitalizada por conta dessas lesões?**1 Sim. Por quanto tempo? dias semanas meses2 Não**E - Você contou ao profissional de saúde que a atendeu a causa real de suas lesões?**1 Sim 2 Não**F - Por quê?**01 Medo02 Vergonha03 Não iria resolver04 Só diz respeito a você99 Outros _____88 NSA

PARTE C

BLOCO I - SOBRE O ATENDIMENTO NA UNIDADE DE**A - Sua procura por atendimento nesta unidade decorre de alguma das situações de violência relacionadas por você?**1 Sim 2 Não**B - Você apresenta no momento alguma lesão ou problema de saúde relacionado com a violência e que necessita de cuidados médicos?**1 Sim 2 Não**C - Em caso positivo, qual o tipo de lesão ou problema?**01 Corte ou perfurações leves02 Lesões penetrantes/cortes profundos03 Fratura04 Queimadura

- 05 Contusão
06 Cefaléia
07 Dispneia
08 Dor
99 Outros _____
88 NSA

D - Você contou para os profissionais de saúde a causa real de sua lesão ou problema?

- 1 Sim 2 Não

E - Por quê?

- 01 Medo
02 Vergonha
03 Não iria resolver
04 Só diz respeito a você
99 Outros _____
88 NSA

BLOCO II - QUESTÕES DE SAÚDE E DE SERVIÇOS

A - Em termos gerais, você acha que sua saúde é:

- 1 Excelente
2 Boa
3 Regular
4 Fraca
5 Muito fraca

B - As próximas perguntas dizem respeito a problemas comuns que talvez a tenham incomodado ultimamente. Se você teve algum desses problemas nas últimas 4 semanas, responda SIM. Se não, responda NÃO.

- B1 - Você tem dores de cabeça freqüentes? 1 Sim 2 Não

- B2 - Tem falta de apetite? 1 Sim 2 Não
- B3 - Dorme mal? 1 Sim 2 Não
- B4 - Assusta-se com facilidade? 1 Sim 2 Não
- B5 - Tem tremores nas mãos? 1 Sim 2 Não
- B6 - Sente-se nervosa, tensa, preocupada? 1 Sim 2 Não
- B7 - Tem má digestão? 1 Sim 2 Não
- B8 - Tem dificuldade em pensar com clareza? 1 Sim 2 Não
- B9 - Tem se sentido triste ultimamente? 1 Sim 2 Não
- B10 - Tem chorado mais que de costume? 1 Sim 2 Não
- B11 - Encontra dificuldades em realizar suas atividades diárias? 1 Sim 2 Não
- B12 - Tem dificuldades para tomar decisões? 1 Sim 2 Não
- B13 - Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)? 1 Sim 2 Não
- B14 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? 1 Sim 2 Não
- B15 - Tem perdido o interesse pelas coisas? 1 Sim 2 Não
- B16 - Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo? 1 Sim 2 Não
- B17 - Tem tido a idéia de acabar com a vida? 1 Sim 2 Não
- B18 - Sente-se cansado o tempo todo? 1 Sim 2 Não
- B19 - Tem sensações desagradáveis no estômago? 1 Sim 2 Não
- B20 - Você se cansa com facilidade? 1 Sim 2 Não

C - Nos últimos 12 meses, houve alguma vez que você precisou ou quis procurar um médico ou serviço de saúde, mas não foi ou teve alguma dificuldade para ser atendida? Se sim por quê?

- 01 Distância do serviço de saúde
- 02 Falta de dinheiro
- 03 Problemas de transporte
- 04 Longo período de espera para conseguir a consulta ou ser atendida

- 05 Não tinha vaga
- 06 Não teve tempo para ir, pois trabalha o dia todo
- 07 Não sabia aonde ir
- 99 Outro _____
- 88 NSA

BLOCO III- QUESTÕES SOBRE GÊNERO

A - Na sua opinião, em que situações um homem tem boas razões para bater em uma mulher?:

- 01 Ela não realiza os trabalhos domésticos de forma satisfatória para ele
- 02 Ela o desobedece
- 03 Ela se recusa a manter relações sexuais com ele
- 04 Ela pergunta se ele tem outras namoradas
- 05 Ele suspeita que ela é infiel
- 06 Ele descobre que ela tem sido infiel
- 99 Outros _____
- 88 NRA

B - Uma boa esposa obedece a seu marido mesmo que discorde dele?

- 1 Concorda 2 Discorda 3 Não sabe

C -Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família deveriam intervir?

- 1 Concorda 2 Discorda 3 Não sabe

Muito obrigada pela sua colaboração!

BLOCO IV - ANÁLISE DE PRONTUÁRIO: A SER PREENCHIDO PELA PESQUISADORA RESPONSÁVEL

A - Qual o diagnóstico médico dado ao problema apresentado pela usuária?

_____ CID 10

B - Quais os procedimentos realizados e serviços utilizados pela usuária durante o tempo de permanência na unidade?

- 01 Consulta
- 02 Uso de medicações
- 03 Exames laboratoriais
- 04 Raios X
- 05 Tomografia Computadorizada
- 06 Ultra-som
- 07 Sutura
- 08 Cirurgia
- 09 UTI
- 99 Outros _____

**OBSERVAÇÕES E ANOTAÇÕES DA ENTREVISTADORA DURANTE E APÓS
A ENTREVISTA**
