



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

ARIANE CEDRAZ MORAIS

**DEPRESSÃO EM MULHERES VÍTIMAS
DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

SALVADOR

2009

ARIANE CEDRAZ MORAIS

**DEPRESSÃO EM MULHERES VÍTIMAS
DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, Linha de Pesquisa Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher.

Orientadora: Prof^a Dr^a Regina Lúcia Mendonça Lopes

Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Normélia M^a Freire Diniz

SALVADOR

2009

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem,
Escola de Enfermagem, UFBA.

M827d Morais, Ariane Cedraz
 Depressão em mulheres vítimas de violência doméstica / Ariane
 Cedraz Morais. – Salvador, 2009.

126 f. : il. ; 29 cm

Orientadora: Prof^a Dr^a Regina Lúcia Mendonça Lopes.

Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Normélia Maria Freire Diniz.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola
de Enfermagem, 2009.

1. Mulheres – Saúde mental. 2. Depressão mental. 3. Violência
familiar. I. Lopes, Regina Lúcia Mendonça. II. Diniz, Normélia Maria
Freire. III. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem.
IV. Título.

CDU 616.89

ARIANE CEDRAZ MORAIS

**DEPRESSÃO EM MULHERES VÍTIMAS
DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, Linha de Pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovada em 27 de fevereiro de 2009

COMISSÃO EXAMINADORA

Regina Lúcia Mendonça Lopes _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Tânia Maria de Araújo _____
Doutora em Saúde Coletiva e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Solange Tavares Rubim de Pinho _____
Doutora em Medicina e Saúde Humana e Professora da Universidade Federal da Bahia

Solange Maria dos Anjos Gesteira _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Dedico este trabalho às mulheres do Calafate, pelas suas histórias, pelo exemplo de bravura, raça e coragem que se expressam no seu dia-a-dia, pelo sorriso estampado no rosto e pelo dom da vida de cada uma de vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me permitir mais uma conquista, por ter me dado forças e sabedoria nos momentos em que se fazia necessário, e por me mostrar sempre a serenidade e o caminho da persistência. Esses elementos, Deus, foram fundamentais nesse processo.

Aos meus pais, Antonio e Auricélia, amores incondicionais, que sempre apostaram na minha trajetória profissional, que me impulsionam a ser e a querer sempre mais. Meu eterno muito obrigada.

À Antonio Ribeiro, meu esposo, meu companheiro, meu grande incentivador por todos os momentos difíceis e que sempre me ajudou quando as coisas pareciam ‘duras’ ou impossíveis. Agradecer pelo companherismo, por sempre entender meus momentos de ausência e por ‘realizar junto comigo’ este trabalho.

Aos meus irmãos, Aisiane, Bete, Júnior e Artur, pois vocês me proporcionam alegria, motivação e me ensinam a grandeza de ter uma família, sendo sempre meu ‘porto seguro’.

Aos meus sobrinhos, Ytalo, Ana Clara, Beatriz, Emile, Gustavo, Anna Louise, Humberto, Rolemberg Filho, Andrezinho, pela inspiração, pelos sorrisos e olhares confortantes e, principalmente, pela energia que vocês possuem e que recarregam sempre ‘minha bateria’.

À família Ribeiro Guimarães, em especial aos meus sogros Nair Ribeiro (*in memorian*) e Edmundo Ribeiro, pela força, pela vibração e pela presença constante. À dona Nair, meus sinceros agradecimentos, seus ensinamentos e sua história terão sempre um lugar especial.

Às professoras Dr^a Regina Lúcia Mendonça Lopes e Dr^a Normélia Maria Freire Diniz, que souberam pacientemente me orientar e me ensinaram a ‘arte’ de pesquisar e de desbravar mundos desconhecidos, proporcionando-me grandes descobertas e desafios durante todo este período do mestrado.

À professora Dr^a Tânia Maria de Araújo, eterna professora, que me orientou a dar os primeiros passos na pesquisa científica, que me mostrou o quão é prazeroso pesquisar e cujos ensinamentos foram e são fundamentais para esta pesquisa.

À Universidade Federal da Bahia, em nome das professoras Dr^a Mirian Santos Paiva e Dr^a Cristina Maria Meira de Melo, respectivamente coordenadora e vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Às professoras do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFBA, por terem contribuído com seus ensinamentos durante essa nossa caminhada.

Aos Colegas da Universidade Estadual de Feira de Santana e da Universidade Federal do Vale do São Francisco, que sempre colaboraram e me proporcionaram experiências fundamentais para minha docência.

Aos alunos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco pela troca em sala de aula, pela força e pelo estímulo. Essas vibrações foram, sem dúvida, muito importante para mim.

Às colegas do Curso de Mestrado, em especial à Zanethy Nascimento e Miriam pelas idas e vindas nesta estrada, pelas trocas mútuas, pelo companheirismo e pela força que sempre transferimos uma para outra.

Às bolsistas Andiará Rodrigues, Ereni da Silva e Poliana Nascimento, pois sem vocês, esse trabalho, sem dúvida, seria impossível. Foi confortável contar com vocês, sei que aprendemos juntas e aqui registro o meu muito obrigada.

Aos amigos David Mota, Calila de Oliveira, Vanessa de Oliveira, Tuilla Requião que também contribuíram na realização desta pesquisa e tê-los comigo foi, sem dúvida, um impulso.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), pelo estímulo à pesquisa e pela bolsa de estudo que me foi disponibilizada durante todo este período do curso.

À amiga Dr^a Simone Seixas, Professora de Epidemiologia da UNIVASF, cujos encontros permitiram-me superar dificuldades em torno dos estudos epidemiológicos e que sempre se mostrou disposta a colaborar comigo.

Às amigas Olívia Oliveira, Viviane Souza e Simone Oliveira, que mesmo distante, sei que vibram por mim, e estão sempre do meu lado. Amizades que nem o tempo, nem a distância podem apagar.

Aos meus familiares, pois sei que estive muito ausente nesses últimos dois anos, mas sei que mesmo longe torcem por mim e entendem minha ausência.

Ao Grupo de Pesquisa Núcleo “Violência, Saúde e Qualidade de Vida”, grupo de estudo e pesquisa no qual participei de discussões e pude compreender melhor as facetas da violência, principalmente a violência de gênero.

Ao Coletivo de Mulheres do Calafate, em nome de Jacinta Marta Tavares Leiro, pois acreditou e apostou na realização deste estudo, além de representarem a força das mulheres do Calafate, reforçam a possibilidade de uma discussão em torno da violência, do gênero e das comunidades.

Às mulheres do Calafate, que participaram desta pesquisa, que abriram suas portas e falaram sobre suas vidas, suas angústias e seus sofrimentos. Foi confortante perceber o quanto vocês queriam dividir conosco suas histórias, e sei que aprendi muito com o que vi, ouvi e senti durante esses meses em companhia de vocês, MULHERES.

SEM AÇÚCAR

(Chico Buarque de Holanda)

Todo dia ele faz diferente
Não sei se ele volta da rua
Não sei se me traz um presente
Não sei se ele fica na sua
Talvez ele chegue sentindo
Quem sabe me cobre de beijos
Ou nem me desmancha o vestido
Ou nem me advinha os desejos
Dia ímpar tem chocolate
Dia par eu vivo de brisa
Dia útil ele me bate
Dia santo ele me alisa
Longe dele eu tremo de amor
Na presença dele eu me calo
Eu de dia sou sua flor
Eu de noite sou seu cavalo
A cerveja dele é sagrada
A vontade dele é mais justa
A minha paixão é piada.

MORAIS, Ariane Cedraz. Depressão entre mulheres vítimas de violência doméstica. 126 f.il. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

RESUMO

A violência contra a mulher atinge, no Brasil, todas as classes e segmentos sociais, operando numa base de discriminação e abuso sobre as diferenças, quais sejam de gênero, de classe de raça, socioeconômica e geracional, sujeitando as mulheres à situações como fome, tortura, humilhação e mutilação. Os impactos da violência vão além de custos sociais e/ou hospitalares, mas incide essencialmente sobre a saúde da mulher, em especial a saúde mental. Estudo epidemiológico de corte transversal que teve como objeto a associação entre violência doméstica e prevalência de depressão e como objetivo geral analisar a associação entre violência doméstica contra mulheres e a prevalência de depressão. Foram traçados como objetivos específicos: caracterizar a população segundo características sociodemográficas e segundo dados de saúde; descrever a violência doméstica, bem como aspectos relacionados à mesma (tipo de violência cometida, agressor, frequência, fatores agravantes); estimar a prevalência de depressão entre as mulheres e descrever associação entre depressão, variáveis sociodemográficas e violência. Participaram 375 mulheres com idade de 14 a 49 anos, selecionadas através de amostragem aleatória por conglomerado realizado na comunidade do Calafate, bairro periférico localizado em uma transversal da Avenida San Martin, na cidade de Salvador, Bahia. A depressão foi avaliada através do *Beck Depression Inventory* (BDI), escala de auto-relato, constituída de 21 itens que abordam sintomas depressivos, tendo como ponte de corte 16 ou mais pontos. Entre as mulheres estudadas, 51,5 % apresentaram depressão, encontrando-se uma forte associação entre violência doméstica e depressão (RP ajustada 2,60 e IC 95%: 1,99-3,40). A análise de regressão logística múltipla revelou que as mulheres que possuíam companheiro apresentaram maior prevalência de depressão (RP: 4,40; IC 95%: 2,77-6,95) do que as mulheres sem companheiros, mesmo ajustada pelas co-variáveis renda e idade. Os achados denotaram intenso sofrimento mental entre mulheres vítimas de violência, sustentando a idéia de que viver com o agressor é algo que potencializa esse adoecimento e fomentam a discussão sobre questões culturais, bem como a necessidade de se implementar urgentemente as políticas públicas de proteção à mulher vítima de violência já existentes e fortalecer a rede de apoio social à estas mulheres.

Palavras-chave: Violência doméstica. Gênero. Depressão. Saúde da Mulher

MORAIS, Ariane Cedraz. Depression among women victims of domestic violence. 126 pp. ill. Master Dissertation – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

ABSTRACT

Violence against women in Brazil reaches all classes and social segments, operating on a basis of discrimination and abuse of differences, being those of gender, social class, race, economic and generational, submitting women to situations as hunger, torture, humiliation and mutilation. The impacts go beyond social or hospital costs, affecting essentially women's health, and mental health, in particular. Analytical studies, epidemiological with a transversal cut, that had as object the association between domestic violence and prevalence of depression and a general objective analyze the association between domestic violence and the prevalence of depression. Were plotted as specific objectives: to characterize the population according to social and demographical features and health data; describe the domestic violence as well as other aspects related to it (as the type of aggression perpetrated, aggressor, frequency, aggravating factors, etc); estimate the prevalence of depression among the women of Calafate and describe the association between depression, social and demographical variables and violence. Participants 375 women with ages from 14 to 49, selected through random sampling accomplished in the Calafate community, a peripheral neighborhood near San Martin Avenue in the city of Salvador, Bahia. The depression was evaluated through Beck Depression Inventory (BDI), a self-report scale, with 21 statements that approach the depression symptoms, having as cut point 16 or more points. Among the women studied, 51,5% presented depression, and a strong association between domestic violence and depression was found (PR agreement 2,60 and RI 95%: 1,99-3,40). The analysis of multiple logistic regression revealed that the women who had partners presented higher prevalence of depression (PR: 4,40; RI 95%: 2,77-6,95) than the women without partners, even if adjusted by the co-variables income and age. The findings show intense mental suffering among the women victims of violence and supports the idea that living with the aggressor is something that potentializes the sickness process; the findings also stimulate the discussion about cultural questions and the need to implement urgent public policies for the protection of the existing women victims of violence and to strengthen the web of social support to all these women.

Keywords: Domestic Violence. Gender. Depression. Women's health

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sócio-demográficas das mulheres do Calafate, Salvador. Bahia - Brasil, 2008.....	50
Tabela 2 – Distribuição da faixa etária segundo vitimização entre as mulheres do Calafate. Salvador, Bahia, Brasil, 2008.	51
Tabela 3 – Distribuição do grau de escolaridade segundo vitimização entre as mulheres do Calafate. Salvador, Bahia, Brasil, 2008.	54
Tabela 4 – Variáveis relacionadas aos rendimentos econômicos das mulheres do Calafate. Salvador- Bahia, Brasil, 2008.	57
Tabela 5 – Características gineco-obstétricas das mulheres do Calafate, Salvador. Bahia – Brasil – 2008.....	58
Tabela 6 – Características das mulheres do Calafate, segundo antecedentes de saúde. Calafate. Salvador, Bahia, Brasil, 2008.	60
Tabela 7 – Prevalências de sintomas físicos e psíquicos entre as mulheres do Calafate, segundo queixas de saúde auto-referidas. Calafate. Salvador, Bahia, Brasil, 2008.....	62
Tabela 8 – Prática de lazer existente entre as mulheres do Calafate. Calafate, Salvador – Bahia. Brasil, 2008.....	64
Tabela 9 – Frequência de etilismo e tabagismo segundo ocorrência de violência doméstica entre as mulheres do Calafate. Calafate. Salvador, Bahia, Brasil, 2008.	64
Tabela 10 – Distribuição percentual das formas de expressão da violência sofridas pelas mulheres do Calafate. Salvador – Bahia. Brasil, 2008.....	66
Tabela 11 – Motivos que desencadeiam a violência que vitimiza as mulheres do Calafate. Salvador- Bahia, Brasil, 2008.	72
Tabela 12 – Motivos de permanência da mulher na situação de violência. Calafate. Salvador – Bahia, Brasil, 2008.....	73
Tabela 13 – Busca de ajuda na Rede de Apoio à Mulher Vítima de Violência entre as mulheres do Calafate. Salvador – Bahia, Brasil, 2008	73
Tabela 14 – Distribuição da violência doméstica e níveis de depressão entre as mulheres do Calafate. Salvador – Bahia, 2008.....	75
Tabela 15 – Sintomatologia apresentada pela mulheres do Calafate, segundo critérios do Inventário do Beck e vitimização da violência doméstica. Salvador – Bahia. Brasil, 2008.....	77

Tabela 16 – Análise estratificada da associação entre violência doméstica e depressão segundo características sócio-demográficas entre as mulheres do Calafate, Salvador- Bahia. Brasil, 2008 (N = 375).....	79
Tabela 17 – Análise de Regressão Logística, razão de prevalência ajustada e intervalo de confiança (95%) associação entre violência doméstica e depressão entre as mulheres do Calafate, Salvador- Bahia. Brasil, 2008 (N = 375).....	81
Tabela 18 – Análise de Regressão Logística, Razões de prevalência ajustadas, valor de p e os respectivos intervalos de confiança a 95% para a associação entre violência e depressão com a modificadora de efeito. Calafate, Salvador- Bahia. Brasil, 2008 (N= 375).....	81

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Cálculo da amostra.....	41
Gráfico 1 – Raça / cor , segundo dados auto-referidos, entre mulheres do Calafate, Salvador – Bahia. Brasil, 2008	52
Gráfico 2 – Situação conjugal das mulheres do Calafate, Salvador – Bahia. Brasil, 2008	53
Gráfico 3 – Religião entre as mulheres do Calafate, Salvador – Bahia. Brasil – 2008	53
Gráfico 4 – Ocupação das mulheres do Calafate, Salvador – Bahia. Brasil, 2008	55
Gráfico 5 – Condições das mulheres do Calafate, segundo prática de atividades físicas. Calafate, Salvador – Bahia. Brasil, 2008	63
Gráfico 6 – Ocorrência de violência doméstica entre as mulheres do Calafate. Calafate. Salvador, Bahia, Brasil, 2008	65
Gráfico 7 – Local das agressões física ocorridas entre as mulheres vítimas de violência doméstica. Calafate, Salvador – Bahia. Brasil, 2008	67
Gráfico 8 – Identificação do agressor, segundo ocorrência de violência doméstica entre as mulheres do Calafate. Salvador, Bahia, Brasil, 2008	68
Gráfico 9 – Tempo médio em que as mulheres estão submetidas à violência doméstica. Calafate, Salvador – Bahia. Brasil, 2008	69
Gráfico 10 – Frequência semanal das agressões entre as mulheres vítimas de violência doméstica. Calafate, Salvador – Bahia. Brasil, 2008	70
Gráfico 11 – Dias de semana mais comum de ocorrência de violência entre as mulheres vítimas do Calafate, Salvador – Bahia. Brasil, 2008	70
Gráfico 12 – Horários da ocorrência de violência entre as mulheres vítimas do Calafate, Salvador – Bahia. Brasil, 2008	71
Gráfico 13 – Sentimentos prevalentes entre as mulheres vítimas diante da violência doméstica. Calafate, Salvador – Bahia. Brasil, 2008	71
Gráfico 14 – Associação entre depressão e violência doméstica entre as mulheres do Calafate. Salvador – Bahia. Brasil, 2008	74

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 CONTEXTUALIZAÇÃO	24
2.1 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	24
2.2 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E OS AGRAVOS	29
2.2.1 Violência Doméstica e Depressão.....	34
3 METODOLOGIA.....	38
3.1 TIPO DE ESTUDO	38
3.2 CAMPO DO ESTUDO.....	39
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	40
3.4 COLETA DE DADOS.....	42
3.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE BECK DEPRESSION INVENTORY	43
3.6 PRÉ-TESTE	45
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	45
3.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	46
3.8.1 Variável dependente.....	46
3.8.2 Variável independente.....	46
3.8.3 Co-variáveis.....	47
3.9 SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS	47
3.10 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	48
4 RESULTADOS.....	50
4.1 PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DAS MULHERES DO CALAFATE.....	50
4.2 CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO	55
4.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS MULHERES DO CALAFATE	58
4.3.1 Dados Gineco-Obstétricos	58

4.3.2 Antecedentes de Saúde	59
4.3.3 Queixas de Saúde	61
4.3.4 Estilo de Vida	62
4.4 VIOLÊNCIA	65
4.4.1 Ocorrência de Violência entre as Mulheres do Calafate	65
4.4.2 Caracterizando a situação de Violência	66
4.4.3 Perfil da Violência	67
4.5 DEPRESSÃO	74
4.5.1 Prevalência Global de Depressão	74
4.5.2 Depressão e Violência Doméstica	74
4.5.3 Análise dos Sintomas Depressivos	75
4.5.4 Análise Estratificada	79
4.5.5 Análise de Regressão Logística Múltipla	80
5 DISCUSSÃO	82
5.1 LIMITES DO ESTUDO	82
5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS	83
5.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS MULHERES	86
5.4 CARACTERÍSTICAS DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	89
5.4 DEPRESSÃO E VIOLÊNCIA	98
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICES	115
Apêndice A – Questionário.....	115
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	121
Apêndice C - Carta de Esclarecimento.....	122

ANEXOS	123
Anexo A – Limites Geográficos do Calafate	123
Anexo B – Setores Censitários do Calafate	124
Anexo C – Ofício de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética.....	126

1 INTRODUÇÃO

A temática da violência tem sido objeto de estudo de várias pesquisas, seja nos campos da Sociologia, da Filosofia, e da Saúde, em razão de ser um fenômeno mundial de grande intensidade e complexidade, sendo considerado, por isso, nos últimos anos, um sério problema de saúde pública.

A violência contra a mulher atinge, no Brasil, todas as classes e segmentos sociais, operando numa base de discriminação e abuso sobre as diferenças, quais sejam de gênero, de classe social, de raça, econômica e geracional, sujeitando as mulheres à situações como fome, tortura, humilhação e mutilação.

Os estudos sobre a violência também aparecem numa tentativa de compreendê-la a partir de abordagens feministas, questões de gênero e de poder, relações conjugais e familiares. Somente nos anos de 80, iniciou-se o período em que houve a abertura democrática na sociedade brasileira, em que a denúncia da violência contra a mulher ganhou força e passou a haver uma ampliação dos espaços sociais e a articulação dos grupos feministas (Izumino, 1998).

Minayo e Souza (1993) afirmam que, justamente nesta década, ocorreram mudanças importantes no perfil de mortalidade no país, onde as chamadas “doenças do desenvolvimento” assumiram o papel das principais causas de óbito. Por outro lado, observa-se o crescimento de endemias, como HIV / AIDS, doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose e outras, refletindo a deterioração das condições de vida e de saúde associada à ineficácia das políticas públicas de saúde.

As autoras apontam ainda que, na década de 80, a violência apresenta-se como “fenômeno cujas facetas são objetos de apreensão no cotidiano, pelo desencadeamento de temor generalizado aos assaltos, seqüestros e assassinatos”, passando a ser objeto de reflexão de vários campos do saber, entre eles a saúde pública, pelo papel que assume diante da morbimortalidade, vitimizando crianças, jovens, adultos, idosos, e, especialmente, mulheres, sendo que estas passam a constituir o grupo mais vulnerável, mais submetido aos atos algozes que perpassam a violência (MINAYO e SOUZA, 1993, p. 65).

Na década de 90, especialmente a partir de 1995, as pesquisas sobre violência tiveram sua divulgação mais intensificada, especificamente no que diz respeito à violência contra mulher. De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (2001)¹, esta é uma violência de gênero e representa, além do problema da saúde pública, uma violação dos direitos humanos que traz repercussões físicas e/ou psicológicas, seqüelas sociais e econômicas.

Com a evolução e os avanços das questões teóricas, os estudos têm tido a preocupação de analisar a violência doméstica, em diferentes fases evolutivas da vida das mulheres, tendo em vista que o fenômeno produz acentuadas alterações biológicas, fisiológicas e psicológicas, podendo interferir, inclusive, no crescimento e desenvolvimento destas mulheres, principalmente se os atos violentos foram cometidos desde a infância e/ou adolescência.

Heise et al (1994) discorrem sobre a violência contra a mulher e suas conseqüências para a saúde, apontando que 19% dos anos de vida perdidos por morte ou incapacitação física, entre mulheres de 15 a 44 anos, são resultados de violência de gênero e que as conseqüências do estupro e da violência doméstica para a saúde destas, medida desta forma, podem ter efeitos maiores que todos os tipos de câncer, e pouco menos que os efeitos das doenças cardiovasculares.

Em estudos afins, diversos pesquisadores no campo das ciências sociais e da saúde demonstram-nos a relevância deste fenômeno, que se expressa no cotidiano de um grande número de famílias brasileiras. As conseqüências se traduzem em uma série de agravos à saúde física, reprodutiva e mental das mulheres e, não em poucos casos, podem ser fatais (MOREIRA, RIBEIRO e COSTA, 1992; SAFFIOTI, 1994a; SAFFIOTI e ALMEIDA, 1995; SOARES, SOARES e CARNEIRO, 1996 e TUESTA, 1997).

Giffin (1994), ao estudar a violência contra a mulher, destaca algumas conseqüências para a saúde destas, ressaltando que

Os tipos de conseqüências não-mortais por parceiros incluem lesões permanentes; problemas crônicos, tais como dor de cabeça, dor abdominal, infecções vaginais, distúrbios do sono e da alimentação; e doenças de efeito retardado, incluindo artrite, hipertensão, e doenças cardíacas (GIFFIN, 1994, p. 419).

¹Apesar do uso distinto entre autores, dando destaque em separado aos termos violência contra mulher e violência de gênero, este trabalho adotará tais palavras como sinônimos.

A autora indica ainda que as mulheres podem apresentar seqüelas psicológicas, seqüelas somáticas, incluindo problemas crônicos de dor pélvica, dor de cabeça, asma, problemas ginecológicos, gastrintestinais, além de efeitos permanentes na auto-estima e auto-imagem. Outros comportamentos, também prevalentes nestas vítimas, são o abuso de drogas e álcool; o sexo desprotegido, além de múltiplos parceiros; e a prostituição.

Podemos notar, no entanto, que diversos estudos foram realizados no intuito de despertar a consciência coletiva de que a violência pode trazer sérios prejuízos à vida destas mulheres, como os que foram realizados por Souza (2000), Reis (2002), Campos (2003), Couto (2003), Vasconcelos (2006), Santana (2006), Campos (2006) e Rodrigues (2006).

A pesquisa de Campos (2003), por exemplo, teve como foco a violência familiar como fator desencadeante da ameaça de parto prematuro. A autora, ao analisar a percepção da própria gestante, identifica manifestações, repercussões e reações frente à violência familiar, afirmando que, além da ocorrência do parto prematuro, outro agravante é a gravidez indesejada, relatada por algumas das mulheres entrevistadas.

Percebe-se, portanto, que, além de estudos que associam a violência com o parto prematuro e/ou gravidez indesejada, outros a relacionam com a prática do aborto, como o de Souza (2000), Diniz et al. (2004; 2007) que pode ser, por vezes, fruto da gravidez indesejada e/ou da própria violência.

Neste último, as autoras, ao estudarem a associação entre violência doméstica e aborto provocado, constatam entre mulheres atendidas em processo de aborto numa maternidade pública de Salvador – Bahia, um índice de 88% de mulheres que, em algum momento de sua vida, declararam história de violência doméstica e a relação intrínseca entre o ato de ser violentada e a prática do aborto.

Além desse dado, no estudo de Diniz et al. (2004) observou-se que 67% das mulheres em processo de aborto realizaram-no em consequência desta violência. Também cerca de 47% das mulheres vivenciaram violência durante a gestação, e a expressão psicológica da violência é a mais acentuada, aparecendo em seguida a expressão física e a sexual.

Diniz et al. (2004) destacam que

Os abortos espontâneos podem decorrer de violência durante a gravidez e 23% das mulheres que abortaram espontaneamente associaram-no à violência vivenciada. Entre as capitais, a maior incidência ficou com Salvador, depois Recife e Aracaju. A principal causa dos abortos

espontâneos ficou com a agressão física (39%), seguida de ameaça de separação (25% das mulheres em Salvador). Com relação aos abortos voluntários, 16% das mulheres abortaram por conta da agressão sofrida(...) (DINIZ et al., 2004, p. 356).

Esses estudos, de modo geral, evidenciam o cotidiano destas mulheres, o enfrentamento diário de atos violentos, a relação conjugal e familiar; o convívio intra-domiciliar, apontando alguns fatores que influenciam a potencialidade da violência, tais como condições sócio-econômicas e culturais, presença de patologias ou lesões decorrentes de atos violentos.

Além disso, buscam entender a situação conjugal, relações de poder e de submissão, apoio familiar e também dos profissionais de saúde, na importância da detecção, aconselhamento e prevenção da violência para que estas mulheres não sejam re-vitimizadas.

Muitos esforços têm sido feitos no intuito de compreender o fenômeno da violência à mulher sob a ótica psicossocial, abordando os agravos produzidos à saúde mental. Esses estudos têm apontado a relação intrínseca existente entre violência doméstica e vulnerabilidade física e psíquica, como vemos nos trabalhos realizados por Moreira (1999), Francisquetti (2000), Drezett (2000), Jacobucci (2004), Rovinski (2004), Adeodato et al. (2005), Crepschi (2005) e Rodrigues (2006).

As pesquisas têm reportado seqüelas análogas para o bem-estar psicológico e social das mulheres, tais como: medo, ansiedade, fadiga; transtornos alimentares e de sono; percepções de perda e vulnerabilidade; isolamento social; depressão e tentativa de suicídio.

“Mulheres em situação de violência doméstica são mais propensas a serem diagnosticadas nos seguintes quadros nosológicos: depressão maior, distúrbio obsessivo-compulsivo, transtorno de ansiedade generalizada e transtornos alimentares.” (KOSS apud FRANCISQUETTI, 2000, p. 98).

Pesquisa realizada em três capitais brasileiras por Diniz et al. (2004), buscando identificar as manifestações da violência doméstica e institucional na mulher assistida em sub-programas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, ressalta que toda essa violência que a mulher sofre tem conseqüências funestas para a sua saúde e ainda relaciona os problemas que foram encontrados com maior prevalência entre as mulheres estudadas, tais como dores de cabeça constantes, a depressão, que aparece como sendo o segundo sintoma apresentado, seguido de insônia, frigidez e aborto.

Investigações apontam que a sintomatologia apresentada pelas mulheres em situação de violência doméstica pode ser caracterizada como um quadro de estresse pós-traumático², corroborando com Drezett (2000) que aponta, neste quadro, sintomas como angústia, medo, ansiedade, culpa, vergonha, humilhação, autocensura e o próprio quadro de depressão. Podem ocorrer, também, reações somáticas como fadiga, cefaléia, insônia e corrimentos vaginais, assim como um processo de reorganização psíquica que pode durar meses ou anos.

Podem se estabelecer transtornos da sexualidade, incluindo o vaginismo, dor nas relações sexuais, diminuição da lubrificação vaginal e perda da capacidade de orgasmo (...) A fase crônica também se caracteriza pela ocorrência de problemas como depressão, bulimia, anorexia nervosa, baixa auto-estima, fobias e dificuldades de relacionamento interpessoal. A prevalência de idéias suicidas persistentes e de tentativas de suicídio é elevada nos casos de estresse pós-traumático (DREZETT, 2000, p. 65).

Assim, num estudo desenvolvido por Rodrigues (2006) com mulheres queimadas internadas em hospital geral na cidade de Salvador - Bahia, a autora buscou ir além das lesões secundárias às queimaduras, mas também analisou a vivência pós-traumática das mulheres vítimas de violência conjugal, abordando as repercussões e o adoecimento psíquico destas, ressaltando que este adoecimento secundário à violência vem sendo expresso nas mulheres pela experiência que pode ser vivida como traumática, pois além dos problemas físicos, os de ordem psicológica e social se acham presentes.

No que diz respeito às queimaduras, ela reforça que

Intensifica-se o risco de problemas psicológicos por causa das seqüelas, permanentes e desfigurantes, que provocam transtornos para a imagem corporal, auto-imagem e auto-estima da mulher, cuja probabilidade de sofrer de problemas mentais, como depressão, fobia, tendência ao suicídio, consumo e abuso de álcool e drogas, e o estresse pós-traumático é grande (RODRIGUES, 2006, p. 26-27)

Pesquisa realizada por Diniz e Souza (2007) em comunidade de Salvador, com o objetivo de analisar a percepção de mulheres sobre os serviços de intervenção na violência doméstica, traça o perfil da violência no bairro do Calafate, onde se constata que a violência doméstica esteve presente na vida de 80,7% destas, sendo que 69,5% diz respeito à violência conjugal.

² Sintomatologia que tem sido frequentemente estudada como conseqüência da violência; tem sido também denominado como Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) ou Síndrome de Estresse Pós-Traumático.

As autoras ainda salientam que a violência se expressa de forma variada e com diferentes graus de severidade, sendo a violência psicológica a mais relatada entre as mulheres entrevistadas (94,2%), seguida da violência física, na qual foi observada a prevalência de 57,0%. Em relação à violência sexual, 32,2% relataram terem sido forçadas a práticas sexuais tais como: estupro e atentado violento ao pudor. Atenta-se também para a alta prevalência da violência física acompanhada pela coerção psicológica e sexual (24%) (DINIZ e SOUZA, 2007).

Meu interesse, portanto, em realizar esta pesquisa, parte da constatação de que este grupo populacional de mulheres vítimas de violência doméstica constitui uma parcela que merece atenção especial. Tive meu interesse despertado em conhecer este perfil populacional e em avaliar a saúde desta população, com ênfase na saúde mental, especificamente a ocorrência de depressão, avaliando, também, aspectos relacionados à violência doméstica e a repercussão sobre o organismo destas mulheres, sob o prisma bio-psico-social.

Minha aproximação pela avaliação de aspectos relacionados à saúde mental sempre esteve presente na minha prática profissional. Durante a Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) fui bolsista do Programa Interinstitucional de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC), integrante do Núcleo de Epidemiologia (NEPI) da UEFS, onde desenvolvemos diversas pesquisas voltadas para estudos de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) em diferentes grupos populacionais.

A minha inquietação justifica-se, ainda, pelo fato de já ter realizado estudo durante o Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública oferecido pela Universidade Estadual de Santa Cruz, na qual realizei pesquisa entre grupo populacional de idosos, no qual se estimou a incidência de DPM entre eles, buscando compreender a relação da capacidade cognitiva e grau de dependência dos sujeitos da amostra (MORAIS, 2002).

Posteriormente, no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica oferecido pela Universidade Guarulhos, desenvolvi estudo monográfico intitulado “Gravidez e saúde mental: uma abordagem multidimensional”, realizado com grupo de mulheres que cursavam a gestação sem intercorrência, encontrando uma prevalência de distúrbios psíquicos menores de 60,2%, um achado extremamente elevado e que denotava intenso sofrimento mental entre mulheres gestantes (MORAIS, 2005).

Além disso, durante meu exercício profissional, atuando como enfermeira assistencial do Centro Obstétrico do Hospital Inácia Pinto da Silva em Feira de Santana, chamaram minha

atenção as mulheres, em especial aquelas que vivenciavam traumas familiares, vítimas de violência doméstica, situação em que estavam bem evidentes sintomas depressivos, sintomas somáticos, diminuição da energia, dúvidas à respeito das suas próprias condições biofísicas e psicológicas, bem como acerca do enfrentamento com o companheiro e com a família e, principalmente, com o cotidiano.

Atualmente, durante o Curso de Mestrado em Enfermagem da UFBA, integro um Projeto de Extensão intitulado “Estratégias de Intervenção na Violência Doméstica em famílias negras”³, sob coordenação da Professora Dr^a Normélia Freire Diniz, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), desenvolvido na comunidade do Calafate, bairro periférico localizado na Av. San Martin, Salvador, que atua nesta comunidade realizando oficinas, palestras e atividades educativas grupais há mais de dez anos.

Assim, de junho a dezembro de 2007 foram realizados nesta entidade encontros grupais semanais, sempre às segundas-feiras. Foi possível perceber que a violência doméstica é sempre queixa constante entre as mulheres deste grupo, que compartilharam neste espaço suas vivências e discussões sobre a rede de atendimento. É notório o grau de sofrimento psíquico destas mulheres, que apresentam sentimento de inutilidade, baixa auto-estima, entre outros sintomas somáticos, despertando, assim, a necessidade de um estudo nesta comunidade que abordasse esses dois aspectos: violência e saúde mental.

Diante do exposto, constitui-se como **problema**:

- Qual a associação entre violência doméstica contra mulheres e a prevalência de depressão?

Assim, o objeto de estudo é a **associação entre violência doméstica e prevalência de depressão**.

A presente pesquisa, portanto, tem como **objetivo geral**: Analisar a associação entre violência doméstica contra mulheres e a prevalência de depressão.

³ Projeto de Extensão intitulado “Estratégias de intervenção na violência doméstica em famílias negras”, sendo desenvolvido no Coletivo de Mulheres do Calafate (CMC), sob a coordenação da Professora Dr^a Normélia Diniz, contando ainda com a participação das professoras Dr^a Regina Lúcia Mendonça Lopes e Solange M^a dos Anjos Gesteira, da doutoranda Nadirleone Pereira Gomes, das mestrandas Ariane Cedraz Morais e Marieve Pereira da Silva e das bolsistas PIBIC Andiarra Rodrigues, Maria Raquel e Simone Souza. Tem como objetivo geral acolher famílias negras em situação de violência doméstica, vinculando seu atendimento ao Centro de Referência Loretta Valadares, no que se refere à violência. Os objetivos específicos são: identificar famílias que estejam em situação de violência doméstica; introduzir mulheres adolescentes e homens em processo educativo individual ou em grupo no sentido de levá-las à compreensão do fenômeno violência; sistematizar a coleta de dados sobre violência doméstica e o estresse pós-traumático a partir do atendimento.

Além deste, esta pesquisa tem como **objetivos específicos**:

-Caracterizar a população segundo características sócio-demográficas: idade, raça, grau de escolaridade, renda mensal, estado civil, ocupação, número de filhos;

-Caracterizar a população segundo dados de saúde: informações gineco-obstétricas, antecedentes patológicos pessoais, queixas de saúde referidos e sintomas físicos e psíquicos;

-Descrever a violência doméstica, bem como aspectos relacionados à mesma, tais como: tipo de violência cometida, agressor, frequência, fatores agravantes, etc;

-Estimar a prevalência de depressão entre as mulheres;

- Descrever associação entre depressão, considerando as variáveis sócio-demográficas e violência.

A pesquisa servirá aos profissionais de saúde como uma reflexão para (re)elaboração de programas preventivos e não apenas uma atuação assistencial direta, ressaltando-se, portanto, a importância do treinamento de equipes multidisciplinares em saúde mental, as quais possam, conjuntamente e de forma interdisciplinar com os serviços de Ginecologia e Obstetrícia, os serviços de Emergência, os Programas de Saúde Pública⁴ e instâncias que constituem a Rede de Atenção à Mulher Vítima de Violência, identificar o sofrimento mental destas mulheres.

Além disso, este estudo tem o intuito de despertar os profissionais de saúde para a problemática da violência doméstica e até mesmo institucional, muitas vezes despercebidas, e incentivar a prática de uma atuação que contemple e contabilize a violência nos diagnósticos realizados, aprimorando, assim, a eficácia das ações de saúde, além de assegurar que estas mulheres, vítimas, não sejam re-vitimizadas por estes serviços.

⁴ Os Programas de Saúde Pública aqui mencionados referem-se ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), Programa de Interiorização dos Trabalhadores em Saúde (PITS) e Saúde Bahia, todos reconhecidos pelo Ministério da Saúde – Brasil e de ampla cobertura no Estado da Bahia, abrangendo a capital e demais cidades do interior.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Desde a década de 70, os movimentos feministas vêm denunciando a violência de gênero como um grave problema que afeta a saúde física e mental das mulheres, comprometendo severamente o seu desenvolvimento integral na sociedade. Passaram-se muitos anos até que a violência de gênero fosse reconhecida como um fenômeno de vital importância na agenda pública dos organismos internacionais.

Em 1994, a Organização dos Estados Americanos - OEA afirmou que a violência contra a mulher constitui-se em violação dos direitos humanos das mulheres, expressa na Convenção Interamericana para prevenir, sancionar e erradicar a Violência contra a Mulher - “Convenção de Belém do Pará” - que ocorreu, justamente, no Brasil (OPAS, 1994).

No Brasil, essa Convenção tem força de lei interna, na qual se ratificou e ampliou a Declaração e o Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, e representa o esforço do movimento feminista internacional para dar visibilidade à existência da violência contra a mulher e exigir seu repúdio pelos Estados-membros da Organização dos Estados Americanos – OEA (OPAS, 1994, p. 18).

A Convenção declara que a violência contra a mulher constitui uma violação aos direitos humanos e às liberdades fundamentais e limita total ou parcialmente à mulher o reconhecimento, gozo e exercício de tais direitos e liberdades.

Para a OMS (2002, p. 56), a violência doméstica é reconhecida como sendo “qualquer ação cometida por familiares ou pessoas que vivem na mesma casa e que leve um indivíduo à morte, dano e/ou sofrimento físico, sexual e / ou psicológico”.

A violência doméstica está, desse modo, inserida no cotidiano familiar, vitimando, em sua grande maioria, mulheres, crianças e adolescentes. Vale ressaltar, no entanto, que são as mulheres as vítimas mais expressivas numericamente desta violência no espaço doméstico e o agressor, como mostram vários estudos, é alguém da convivência familiar, muitas vezes o próprio esposo, o ex-companheiro, o irmão, o pai, o padrasto, um vizinho, sendo, portanto, alguém conhecido.

Pesquisa realizada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-FIBGE, em 2000, apontou que 63% das vítimas de violência no espaço doméstico são mulheres, e em 70% dos casos, os agressores são os próprios maridos ou companheiros (BRASIL, 2002).

Destaca-se ainda que

O espaço público é ainda muito masculino, estando os homens mais sujeitos a atropelamentos, passando por acidentes de trânsito e chegando até ao homicídio. As mulheres ainda têm uma vida mais reclusa, estando infinitamente mais expostas à violência doméstica. Diferentemente da violência urbana, a doméstica incide sempre sobre as mesmas vítimas, tornando-se habitual (SAFFIOTI, 2004 a, p. 8).

Corroborando com a citação acima, os estudos acerca da violência contra as mulheres têm demonstrado que o local de ocorrência desses atos é, em sua grande maioria, o próprio domicílio, o que justifica o forte componente da violência ser denominada como de gênero. Assim, enquanto nos espaços públicos se perpetra a violência masculina, é no espaço privado do lar que ocorre, com maior frequência, a violência feminina (SAFFIOTI, 1994 b).

Por outro lado, ressalta-se que os homicídios masculinos são em grande parte perpetrados por homens desconhecidos, enquanto os agressores das mulheres são seus conhecidos, companheiros e ex-companheiros. Segundo o Movimento Nacional dos Direitos Humanos no Brasil, citado pelo Centro Feminista de Estudo e Assessoria – CFEMEA (1999), companheiros e ex-companheiros foram responsáveis por 72,3% dos assassinatos de mulheres no País, em 1996.

Schraiber et al. (2002), a este respeito, sinalizam que, além das agressões no âmbito doméstico serem cometidas por pessoas conhecidas da vítima, são atos sempre repetitivos, o que sugere um maior impacto sobre a saúde das mulheres submetidas a essas agressões e que, ainda, o maior desafio se constitui em reconhecer estes atos como violentos, uma vez que poucas são as mulheres que reconhecem o vivido como violência.

Isto ocorre, provavelmente, porque as mulheres não nomeiam a situação doméstica como violência, que é um termo, via de regra, reservado para expressar o que ocorre no espaço público, como a violência das grandes cidades. O termo também indica situação grave, o que, culturalmente, parece significar que a violência doméstica, embora concretamente severa, não é representada como tal (SCHRAIBER et al., 2002, p. 48).

Como se vê, definir violência doméstica não é uma coisa simples, visto ser um fenômeno que ocorre em diferentes culturas, sendo diferentemente compreendida em diversos países e em contextos socioculturais bastante heterogêneos.

Alguns autores destacam o impacto da violência doméstica como um ato cometido dentro da família, por um dos seus membros, que ameaça seriamente a vida, a integridade física ou psicológica; outros acentuam os valores culturais envolvidos no comportamento violento, considerando que a violência é o produto de características patriarcais da sociedade e da família, que geram uma nova gama de conflitos quando se chocam com os valores de igualdade e liberdade (JACOBUCCI, 2004; SAFFIOTI, 2002; SILVA, 2003).

Percebe-se, portanto, que a violência doméstica é tão significativa e rotineira que passou a assumir em nossas sociedades caráter endêmico e o maior desafio constitui-se a partir do momento em que se naturaliza e se banaliza esta violência, como sendo algo inerente às coletividades, às relações interpessoais e aos lares.

A violência doméstica apresenta características específicas. Uma das mais relevantes é sua rotinização, o que contribui para a co-dependência e o estabelecimento da relação fixada e cíclica. Rigorosamente, a relação violenta se constitui em verdadeira prisão. Neste sentido, o próprio gênero acaba por se revelar uma camisa de força: o homem deve agredir, porque macho deve dominar a qualquer custo; e mulher deve suportar agressões de toda ordem, porque seu destino assim a determina (SAFFIOTI, 2004a).

Buvinic et al. apud Jacobucci (2004) ao analisarem o fenômeno da violência nas Américas afirmam ser a violência doméstica altamente complexa e multifacetada, que propicia desafios que são o de desagregar formas diferentes de violência e o de compreender melhor seus significados, suas características, causas e conseqüências.

A violência contra a mulher “é um fenômeno extremamente complexo, com raízes profundas nas relações de poder baseadas no gênero, na sexualidade, na auto-identidade e nas instituições sociais” (Heise et al., 1994, p. 41). É esta uma realidade que perpassa todas as classes sociais, os grupos étnico-raciais e as diferentes culturas. Nesse sentido, Saffioti e Almeida (1995) afirmam que se trata de fenômeno democraticamente distribuído, ao contrário do que acontece com a distribuição da riqueza.

Na tentativa de explicar as causas da violência doméstica existem diversas teorias. Destaca-se a perspectiva feminista na qual refere ser a violência doméstica uma violência de

gênero, em que as mulheres são cada vez mais acometidas do que os homens. Fundamenta-se, portanto, na idéia da sociedade patriarcal e sexista.

Ainda que não se possa reduzir ao patriarcado a explicação de todas as formas de desigualdade e de opressão do gênero feminino, devendo ser considerada a articulação do gênero à classe social e às diferentes etnias, a gênese da violência tem sido atribuída predominantemente ao patriarcado em algumas correntes feministas.

Para Saffioti (2002), no entanto,

[...] no exercício da função patriarcal, os homens detêm o poder de determinar a conduta das categorias sociais nomeadas, recebendo autorização ou, pelo menos, tolerância da sociedade para punir o que lhes apresenta como desvio. Ainda que não haja nenhuma tentativa, por parte das vítimas potenciais, de trilhar caminhos diversos do prescrito pelas normas sociais, a execução do projeto de dominação-exploração da categoria social homens exige que sua capacidade de mando seja auxiliada pela violência. (SAFFIOTI, 2002, p. 48)

Com efeito, a ideologia de gênero é insuficiente para garantir a obediência das vítimas potenciais aos ditames do patriarca, tendo esta necessidade de fazer uso da violência.

Souza (2000) explica que

A teoria centrada na opressão da mulher reconhece a violência contra a mulher como violência de gênero por ser uma relação de poder que estrutura papéis diferentes, opressão, dominação ou exploração com poder centrado na maioria das vezes, no homem. Tem como paradigma a origem da opressão feminina, o modelo patriarcal em que o homem ao ocupar o espaço público que se refere ao espaço de produção, de decisões políticas, de circulação econômica tornou apto e com poder reconhecido socialmente. Em oposição, a mulher ocupou o espaço privado, o espaço doméstico, da reprodução biológica para produção e manutenção de mão de obra, para o trabalho e reprodução dos valores e da ideologia sobre a responsabilidade das mulheres. (Souza, 2000, p. 37)

Saffioti (1994 b, p. 94) defende a legitimação social⁵ da violência dos homens contra as mulheres que responde pelo caráter tão marcadamente de gênero deste fenômeno. “A violência contra a mulher integra, assim, de forma íntima, a organização social de gênero vigente na sociedade brasileira”.

⁵ Destaco essa idéia da legitimação da violência ao perceber, então, que é nesse processo de legitimação e socialização, que se internalizam as regras, crenças, valores e comportamentos acerca do que é ser masculino e feminino dentro da cultura a que pertencemos.

Quanto à essa legitimação, Bourdieu (1998) afirma que

A força da ordem masculina pode ser aferida pelo fato de que ela não precisa de justificação: a visão androcêntrica se impõe como neutra e não tem necessidade de se enunciar, visando sua legitimação. A ordem social funciona como uma imensa máquina simbólica tendendo a ratificar a dominação masculina na qual se funda: é a divisão social do trabalho, distribuição muito restrita das atividades atribuídas a cada um dos dois sexos, de seu lugar, seu momento, seus instrumentos[...] (BOURDIEU, 1998, p. 15)

Neste contexto, assume o homem a figura de dominador, da necessidade de se sobrepor ao sexo frágil – a mulher- que passa então a configurar-se num espaço de exploração e opressão, sendo que os homens beneficiam-se amplamente e têm privilégios bastante concretos com esse sistema de dominação.

Ainda na mesma perspectiva, Silva (2003) identifica que, além da ideologia machista que legitima as relações entre os sexos como relação de dominação-subordinação, existem formas concretas de opressão do regime sócio-econômico e político a que tanto homens quanto mulheres estão submetidos, numa dada formação social e histórica, bem como a própria educação diferenciada, que possibilita a reprodução da violência pela incorporação dessa ideologia no mundo da representação.

A autora explica que

A violência exercida contra a mulher por meio de fatores de natureza sócio - psico - pedagógicas, mediados por um certo padrão de relações sociais de gênero, ou seja, o padrão machista, denominado pela literatura especializada como patriarcal e que se particulariza conforme as determinações concretas de certos modos de produção. (SILVA, 2003, p. 264)

Outro aspecto importante que os estudos têm comprovado é que, diferente do que se pensava anteriormente, a violência de gênero não atinge tão somente a classe social econômica baixa e a raça negra, em especial, mas atinge à todas, desde que sejam mulheres, inclusive em todas as faixas etárias. Sustenta-se, portanto, a idéia que as mulheres da classe baixa denunciam com mais freqüência, temem menos o agressor por não terem que sustentar um *status* nem ferir o ideal de uma sociedade igualitária (CASIQUE e FUREGATO 2006; NARVAZ e KOLLER, 2006; SAFFIOTI, 1994 b; SOUZA, 2005).

Comenta Minayo (2007, p. 123) que “não são apenas problemas de natureza econômica, como pobreza, que explicam a violência social, embora saibamos que elas são fruto, causa-efeito, o elemento fundamental de uma violência maior, é o próprio modo organizativo – institucional - cultural de determinado povo”.

Pesquisas que tratam de analisar a violência existente entre as relações conjugais, mostram a dimensão do problema, assim como o grande número de subnotificações, visto que a maioria das mulheres quando vitimizadas não procura os serviços de amparo, quais sejam a Delegacia de Proteção à Mulher, as Unidades de Saúde, os Hospitais; portanto, estima-se ser o número registrado de ocorrências de violência à mulher muito abaixo do real.

É importante, portanto, não nos limitarmos aos estudos que tentam apenas explicar as teorias ou causas da violência, mas as questões aqui suscitadas servem, portanto, para compreender que estes questionamentos acerca da violência vão além da causalidade, da relação causa-efeito, que são fatos eminentemente complexos, constituindo um fenômeno multicausal, multidimensional, de extrema importância para entendermos o contexto dos indivíduos nela inseridos.

2.2 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E OS AGRAVOS À SAÚDE

Pensando-se na violência, entendendo-a de forma mais global e/ou estrutural, nota-se que ela “é um fenômeno sócio histórico e que acompanha toda a experiência da humanidade” (Minayo, 2007; p. 1263) e, portanto, ela não é em si, um problema de saúde pública, mas assim passa a se configurar quando são percebidos os impactos que a violência produz nas sociedades afetando, direta ou indiretamente, a saúde individual ou coletiva.

A OMS revela em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde que “todo ano, mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões não fatais” (OMS, 2002, p.3)

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países [...]. O setor Saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (OMS, 2002, p. 5).

A este respeito, Minayo (2007) ressalta que

Os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados por acidentes e violência correspondem a altos custos emocionais, sociais e com aparatos de segurança pública. Causam prejuízos econômicos por causa dos dias de ausência do trabalho, pelos danos mentais e emocionais incalculáveis que provocam nas vítimas e suas famílias e pelos anos e produtividade ou de vida perdidos. As conseqüências da violência que chegam ao sistema de saúde, dentre outros aspectos, evidenciam aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, muito mais onerosos do que a maioria dos procedimentos médicos convencionais (MINAYO, 2007, p. 1260).

Embora seja difícil ter estimativas precisas em relação ao custo da violência para o mundo, calcula-se que bilhões de dólares são revertidos em despesas anuais com cuidados de saúde, acrescidos de outros bilhões de dólares às economias dos países, em termos de dias não trabalhados, imposição e cumprimento da lei e investimentos perdidos (DAHLBERG e KRUG, 2007).

No relatório “Impacto da violência na saúde dos brasileiros” estima-se que

[...] cerca de 3,3% do PIB brasileiro são gastos com os custos diretos da violência, cifra que sobe para 10,5% quando se incluem custos indiretos e transferências de recursos.[...] Os danos e as transferências de recursos que aqui se processam por causa da violência atingem a 14,2% do PIB da região e equivalem a 168 milhões de dólares. Para se ter idéia do significado da cifra dos custos diretos da violência no País (3,3% do PIB) ela é três vezes maior do que o País investe em Ciência e Tecnologia (BRASIL, 2005, p. 11).

A problemática da violência social é apontada como a responsável, em suas manifestações específicas, por uma série de agravos à saúde como maus-tratos a crianças, espancamento de mulheres e outros, sendo que a morte é a sua pior conseqüência, ceifando jovens e dizimando famílias. O fenômeno assume maiores proporções nas grandes regiões metropolitanas e urbana.

Para Schraiber et al. (2002),

A violência contra a mulher constitui uma questão de saúde pública, além de ser uma violação explícita dos direitos humanos. Estima-se que esse problema cause mais mortes às mulheres de 15 a 44 anos que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras. Suas várias formas de opressão, de dominação e de crueldade incluem assassinatos, estupros,

abusos físicos, sexuais e emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial e outras (SCHRAIBER et al., 2002, p. 119).

Em se tratando especificamente de Salvador, num estudo realizado entre as capitais brasileiras, Minayo e Souza (1993) observaram maior crescimento da mortalidade por causas externas, quais sejam acidentes, suicídios e homicídios, em relação às demais capitais das regiões metropolitanas, na qual a capital baiana registra índices que passam da 6ª causa, para a 2ª causa entre os anos de 1980 a 1993.

Este fato corrobora com os dados apresentados pelo Fórum Comunitário de Combate à Violência – FCCV (2002), os quais mostram que as causas externas são as principais causa de morte em Salvador entre os anos de 1998 a 2001, e que os homens morrem 06 vezes mais que as mulheres, sendo este outro aspecto da desigualdade da violência que se expressa como morte.

Por outro lado, chama-se atenção para o fato de que “os rastros da violência praticada contra a mulher são mais difíceis de identificar: a maior parte das agressões não mata, mas a cada quatro minutos uma mulher é agredida em seu próprio lar, por uma pessoa com quem mantém relação de afeto” (FCCV, 2002, p. 18).

Os estudos que se propõem a analisar as repercussões que a violência doméstica traz à vida das mulheres, muito frequentemente, apontam diversas conseqüências para a saúde destas e sua qualidade de vida. Estas conseqüências se manifestam tanto na saúde física como na saúde mental das mulheres vítimas de violência doméstica.

Alguns dos problemas que prejudicam a saúde física são: os maiores índices de suicídio, homicídio, e a morte propriamente dita, sendo estas as principais causas de perda de vida em potencial entre mulheres jovens, como já fora afirmado anteriormente. Outras formas que sinalizam problemas de ordem física são: abuso de drogas e álcool, queixas vagas, cefaléia, distúrbios gastrintestinais, lesões, problemas ginecológicos, asma, condutas nocivas para a saúde (fumo, sexo sem proteção), mutilação, cicatrizes, incapacidade permanente ou parcial. (DAHLBERG e KRUG, 2007; GIFFIN, 1994; HEISE et al., 1994; MINAYO, 2002; MINAYO, 2007).

Em relação à saúde reprodutiva, a violência contra a mulher tem sido associada a dores pélvicas crônicas, às infecções sexualmente transmissíveis, como a síndrome da imunodeficiência humana adquirida (HIV / AIDS), além de outras doenças como as

inflamações pélvicas, aborto espontâneo e a gravidez indesejada, bem como trabalho de parto prematuro. (DINIZ et al., 2004 ; DINIZ et al., 2007 ; GIFFIN, 1994; HEISE et al., 1994; SCHRAIBER et al., 2002; SOUZA, 2000; TUESTA, 1997).

Entre as manifestações que afetam a saúde mental assinalam-se as seguintes: distúrbio de estresse pós-traumático, medo, fadiga, depressão, ansiedade, disfunção sexual, desordens da alimentação, desordens múltiplas de personalidade e disfunção do sono.

Para Campos (2003), a situação da mulher diante do ato violento é de completa vulnerabilidade, é uma condição de alta morbi-mortalidade que produz seqüelas breves ou tardias, muitas vezes, irreversíveis. A mulher violentada desencadeia um ciclo mental de estresse permanente, que reflete o medo da denúncia, o medo do agressor, a falta de amparo e de resolutividade pela rede de atendimento e medo dos julgamentos por parte da família, pelas instituições ou pelos profissionais que as atendem.

Vasconcelos (2006) ao estudar a violência sexual entre profissionais do sexo, afirma que os sintomas podem permanecer por vários dias. Não somente os físicos, como dor no baixo ventre ou infecções, transtornos digestivos, náuseas, vômitos, cólicas, mas também os psicológicos, como os estados de choque ou crise do pânico, além dos psicossomáticos como insônia, pesadelos, falta de concentração e irritabilidade.

Estes estudos, portanto, passam a delinear um outro perfil da morbidade das vítimas da violência, que é o sofrimento mental, as desordens psicológicas / psiquiátricas e que somente passam a despertar interesse dos pesquisadores nesta última década, sendo, portanto, algo recente e de literatura ainda escassa.

Crepchi (2005), ao analisar as significações psicológicas dadas à violência sexual por mulheres, afirma que a violência se relaciona à vivência traumática, devido ao fato de o aparelho psíquico não estar preparado para enfrentar cotidianamente qualquer tipo de ato violento, o que conduz o psiquismo a desestruturar-se completamente ou a responder ao trauma, por meio de mecanismos de defesa, análogos à economia da dor.

A autora ainda ressalta que

Na violência, o sujeito é colocado na posição de não obter prazer ou de só buscá-lo como defesa contra o medo da morte. Por essa situação traumática, podemos compreender a precariedade de elaboração psíquica do sujeito violentado, com dificuldade de representação e simbolização e, muitas vezes, com tendência à somatização ou psicotização. Com isso, o sujeito

torna-se inabilitado psiquicamente, destituído de sua subjetividade, desejo e singularidade (CREPSCHI, 2005, p. 14).

Outra pesquisa nessa perspectiva foi a realizada por Jacobucci (2004), na qual estudo quali-quantitativo, identificou os fatores psicossociais das histórias de vida de mulheres, que se mantiveram na relação conjugal após a notificação dos atos violentos sofridos. Constataram-se índices elevados de depressão entre mulheres que permaneceram no vínculo conjugal em comparação com aquelas que romperam com o vínculo conjugal; e a presença de alguns traços de personalidade como: traços esquizóides e traços de introversão/ extroversão.

Uma das primeiras manifestações, após a violência sexual, são o medo, a ansiedade e a raiva, que podem durar alguns dias ou perdurar por anos, causando o Transtorno do Estresse Pós-Traumático - TEPT⁶, cuja prevalência atinge 48% das pacientes violentadas, segundo Drezett (2000), Berlim et al. (2003) e Crepschi (2005).

O TEPT pode ser dividido, segundo alguns estudiosos, em duas fases: a aguda e a fase de reorganização. A fase aguda dura alguns dias e corresponde ao período de desorganização psíquica, acompanhada de sintomas como o medo, ansiedade, culpa, vergonha, humilhação, depressão e insônia. A fase de reorganização psíquica é uma fase longa, na qual se impõe a psicoterapia de apoio, podendo a paciente apresentar os seguintes sintomas: transtorno de sexualidade, vaginismo, dispareunia, bulimia e anorexia. Estes sintomas podem durar meses a anos.

Indivíduos que foram expostos a eventos traumáticos têm um risco aumentado de desenvolver transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (14% a 25% dos casos), depressão maior (26% dos casos), transtorno do pânico e de ansiedade generalizada e abuso de substâncias. Eles também podem apresentar sintomas somáticos e doenças físicas, particularmente hipertensão, asma e dor crônica (BERLIM et al., 2003, p. 51).

Corroborando com o acima referido, Rodrigues (2006), ao estudar mulheres queimadas vítimas de violência conjugal, encontra alta prevalência de TEPT entre elas, afirmando que as mulheres apresentam baixa auto-estima, ficando mais expostas a problemas mentais, inclusive depressão, estresse pós-traumático, tendência ao suicídio e consumo abusivo de álcool e drogas.

⁶ A terminologia Transtorno de Estresse Pós- Traumático (TEPT) vem sendo largamente utilizada pela Psiquiatria e pela Psicanálise, em substituição à desordens, distúrbios ou síndrome de estresse pós-traumático e se constitui por manifestações psicossomáticas após o evento, podendo aparecer dias, meses ou anos decorrido o trauma.

A autora aponta que os sintomas mais prevalentes neste grupo populacional foram: falta de concentração e sobressaltos (85,7%), sensação de reviver o trauma (50%), sofrer de insônia (57,1%) ou sentimento de culpa (85,7%), sentimento de isolamento (42,6%). Tais dados corroboram com Ballone (2003, p. 6) ao afirmar que “a sintomatologia do estresse pós-traumático é tipicamente mista e variável e comporta de início um estado de aturdimento, caracterizado por um certo estreitamento do campo da consciência e dificuldades de manter a concentração (...)”.

Estudo desenvolvido por Rovinski (2004) buscou avaliar os tipos dos danos que as mulheres vítimas de violência física ou sexual apresentam. Foram encontrando níveis elevados de depressão (mensurados através do Inventário de Beck), escores também elevados de ansiedade, de estresse pós traumático e de sintomas psicopatológicos, sendo estes três mais significativamente entre mulheres vítimas de violência sexual do que outro tipo de violência.

2.2.1 Violência Doméstica e Depressão

A depressão pode designar um estado afetivo normal, um sintoma, uma síndrome ou uma doença. No Código Internacional de Doenças - CID – 10 (1997), a depressão é conceituada como sendo um rebaixamento de humor, redução da energia e diminuição da atividade.

Além desses, outros sintomas também se fazem prevalentes, tais como: idéias de culpabilidade e/ou indignidade, diminuição da capacidade de concentração, dificuldade de tomar decisões, cansaço mental e físico, diminuição da auto-estima e autoconfiança e sintomas somáticos que abrangem os distúrbios do sono, lentidão psicomotora, perda do apetite, perda de peso e diminuição da libido.

A depressão constitui-se num grave problema de saúde pública, evidenciada pela importância das doenças mentais em relação às outras doenças. Esse transtorno compromete o cotidiano das pessoas no relacionamento social, seja na família, trabalho ou comunidade.

Estudos epidemiológicos têm apontado a dificuldade para se definir a prevalência dos sintomas depressivos na população em geral. Tal fato se deve aos diferentes critérios diagnósticos, aos diversos instrumentos disponíveis para avaliação, dificultando, assim, a realização de uma síntese.

É possível afirmar que os transtornos depressivos são doenças comuns, que afetam um grande número de pessoas em diferentes países e culturas, porém vários estudos epidemiológicos têm demonstrado diferenças de gênero na incidência, prevalência e curso de transtornos mentais e comportamentais.

Na idade adulta emergem grandes diferenças entre homens e mulheres em relação aos transtornos mentais. As mulheres apresentam vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo. A depressão é, comprovadamente, a doença que mais causa incapacitação em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. No mundo, a morte por suicídio em mulheres é a segunda causa de morte para mulheres na faixa de 15 a 44 anos de idade, sendo precedida somente por tuberculose (VIANA et al., 2003, p. 174).

Assim, uma das observações mais documentadas em estudos epidemiológicos é a maior prevalência de depressão em mulheres, o que pode sugerir um papel determinante dos hormônios sexuais, especialmente considerando que outras situações de variação hormonal também tem sido associadas ao humor depressivo, como o período pré-menstrual, puerpério, climatério, uso de contraceptivos orais, terapia de reposição hormonal (ANDRADE, VIANA e SILVEIRA, 2006; BRAGA, 1996; CORDÁS e SALZANO, 2004; NIEVAS, 2005; TORRES, 2004; TUONO et al., 2007; VERAS e NARDI, 2005).

A esse respeito, Tuono et al. (2007) afirmam que

[...] as diversas fases do ciclo reprodutivo passaram a ser vistas, potencialmente, como fatores geradores de estresse ou de maior vulnerabilidade para determinados transtornos mentais. Os fatores atenuantes seriam alterações neuroquímicas, de hormônios, ou ainda, aqueles associados à agravos menstruais, de personalidade, de predisposição biológica, resultados esses obtidos por meio de modelos multifatoriais de causalidade (TUONO et al., 2007, p. 86).

Além dessas especificidades biológicas já mencionadas, outras teorias têm sido exploradas para explicar as diferenças de gênero na prevalência de depressão, como por exemplo, maior persistência dos episódios depressivos em mulheres, permeada pela influência de pressões sociais, estresse crônico e nível de satisfação associados ao desempenho de papéis tradicionalmente femininos, ou pela forma diferencial entre gêneros de lidar com problemas e buscar soluções.

A esse respeito, Martin, Quirino e Mari (2007) ressaltam que, além dos sintomas de depressão e ansiedade serem mais prevalentes entre as mulheres, destaca-se o fato de dever-se compreender esta maior vulnerabilidade feminina sob a questão do ponto de vista cultural, entendendo assim o segmento na qual estão imersas.

Além disso, fatores de risco têm sido associados à maior ocorrência de depressão entre mulheres, incluindo história familiar, adversidades na infância, aspectos associados à personalidade, isolamento social e exposição a experiências estressantes, eventos traumáticos; dentre estes, ressalto sobre a possível incidência mais significativa da depressão entre mulheres vítimas de violência.

A violência física, psicológica e a pobreza contribuem para uma grande incidência de depressão entre mulheres. A esse respeito, Torres (2004) assinala que a experiência de ter sido golpeada, violentada ou maltratada pode levar à depressão e que este fato já tem sido demonstrado por numerosos grupos de investigação que trabalham com mulheres. Outros estudos, tais como o de Ferrer et al. (2004), Jacobucci (2004) e Torres (2004) evidenciam que as mulheres submetidas a estresse econômico e responsabilidade de criar filhos pequenos apresentam maiores sintomas depressivos.

A depressão, portanto, tem sido observada em muitos estudos sobre mulheres que vivenciaram violência, abuso sexual, espancamento, sobreviventes adultos de incesto e crianças abusadas (ADEODATO et al., 2005; FERRER et al., 2004; JACOBUCCI, 2004; ROVINSKI, 2004; STUART e LARAIA, 2001).

Ferrer et al. (2004) realizaram estudo sobre violência doméstica e sua relação com depressão e auto-estima entre mulheres mexicanas e porto-riquenhas que vivem nos Estados Unidos, detectando que estas experimentaram violência com frequência e a maior parte sofreram de depressão e apresentaram baixos níveis de auto-estima.

Esses autores ainda afirmam que

[...]Cerca de 33% das mulheres vítimas de assassinatos nos Estados Unidos são assassinadas por seus companheiros. Paralelamente, existem outros problemas que surgem da violência doméstica e que, se não causam a morte, têm um alto impacto na saúde física e psicossocial das mulheres, assim como de toda família. Quando se refere à saúde psicológica, as observações se realizam sobre os efeitos psicológicos causados pelo estresse emocional que a violência doméstica pode gerar, sendo a mais significativa delas, a depressão.(FERRER et al., 2004, p. 26-27)

Estudo semelhante a este foi realizado por Jacobucci (2004) quando analisou mulheres que sofreram violência em seu espaço doméstico e constatou que, entre aquelas que mantinham o vínculo conjugal após os atos violentos, os níveis e a severidade da depressão se mostraram mais intensificados e a presença de traços de personalidade (traços esquizóides, introversão/extroversão) também foram mais prevalentes entres estas.

Rovinski (2004) aponta que mulheres vítimas de violência apresentam elevado índice de transtornos emocionais, destacando a depressão, a ansiedade e os transtornos de estresse pós-traumático, sejam em vítimas criminais ou em vítimas da relação conjugal; no entanto, a autora chama atenção de que mulheres que sofreram violência conjugal apresentam maiores escores de depressão em relação àquelas que sofreram algum tipo de abuso sexual. Isso pode ser explicado por “estarem constantemente sendo submetidas à situação de violência” (ROVINSKI, 2004, p. 154).

Pode-se perceber, desse modo, a relação entre violência doméstica e adoecimento psíquico, na qual as pesquisas têm evidenciado que mulheres vítimas de violência, principalmente no âmbito doméstico, têm um maior risco de adoecimento e de maior morbidade, mas ainda continuam silenciando a violência, mascarando a depressão, o medo, as fobias, o não enfrentamento e convivendo cotidianamente com o próprio algoz.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DO ESTUDO

Para investigar as condições de vida e ocorrência de depressão entre as mulheres optou-se pela realização de um estudo epidemiológico, do tipo corte transversal. Segundo Pereira (2005), este é um tipo de pesquisa que permite examinar a relação exposição-doença, em uma dada população, em um dado momento, considerando-o como um bom método para detectar frequências das doenças e dos fatores de risco, e, assim, identificar os grupos na população, que estão mais afetados ou menos afetados.

Além dos fatores considerados acima, a escolha de um estudo de corte transversal se justifica por uma série de vantagens, tais como:

a) ser de fácil operacionalização, sendo de baixo custo em relação aos outros tipos de estudos; b) possibilitar a obtenção de dados sobre exposições, doenças e características das pessoas e do ambiente referentes a um único momento, podendo ser coletado em curto intervalo de tempo; c) possuir objetividade na coleta de dados; d) permitir que um número significativo da população em estudo seja avaliado, além de não haver necessidade de acompanhá-lo temporalmente; e) possibilitar descrição dos eventos na população seja de doenças ou de fatores a ela relacionados, detectando casos e/ou grupos de alto risco (PEREIRA, 2005, p. 299).

Porém, neste tipo de estudo, uma questão importante que pode ficar sem resposta é a definição de que evento ocorreu primeiro: o fator de exposição ou a doença. Desta forma, os estudos de corte transversal refletem não apenas determinantes de doença, mas, também, determinantes de sobrevida.

Vale ainda ressaltar alguns limites deste tipo de estudo que são: problemas operacionais /metodológicos quando o evento a ser estudado, doenças e agravos, forem de baixa prevalência, o que exige amostra de grande tamanho; não é capaz de determinar o risco absoluto (incidência), mas é possível através dele, o cálculo da associação entre exposição e doença, como ela existe, na população, em um particular momento (prevalência).

3.2 CAMPO DO ESTUDO

Para a realização desta pesquisa, foi escolhido como campo de estudo a comunidade do Calafate, um bairro periférico, localizado em uma transversal da Avenida San Martin, na cidade de Salvador, Bahia.

A origem do nome do bairro, segundo Huber (2002), deve-se ao fato da área ter sido um quilombo e os escravos calafateavam embarcações.

Narram os moradores que, quando alguém pedia referência do local, eles respondiam: “é na rua onde mora um calafate”. Assim, a transversal da San Martin conhecida antigamente como portão 151, virou rua do Calafate, deu nome ao bairro e hoje identifica algumas de suas organizações.(HUBER, 2002, p. 23)

Definir os limites geográficos do Calafate parece uma tarefa difícil, pois no decorrer deste estudo foram encontrados diferentes limitações da área, seja pela Secretaria de Saúde do Município, seja pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, pelo IBGE e pela Companhia Baiana de Desenvolvimento Regional - CONDER, mas sabe-se que o bairro faz limites com bairros antigos como Fazenda Grande, Retiro, Largo do Tanque, margeado de um lado pela Avenida San Martin e por outro, pela BR- 324 (Anexo A).

Segundo dados da CONDER / IBGE (2006), em último censo demográfico realizado na área⁷, existem 2.886 domicílios particulares permanentes; 11.198 pessoas residentes sendo 5.270 do sexo masculino e 5.928 do sexo feminino.

Destaca-se nesta comunidade o Coletivo de Mulheres do Calafate - CMC, instituição fundada em 8 de outubro de 1992, sendo legalizada em 1996⁸. É caracterizada por ser uma entidade sem fins lucrativos, criada pela própria população com o objetivo de prevenir e combater a violência contra a mulher e promover a saúde deste grupo, além de se constituir um meio de mobilização social e participação popular.

⁷ Considerou-se como área geográfica deste estudo os setores censitários, segundo a definição do IBGE (2006), limitando-se geograficamente os setores 131, 132, 134, 136, 137,138, 139, 141, 362e 363, conforme foto (Anexo B).

⁸ Informações colhidas através da dissertação intitulada “Representações de casais sobre a violência doméstica na gravidez”, de Santana (2006) e entrevista informal realizada em setembro de 2007, com a coordenadora do Coletivo de Mulheres do Calafate, Jacinta Marta Tavares Leiro, então uma das líderes comunitárias que assume a coordenação do CMC.

A entidade possui um grupo de coordenação que tem na sua liderança uma moradora da comunidade, desenvolvendo atualmente alguns projetos de cunho social visando resgatar conceitos de cidadania, de educação, combatendo a violência, estimulando a leitura entre adolescentes, jovens e mulheres, prevenção de IST's, HIV/AIDS e outros.

Esta localidade apresenta as mesmas características dos demais bairros da periferia da cidade, tais como alta taxa de desemprego, baixo nível de escolaridade, de violência, falta de saneamento básico, de área de lazer para os moradores, carência de escola pública para o ensino fundamental e serviços de saúde que atendam a população com qualidade. A comunidade está situada em uma área de risco, sujeita a constantes deslizamentos de terra em períodos de chuva, com danos às moradias. Sentimentos de medo e de insegurança predominam na comunidade, sendo a morte também uma constante devido ao alto índice de violência urbana.

Minha aproximação com esta comunidade se deu através da Dr^a Normélia Maria Freire Diniz, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), que atua nesta comunidade realizando projetos de extensão (oficinas, palestras e atividades educativas grupais) há mais de 10 anos. Estas atividades foram realizadas através do projeto de extensão citado anteriormente, promovida pela linha de pesquisa “Mulher, Saúde e Violência”, coordenada pela referida docente através do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher (GEM) e mais recentemente, também pelo Grupo de Pesquisa Violência, Saúde e Qualidade de Vida.

Vale ressaltar que o CMC apoiou a realização deste estudo, em especial no que se refere à nossa inserção na comunidade, no acompanhamento da equipe durante os momentos da coleta de dados, bem como no contato com as mulheres, que consentiram em participar desta pesquisa.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Para população deste estudo, foi incluída amostra representativa da população feminina, com idade faixa etária compreendida entre 15 a 49 anos⁹, que residiam na referida comunidade.

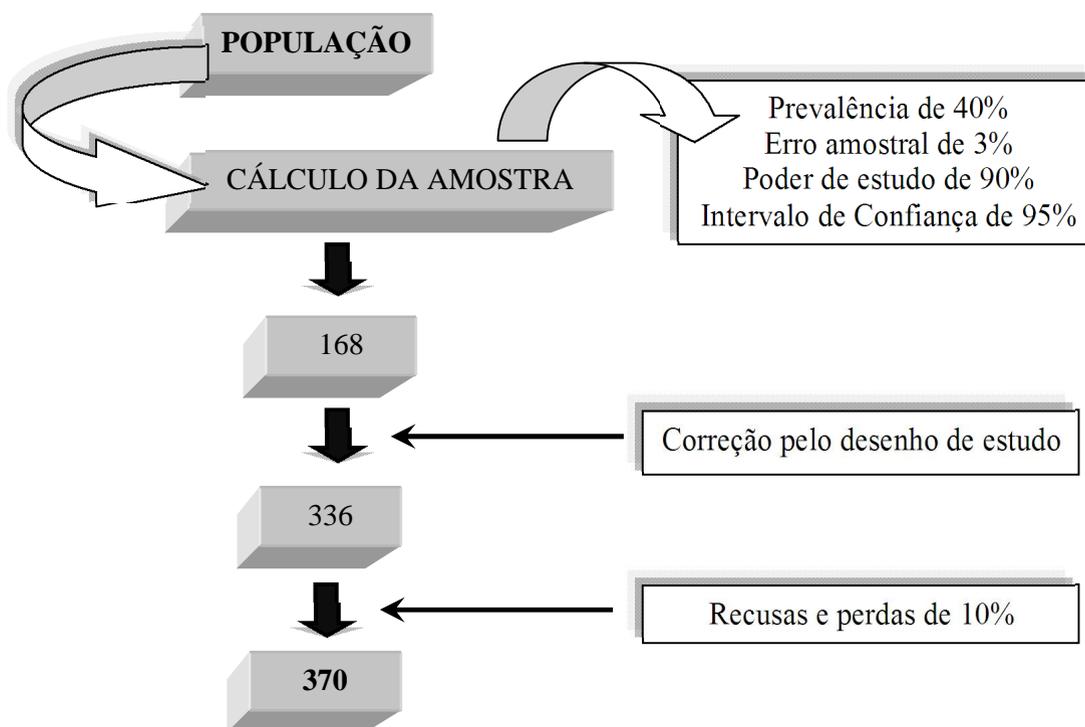
⁹ Este critério de seleção foi adotado por ser esta faixa etária considerada como idade reprodutiva das mulheres. Além da incidência de violência ocorrer mais significativamente entre mulheres situadas nesta faixa etária, a exclusão de mulheres menopausadas se deu devido estudos apontarem associação de depressão e climatério, o que poderia ocasionar um viés na realização deste estudo (NIEVAS, 2005).

Esta população foi selecionada através de amostragem aleatória por conglomerado, estratificada por subdistritos. Para cálculo do tamanho da amostra se assumiu uma prevalência estimada de depressão de 40%, considerando os estudos afins, razão de expostas e não expostas à violência doméstica de 3/1, erro amostral de 3%, poder de estudo de 90%, com 95% de confiança.

A partir desses parâmetros chegou-se a uma amostra mínima de 168 mulheres. Para correção do efeito do desenho de estudo (amostragem por conglomerado), dobrou-se o tamanho da amostra (N=336). Admitindo-se recusas e perdas em torno de 10%, definiu-se N amostral de 370 mulheres, como ilustra a Figura 1, a seguir.

Como critério de escolha da amostra, adotou-se que mulheres portadoras de deficiências como surdez, mudez e as psiquiátricas, exceto as que possuíssem depressão; e aquelas que não fossem, de fato, moradoras do bairro (estavam passando período de férias, de maternidade ou que apenas exerciam atividades profissionais no Calafate) seriam excluídas da pesquisa.

Figura 1 – Cálculo da amostra



3.4 COLETA DE DADOS

Inicialmente, foi realizada a delimitação geográfica do bairro, assim como os seus setores censitários. Em cada setor, selecionaram-se as ruas a serem incluídas na pesquisa e após, sortearam-se as casas, adotando-se o critério de saltar uma a duas casas vizinhas para evitar viés das respostas obtidas.

A coleta de dados foi realizada na referida comunidade com o auxílio do grupo de líderes do CMC, que acompanhavam a pesquisadora e/ou as bolsistas às residências das entrevistadas, e de bolsistas do Grupo de Pesquisa Violência, Saúde e Qualidade de Vida que foram treinados especificamente para este fim, por um período de dois meses. Contactamos, casa a casa, todas as mulheres residentes em cada domicílio que se enquadravam como sujeitos da pesquisa, à época da coleta de dados.

Os dados foram coletados em todos os setores censitários já mencionados no Calafate, no período de agosto a setembro de 2008.

Para a coleta das informações, a metodologia escolhida foi a entrevista estruturada, na qual utilizou-se como instrumento o formulário¹⁰ composto de questões fechadas de múltipla escolha, divididas nos seguintes blocos (Apêndice A):

- Bloco I: Identificação Geral¹¹ – Constitui-se de variáveis independentes, contendo dados de caracterização de amostra, tais como nome (optativo), a idade, situação conjugal, cor / raça, religião;

- Bloco II: Aspectos Sócioeconômicos – Constitui-se de variáveis independentes, com dados sobre condições de moradia, infra-estrutura domiciliar, residência, escolaridade, renda média individual e familiar mensal, realização de atividades domésticas, chefia da casa, ocupação;

- Bloco III: Condições de Saúde e Estilo de vida – Constitui-se de variáveis independentes, avaliando a saúde das mulheres, a partir de informações gineco-obstétricas, sintomas e/ou problemas de saúde, queixas mais frequentes, e os hábitos das entrevistadas quanto aos distúrbios do sono, tabagismo, etilismo, atividade sexual, atividade física e atividades sociais;

¹⁰ Foi respondido com a presença da entrevistadora, ou seja, a própria pesquisadora ou as bolsistas.

¹¹ Este formulário foi elaborado obedecendo aos critérios adotados pelo IBGE.

- Bloco IV: Avaliação da Violência Doméstica – Constitui-se de variáveis independentes, contendo a variável independente principal, qual seja a ocorrência de violência doméstica. Neste bloco, foram também consideradas questões referentes ao tipo de violência sofrida (se psicológica, física, sexual, patrimonial e outras), identificação do agressor, frequência, existência ou não de lesões físicas, horário mais frequente, duração e busca da rede de apoio.

- Bloco V: Avaliação da Saúde Mental- Contém a variável dependente – depressão. Para avaliação da saúde mental, em especial, a prevalência de depressão, optou-se, nesta pesquisa, pela aplicação do Beck Depression Inventory (BDI) composto de 21 grupos de afirmações. O BDI é uma escala de auto-avaliação de depressão, que possibilita a avaliação rápida e objetiva de manifestações comportamentais de depressão, porém vale ressaltar que tal escala não tem finalidade diagnóstica (Padovani, 2005).

O Inventário de Beck é composto por questões subjetivas, de múltipla escolha com valores variando de 0 a 3, refletindo a gravidade dos sintomas de depressão, na qual a entrevistada assinalará a alternativa que mais se aproxima do que sente ultimamente.

Adiante, encontram-se considerações importantes sobre o instrumento aqui adotado para rastreamento da depressão.

3.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O BECK DEPRESSION INVENTORY

O instrumento utilizado para avaliar a depressão nas mulheres foi o BDI. Este aborda a sintomatologia depressiva, tais como: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, distúrbios do sono, fadiga, perda de peso, diminuição da libido e preocupação somática.

Foi traduzido e validado para o português por Gorenstain e Andrade (1998) e desde então vem sendo largamente utilizado em pesquisas clínicas, tais como as desenvolvidas por Gorenstain e Andrade (1998), Demétrio et al. (2001), Santos et al. (2003), Jacobucci (2004), Rovinski (2004), Furegato (2005), Padovani (2005) e Gandini et al. (2007).

Cunha (2001), no Manual da versão em português das Escalas Beck, explica que a mesma pode ser utilizada amplamente tanto na área clínica como na de pesquisa e mostra-se

como um instrumento útil não só para populações específicas, como as psiquiátricas, mas também para a população em geral.

Um estudo realizado por Gandini et al. (2007) objetivou validar fatorialmente o BDI utilizando uma amostra de 208 mulheres com câncer, na qual as autoras qualificam o instrumento como sendo de fidedignidade altamente satisfatória, assumindo que

[...]o BDI tem duas soluções fatoriais, sendo uma bifatorial – sendo F1 composto de 08 itens ($\alpha = 0,82$) denominado “visão negativa de si mesmo”, explicando 32,4% da variância e F2 com 05 itens ($\alpha = 0,77$) denominado “função física”, explicando 8% da variância – e outra unifatorial com 13 itens, com fidedignidade altamente satisfatória ($\alpha = 0,86$), denominada “depressão”, explicando 38% da variância total. (GANDINI et al., 2007, p. 23)

Outra pesquisa de validação fatorial do BDI foi realizada por Gorenstein e Andrade (1998) com 1.080 estudantes universitários da cidade de São Paulo, na qual as autoras identificaram três fatores para a amostra total. O fator 1, representando a dimensão de autodepreciação, o fator 2, cognição-afeto e o fator 3, a dimensão somática. Os coeficientes de fidedignidade foram de 0,76; 0,77 e 0,66, e cada fator explicou 28,3%; 6,4% e 6,1%, respectivamente, de variância total.

É uma escala de auto-relato, constituído de 21 itens de afirmação que abordam os sintomas acima referidos, cada um com quatro alternativas, escaladas de 0 a 3, denotando o grau da severidade dos sintomas, na qual o entrevistado responde sozinho ou é aplicado oralmente. A pontuação total máxima é de 63 pontos, sendo o ponto de corte adotado, conforme normas do manual em português, de: nível mínimo, de 0 a 11; leve, de 12 a 19; moderado, de 20 a 35 e grave, de 36 a 63.

Padovani (2005) ressalta que o BDI é uma escala de auto avaliação de depressão, que possibilita a avaliação rápida e objetiva de manifestações comportamentais de depressão, porém tal escala não tem finalidade diagnóstica.

Santos et al. (2003) estudou depressão entre estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem, encontrando uma percentagem de 41% nesta população, apontando a relevância de estudar esta temática, principalmente entre as mulheres , nas quais se observa maior severidade da depressão.

A autora ainda destaca que o BDI tem sido amplamente utilizado para avaliar cognições associadas à depressão em pacientes psiquiátricos e em populações normais, sendo um dos mais aceitos para avaliar a intensidade de depressão e com melhor desempenho.

Demétrio et al. (2001) utilizaram o Inventário em estudo com mulheres pós-menopausadas, no qual analisaram o efeito de estrógenos conjugados sobre o humor dessas mulheres.

3.6 PRÉ - TESTE

Para garantir a qualidade, a validade e a operacionalidade foi realizado um pré-teste a fim de detectar possíveis falhas no instrumento elaborado e evitar vieses metodológicos. Lakatos e Marconi (2008, p. 90) ressaltam a importância do pré-teste para avaliar “inconsistência ou complexidade das questões; ambigüidade ou linguagem inacessível; perguntas supérfluas ou que causam embaraço ao informante e verificar se as questões obedecem à determinada ordem ou se são muito numerosas”.

O pré-teste foi realizado entre mulheres da própria comunidade do Calafate que, posteriormente, não estivessem incluídas na amostra da pesquisa. Para isso, foi selecionado um quantitativo de 10% da amostra total, atingindo assim, 37 mulheres para a realização deste pré-teste.

Após a realização do pré-teste, detectou-se a necessidade de possíveis ajustes a serem feitos no formulário, assim como a inclusão de mais alguns questionamentos para enfim, ser realizada a coleta.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi desenvolvida com base nas normas e diretrizes da pesquisa com seres humanos estabelecidas pela Resolução nº 196/96, utilizando-se do termo de consentimento livre e esclarecido (BRASIL, 1996).

O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), que emitiu o parecer de aprovação nº 275/2008 (Anexo C).

Todas as entrevistadas foram esclarecidas que as informações seriam mantidas em anonimato, isso em função do caráter de que as questões abordadas são pessoais e, portanto, confidenciais, destinando-se, exclusivamente, aos objetivos propostos pela pesquisa.

Junto ao instrumento de coleta, todas as entrevistadas receberam uma carta explicando a natureza da pesquisa, os objetivos, a importância de obtenção de respostas e a participação da pesquisadora como entrevistadora para assim garantir um maior número de formulários devidamente preenchidos (Apêndice B).

Receberam, ainda, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), no qual as participantes assinaram, consentindo com sua participação na pesquisa, assumindo, portanto, responsabilidade pelos dados fornecidos.

3.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO

3.8.1 Variável dependente

Foi considerado como variável dependente deste estudo a **depressão**, aqui avaliado, utilizando-se como instrumento para detecção e avaliação, o BID.

Para dicotomizar os níveis de depressão apresentados pelo Inventário de Beck, adotou-se ponto de corte validado em estudos no Brasil, especialmente para este tipo de grupo populacional, no qual mulheres que apresentaram pontuação igual ou maior que 16, foram consideradas com depressão; escores menores que 16 foram considerados sem depressão.

3.8.2 Variável independente

A variável independente principal adotada neste estudo foi a violência.

A violência doméstica foi dicotomizada entre sim ou não, na qual antes de fazer este questionamento, o entrevistador explicava à mulher o entendimento acerca da violência, na

qual a mesma se configurava pela presença de agressões físicas (puxões de cabelo, tapas, bofetadas, queimaduras, espancamentos), violência sexual (incesto, sexo por coação e/ou ameaças, estupro), violência psicológicas (abandono, rebaixamento de auto-estima, ofensas, humilhações, entre outros), agressões verbais (xingamentos, ofensas, abandono), violência patrimonial (queimar ou se desfazer dos documentos, pertences da mulher; destruição de bens e/ou empréstimo sem consentimento prévio, etc).

Outras características da violência também foram analisadas como: agressor, início e frequência das agressões, motivações para a violência, local do corpo agredido, quando na presença de agressões físicas; horário das agressões, comportamento e sentimentos diante da violência, busca da rede de apoio às mulheres vítimas de violência, além dos motivos que fazem a vítima permanecer na situação de violência.

3.8.3 Co-variáveis

- Características sociodemográficas foram avaliadas a partir das variáveis: idade, situação conjugal, raça/cor, nível de escolaridade, renda, religião, .

- Características do trabalho foram avaliadas a partir da ocupação, renda individual, renda familiar e chefia da família.

- Condições de saúde das mulheres foram avaliadas a partir dos dados gineco-obstétricos (menarca, início da vida sexual, número de parceiro sexual, partos e abortos), antecedentes de saúde existentes e prevalência das queixas de saúde (sintomas físicos e psíquicos).

- Estilo de vida foi analisado com base nas seguintes categorias: práticas de atividade física, atividades de lazer, etilismo e tabagismo.

3.9 SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS

Os dados contidos no formulário foram codificados em banco de dados do pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (S.P.S.S.) for Windows versão 13.0.

Assim, foi processada a digitação dos dados, sendo feita, paralelamente, análise da qualidade dos dados colhidos.

Para controle da qualidade dos dados digitados e evitar possíveis erros de digitação, procedeu-se, periodicamente, à revisão do banco de dados. Deste modo, realizou-se a análise da qualidade do banco de dados através da listagem das frequências simples de todas as variáveis, na qual foi possível observar a qualidade da digitação e corrigir os erros encontrados.

3.10 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Após digitação e processamento dos dados, foram realizadas análises e discussões dos mesmos. Inicialmente, foi feita a caracterização da população estudada procurando diferenciar a mesma em dois grupos: o de mulheres vítimas e o de não-vítimas de violência doméstica.

Procedeu-se para tal caracterização, a utilização do teste de qui-quadrado¹² para avaliar diferenças entre os grupos expostos e não-expostos à violência doméstica, adotando-se um nível de significância estatística de 5%. Foram estimadas as taxas de prevalência das variáveis de interesse no estudo, e respectivos intervalos de confiança, quando indicados.

Após descrição das estimativas da prevalência de depressão, buscou-se descrever a associação entre a frequência das variáveis de interesse descritas como objetivo desta pesquisa, como características sócio-demográficas e fatores relacionados à violência.

Subsequentemente, foi realizada análise estratificada no intuito de apontar as potenciais confundidoras e modificadoras de efeito da associação em estudo; pois na “análise estratificada, além da variável dependente e da independente consideram-se outras co-variáveis que podem ser impróprias à associação em teste, ou seja, pode-se identificar possíveis modificadores de efeito e/ou potenciais confundidores” (PINHO, 2006, p. 58).

A literatura aponta a questão do confundimento como eminentemente teórica; por essa razão, são elaborados modelos explicativos para serem testadas empiricamente. O critério empírico consiste em selecionar variáveis de confundimento potenciais, quando há diferença relativa entre as medidas ajustadas de cada co-variável e a medida de associação bruta for superior a 20% (GREENLAND e MORGENSTERN, 2001).

¹² Teste de Pearson, adotando-se valor de p 0,05 para associação estatisticamente significativa.

Ressalta, portanto, que a adoção dos critérios de confundimento deve ser adotados, sem contudo, negligenciar a necessidade dessas co-variáveis estarem associadas à exposição entre mulheres portadoras da depressão e, simultaneamente, associadas ao desfecho entre as mulheres que não foram expostas à violência.

Todavia, sobre a luz da teoria, optou-se levar para o modelo confundidores clássicos, ainda que não houvesse confirmação empírica de necessidade de ajustamento.

Assim, se determinada co-variável interagir de modo dinâmico, modificando a intensidade da depressão frente à situação de exposição, qual seja, a violência doméstica, esta co-variável estará agindo de modo sinérgico, tornando esta exposição mais forte, o que chamamos de uma variável modificadora de efeito.

Para verificação de interação foram observadas as medidas estrato-específicas em relação aos intervalos de confiança dos estratos opostos. Caso haja indicação de possível modificação de efeito, aplica-se o teste de homogeneidade (teste de Breslow-Day) entre os estratos com significância de 5%, havendo, assim, um critério epidemiológico (medidas estrato-específicas) e outro estatístico (teste de homogeneidade) para seleção de candidatas a interação.

Por fim, realizou-se a modelagem através da regressão logística não condicional visando estimar medida de associação ajustada pelos critérios teóricos e empíricos, para avaliação simultânea das variáveis estudadas.

Para apresentação dos resultados, optou-se pela utilização de gráficos e tabelas, dispostos a seguir, com posterior discussão dos resultados confrontando à luz das idéias de estudos do gênero.

4. RESULTADOS

Foram entrevistadas 379 mulheres, sendo que 4 formulários foram invalidados devido à qualidade dos dados obtidos, gerando inconsistência na análise dos mesmos. No que diz respeito às recusas, o número registrado foi insignificante, o qual não dificultou a operacionalidade da coleta (n = 13). Assim, o total de mulheres que participaram desta amostra foi de 375, o que perfaz um total de 10,3 % de mulheres residentes no Calafate nesta faixa etária, na qual todos os setores censitários foram representados proporcionalmente.

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS MULHERES DO CALAFATE

O presente estudo descritivo caracteriza as mulheres do Calafate em suas características sociodemográficas, buscando-se compreender a existência de características importantes e/ou determinantes entre a vitimização ou não das mulheres vítimas e não-vítimas de violência, como se vê na tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres do Calafate, Salvador. Bahia - Brasil, 2008 (N= 375)

Características	Vítimas (n=190)		Não-vítimas (n=185)		valor de <i>p</i>
	n	%	n	%	
Idade (em anos)					
14 – 29	93	48,95	98	52,97	0,44
30 – 49	97	51,05	87	47,03	
Situação Conjugal					
Solteira/ viúva/separada	93	48,95	104	56,22	0,16
Casada/União estável	97	51,05	81	43,78	
Raça / Cor					
Branca	14	7,41	15	8,24	0,38
Negra	172	91,01	160	87,91	
Outras (amarela/indígena)	03	1,59	07	3,85	
Nível de Escolaridade					
Até 8 anos de estudo	44	23,16	50	27,03	0,38
Mais de 8 anos de estudo	146	76,84	135	72,97	
Ocupação					
Remunerada	86	45,26	80	43,24	0,69
D. casa/estudante/desempregada	104	54,74	105	56,76	
Renda					
Até 1 salário mínimo	77	41,4	66	40,24	0,83
Acima de 1 salário mínimo	109	58,6	98	59,76	

Encontram-se adscritas algumas das variáveis sociodemográficas, para as quais se observa que não houve significância estatística, ou seja, o grupo de mulheres do Calafate – vítimas e não-vítimas de violência doméstica – são semelhantes com relação ao conjunto de variáveis analisadas.

Quanto à variável idade, consolidando o total da amostra, percebe-se maior concentração da faixa adulto jovem, mesmo que ainda as mulheres em idade mais avançada tenham sido bem representadas, já que as mulheres acima de 40 anos representaram 23% da população.

Ao analisarmos os dados, tendo por base as variáveis faixa etária e violência, e apesar das idades mínimas (14 a 29) e máximas (30 a 49 anos) se apresentarem de maneira bem semelhante; ainda é possível inferir que aquelas que sofrem violência concentram-se na idade adulto jovem, representada pelas mulheres na faixa etária dos 20 aos 34 anos, apresentando um percentual de 52,6% (mais da metade das mulheres que sofrem violência doméstica), como se observa na tabela 2.

A tabela abaixo mostra que, apesar da concentração de mulheres vítimas de violência encontrar-se na faixa adulto jovem, tal resultado não mostra significância estatística para esta variável, sendo os grupos de mulheres, portanto, semelhantes a este respeito.

Tabela 2 – Distribuição da faixa etária segundo vitimização entre as mulheres do Calafate. Salvador, Bahia, Brasil, 2008. (N= 375)

Faixa Etária	Vítimas		Não-Vítimas		Valor de p
	n	%	n	%	
14 a 19 anos	26	13,7	39	21,1	0,44
20 a 24 anos	31	16,3	26	14,0	
25 a 29 anos	40	21,0	22	11,9	
30 a 34 anos	29	15,3	34	18,4	
35 a 39 anos	19	10,0	23	12,4	
40 a 44 anos	26	13,7	23	12,4	
45 a 49 anos	19	10,0	18	9,8	
Total	190	100,0	185	100,0	

Na amostra total, a variável raça/cor apresenta uma predominância de 51% de mulheres da raça negra, seguida da parda (41%) e da branca (8%), como mostra o gráfico 1 a seguir. Quando se estratificou segundo a ocorrência de vitimização, observa-se que a distribuição ocorreu de maneira muito semelhante nos subgrupos estudados, as diferenças observadas não apresentam significância estatística para tal evento ($p=0,38$).

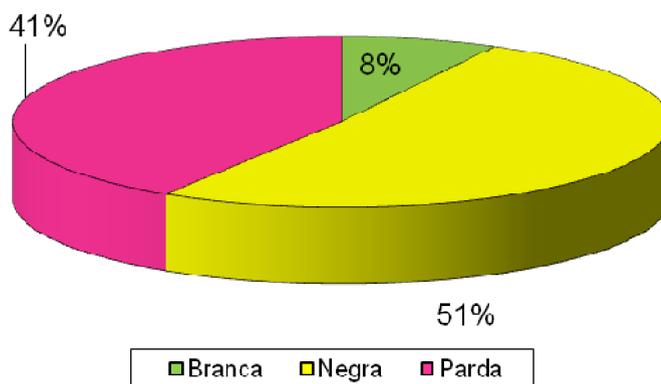


Gráfico 1 – Raça / cor , segundo dados auto-referidos, entre mulheres do Calafate, Salvador – Bahia. Brasil, 2008. (N= 375)

No que diz respeito ao estado civil, na amostra geral, evidencia-se maior predominância de solteiras; portanto, se considerarmos que as casadas e as de união estável possuem uma situação muito semelhante quanto ao estabelecimento de uma relação conjugal, estas representam no seu total 47%, um dado que se aproxima ao de mulheres sem companheiros (53%), como se vê no gráfico 2, a seguir.

Quando se analisa a situação conjugal, segundo exposição à situação de violência, percebe-se que entre as que não têm companheiro (solteiras, viúvas, desquitadas e divorciadas) num total de 197, destas, 47,2% sofrem violência doméstica; enquanto que entre aquelas que têm companheiro (casadas e de união estável), dentre um total de 178 mulheres, 54,5% destas são vítimas de violência doméstica.

Assim, em relação à situação conjugal, a diferença entre mulheres vítimas e não vítimas parece ser insignificante ($p=0,16$); no entanto, pode-se inferir que o grau de exposição à violência relaciona-se à situação marital, na qual as mulheres casadas apresentam maior

percentagem de vitimização; na verdade, esperava-se que o fato de ter um companheiro fosse um fator de proteção à violência.

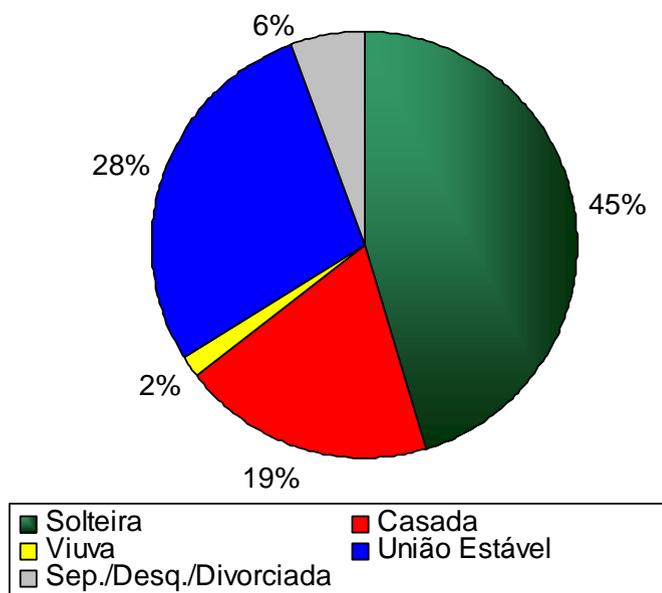


Gráfico 2 – Situação conjugal das mulheres do Calafate, Salvador – Bahia, Brasil, 2008.
(N= 375)

Em relação à religião das mulheres entrevistadas, destaca-se a religião católica (42,8%) seguida da evangélica/protestante (31,8%). Com dados menos expressivos, aparecem ainda o espiritismo (3,7%) e o candomblé, com 2,1%, conforme mostra o gráfico 3.

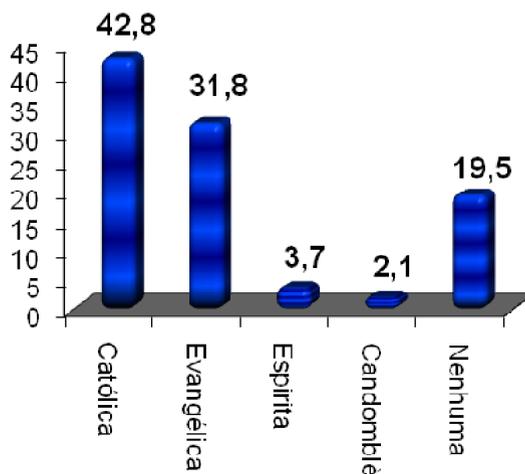


Gráfico 3 – Religião entre as mulheres do Calafate, Salvador – Bahia, Brasil – 2008.
(N= 375)

Destaca-se, portanto, o fato de 19,5% das mulheres afirmarem não ter nenhuma religião, principalmente por ser na cidade de Salvador, uma região marcada fortemente pelo sincretismo religioso, pela influência de religião de matrizes africanas na cultura sócio-local.

Essa influência permeou toda a formação da sociedade, principalmente das comunidades carentes sem, contudo, neste estudo demonstrar uma interrelação entre violência e religião.

A análise da religião segundo grau de exposição à violência, portanto, não apresentou dados significativos, revelando tendência semelhante entre os subgrupos da variável religião ($p=0,70$).

Para a variável escolaridade, correspondente ao grau de estudo, os resultados revelam maior frequência de 8 a 11 anos de estudo¹³, equivalendo a um total de 62,4%, seguido de 2 a 8 anos de estudo (34,2%) e mais de 11 anos de estudo, com um total de 3,4% entre mulheres que possuíam superior incompleto ou completo, como se vê na tabela abaixo.

Tabela 3 – Distribuição do grau de escolaridade segundo vitimização entre as mulheres do Calafate. Salvador, Bahia, Brasil, 2008.

Grau de Escolaridade	Total		Vítimas		Não-Vítimas	
	n	%	n	%	n	%
Fundamental Incompleto	94	24,9	44	23,2	50	27,2
Fundamental Completo	35	9,4	21	11,0	14	7,7
Médio Incompleto	102	27,3	55	29,0	47	25,6
Médio Completo	132	35,2	66	34,8	66	35,9
Superior Incompleto	04	1,1	01	0,5	03	1,8
Superior Completo	06	1,6	03	1,5	03	1,8
Total	374	100,0	190	100,0	184	100,0

Quanto aos resultados por subgrupos, observa-se que não existe discrepância entre mulheres vítimas e não vítimas em relação ao grau de escolaridade, no entanto, vale destacar

¹³ Para grau de escolaridade, as variáveis foram posteriormente categorizadas por anos de estudo; assim, analfabeto, ensino fundamental incompleto e completo foram elencados como ‘menos de 08 anos de estudo’; ensino médio incompleto ou completo na categoria ‘de 08 a 11 anos de estudo’; superior incompleto ou completo, como ‘mais de 11 anos de estudo’.

o número significativo de mulheres que têm de 8 a 11 anos de estudo; e ressaltar também que, mesmo com os programas de incentivos de ordem federais e /ou estaduais, o sistema de cotas para ingresso nas universidades públicas e os sistemas de financiamento do ensino superior, apenas 1,6% (n=6) do total da amostra apresentam terceiro grau completo e outros 1,1% (n=4) que estão cursando o nível superior. Afora isso, é ainda muito tímida a inserção em faculdades de mulheres residentes nos subúrbios.

4.2 CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

Entre as 375 entrevistadas, mais da metade das mulheres, ou seja, 55,7%, afirmam não exercer nenhum tipo de atividade remunerada, ao mesmo tempo em que 44,3% referem estar trabalhando, exercendo alguma atividade no mercado de trabalho seja formal ou informal. Porém, o que se percebe é que apesar de existirem 44,3% das mulheres trabalhando, apenas 17,6 % delas recebem salário mínimo e ainda assim a sua grande maioria não possui vínculo trabalhista.

Esse dado merece ser melhor discutido em estudos posteriores visto que durante a realização desta pesquisa foi percebido que o fator emprego constitui um forte elemento na realização pessoal e profissional destas mulheres, pois este possibilita não só a inserção no mercado de trabalho, mas também permite-lhes satisfação pessoal, poder de compra, auto-estima, empoderamento, independência, além da liberdade por saberem que não dependem financeiramente de outrem, com destaque do companheiro.

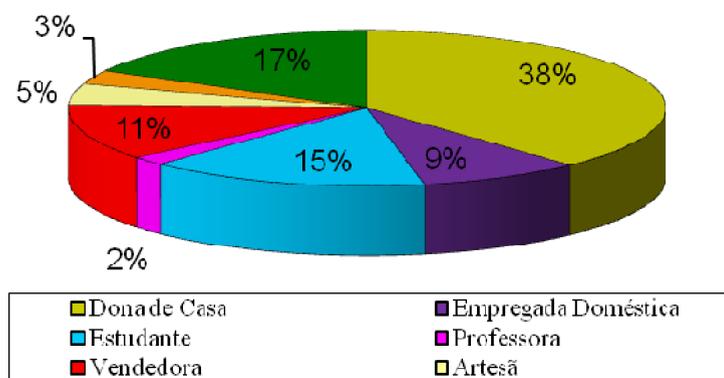


Gráfico 4 – Ocupação das mulheres do Calafate, Salvador – Bahia, Brasil, 2008. (N= 375)

Como se vê no gráfico acima, em relação à ocupação das residentes do Calafate, destaca-se o percentual significativo de 53% de mulheres que não possuem atividade

remunerada (donas de casa e estudantes), apesar de tais ocupações delegarem à mulher atividades laborativas.

No que se refere à categoria “outras ocupações”, destacadas no gráfico 4, estão aí elencadas as que são manicures, cabeleleiras, cobradoras de transporte coletivo, baiana de acarajé, balconista, pizzaiola, profissional do sexo, entre outras.

Vale ressaltar em relação ao bairro, uma característica peculiar que é a existência de uma cooperativa, a Costurart, que funciona desde 2001, tendo sido concebida pelo CMC com o objetivo principal, desde a sua criação, de gerar renda para a comunidade, especificamente para mulheres que sofriam e sofrem algum tipo de violência.

O grupo começou com um número de aproximadamente 30 mulheres que buscavam doações na comunidade, jeans, roupas usadas e trabalhavam peças, customizando com técnicas de pintura, bordado e bicos. Hoje, além de possuírem sede própria, conquistaram alguns parceiros e apoiadores que ajudaram na capacitação e no desenvolvimento de produtos, proporcionando, além da profissionalização, renda, ocupação e auto-estima.

Esta cooperativa é mantida através do trabalho destas mulheres, que mantém funcionando oficinas de bordado, costura e customização no bairro, como uma oportunidade de profissionalização entre as mulheres.

O resultado quanto aos rendimentos econômicos e exposição ou não à situação de violência entre as mulheres do Calafate apresentou algumas significâncias estatísticas, na qual os dois subgrupos (mulheres vítimas e não-vítimas) apresentaram algumas diferenças, como ilustra a tabela 4, a seguir.

Quanto à situação econômica das mulheres, investigou-se dois tipos de informações: a primeira, quanto ao rendimento individual, que a mulher adquire pelo próprio trabalho, mesmo que informal, e por outros tipos de proventos, tais como pensão alimentícia, aposentadoria, entre outros; a segunda, refere-se aos rendimentos familiares, que neste estudo foi representado pelas somas dos rendimentos mensais dos componentes da família, inclusive os das pessoas cuja condição na família fosse pensionista, empregado doméstico ou parente de empregado doméstico, seguindo as recomendações do IBGE, em relação aos indicadores sociais mínimos.

Quanto às mulheres vítimas de violência, vale ressaltar que a maioria não possuía nenhum tipo de renda individual ou recebia menos de um salário mínimo; sendo os grupos de mulheres vítimas e não-vítimas semelhantes nos estratos analisados, como se vê na tabela 4.

A respeito da chefia da casa, 34,4% delas assumiam a chefia de suas casas sozinhas ou com ajuda do parceiro; as demais, 65,6%, tinham seus sustentos garantidos por outras pessoas, como o cônjuge, os pais, avós e/ou outros parentes, estando assim mais susceptíveis à condição de subordinação, submissão e, conseqüentemente, de violência. As diferenças encontradas foram estatisticamente significantes ($p=0,02$).

Tabela 4 – Variáveis relacionadas aos rendimentos econômicos das mulheres do Calafate. Salvador- Bahia, Brasil, 2008.

Variáveis	Vítimas		Não-Vítimas		valor de p		
	n	%	n	%			
Renda Individual (N= 370)							
Até 1 salário mínimo	323	87,3	167	87,9	156	86,7	0,13
Acima de 1 salário mínimo	47	12,7	23	12,1	24	13,3	
Chefe da Família(N= 370)							
A própria mulher	129	34,4	66	34,7	63	34,1	0,02
Outras pessoas	246	65,6	124	65,3	122	65,9	
Renda Familiar(N= 370)							
Até 1 salário mínimo	143	40,9	77	40,5	66	36,7	0,04
Acima de 1 salário mínimo	207	59,1	109	59,5	98	63,3	
Total	350	100,0	190	100,0	180	100,0	

Quanto à renda familiar, os resultados oscilavam entre nenhum salário até mais de 5 salários mínimos, aqui agrupados em mais de 1 salário, devido à quantidade ter sido pequena.

Nesta variável, observa-se maior dispersão quanto à vitimização das mulheres, na qual, quanto menor a renda familiar, maior a ocorrência de violência, observando significância estatística para esta condição. Entre as famílias que possuíam mais salários mínimos como renda familiar, obteve-se menor número de casos de mulheres vítimas, como se vê na tabela acima.

4.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS MULHERES DO CALAFATE

4.3.1 Dados Gineco-Obstétricos

Em relação aos dados gineco-obstétricos, que estão diretamente relacionados à sua saúde reprodutiva, elencados na tabela 5, chama-nos atenção o número expressivo da prática do aborto, a iniciação precoce da vida sexual, algumas inclusive, antes da menarca e o número de parceiros sexuais.

Tabela 5 – Características gineco-obstétricas das mulheres do Calafate, Salvador. Bahia – Brasil – 2008.

Variáveis			Vítimas		Não-Vítimas		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Menarca (N= 365)							
8 a 11 anos	66	18,1	35	19,0	31	17,1	0,22
12 a 14 anos	245	67,1	121	65,8	124	68,5	
15 a 17 anos	54	14,8	28	15,2	26	14,4	
Início da vida sexual(N= 375)							
11 a 14 anos	62	16,5	36	18,9	26	14,2	0,62
15 a 18 anos	171	45,6	91	47,6	80	43,4	
19 a 22 anos	71	18,9	36	18,8	35	19,0	
23 anos ou mais	28	7,5	15	7,9	13	7,1	
Ainda não iniciaram	43	11,5	13	6,8	30	16,3	
Numero de parceiro sexual (N= 336)							
Somente 1	92	27,4	46	25,8	46	29,1	0,15
De 2 a 4	153	45,5	78	43,8	75	47,5	
De 5 a 8	29	8,6	20	11,3	9	5,7	
Mais de 10	24	7,2	20	11,3	4	2,5	
Prefere não especificar	38	11,3	14	7,8	24	15,2	
Partos / pessoa (N= 263)							
Apenas 1	106	40,3	58	38,7	48	42,5	0,75
De 2 a 3 filhos	118	44,8	71	47,3	47	41,6	
De 4 a 5 filhos	32	12,2	15	10,0	17	15,0	
6 filhos acima	7	2,7	06	4,0	01	0,9	
Abortos provocado/pessoa (N= 133)							
1 a 2 abortos	113	84,8	67	82,7	46	88,5	0,82
3 a 4 abortos	14	10,6	09	11,1	5	9,6	
5 a 6 abortos	3	2,3	03	3,7	00	00	
7 ou mais abortos	3	2,3	02	2,5	1	1,9	

Quanto ao número de filhos, diferentemente do que se esperava, corroborando com o número de pessoas por domicílio, a média ficou em torno de 1,8 filhos/pessoa, uma realidade também encontrada nas famílias brasileiras, na qual a média de filhos foi diminuindo paulatinamente, se observarmos o quanto as famílias foram diminuindo de tamanho ao longo dos tempos.

O número de filhos por mulher no presente estudo, ou seja, 1 a 2, é semelhante aos dados do IBGE (2000) que indicam a queda da fecundidade da brasileira. A inserção da mulher no mercado de trabalho e a mudança dos conceitos da estrutura familiar vêm contribuindo para esse fato.

Como se vê na tabela acima, entre as mulheres vítimas de violência, existe uma maior multiplicidade de parceiros sexuais. As mulheres que tiveram de 5 a 8 parceiros ou mais de 10, foram as que sofreram violência doméstica (75,5%).

Em relação à iniciação sexual, observou-se diferenças significativas entre os subgrupos, merecendo destaque o fato da iniciação da vida sexual mais precoce entre mulheres vítimas de violência (dentre as mulheres com iniciação sexual entre os 11 a 14 anos, 58,0% viviam em situação de violência).

Um achado relevante diz respeito ao grau de paridade e o número de abortos provocados, quando analisamos os subgrupos – mulheres vítimas de violência e mulheres não vítimas, nos quais percebe-se o número significativo de 57% e 60,9% de partos e abortos, respectivamente, entre aquelas vítimas de violência.

Esse dado corrobora com os estudos afins, como o de Souza (2000), no qual se evidencia que entre mulheres vítimas de violência, existe maior número de gravidezes indesejadas e, conseqüentemente, de abortos provocados.

Entretanto, vale ressaltar que apesar desses dados ilustrarem o maior grau de exposição das mulheres vitimizadas, nenhuma dessas variáveis apresentaram significância estatística.

4.3.2 Antecedentes de Saúde

Números que nos chamam atenção e que estão diretamente relacionados ao grau de morbidade desta população é a prevalência de hipertensão (19,5%), de doenças sexualmente

transmissíveis (16,8%)¹⁴, doenças ósseas/articulares (13,9%), entre outras, como mostra a tabela 6.

Tabela 6 – Características das mulheres do Calafate, segundo antecedentes de saúde. Calafate. Salvador, Bahia, Brasil, 2008.

Antecedentes de Saúde	n*	%	valor de p**
Viroses de Infância	250	66,7	0,01
Infecção Urinária	198	52,8	0,27
Anemia	138	36,8	0,51
Cirurgias Pélvicas	94	25,1	0,08
Varizes	90	24,0	0,41
Hipertensão	73	19,5	0,23
Doenças Sexualmente Transmissíveis	63	16,8	0,00
Doenças ósseas/ articulares	52	13,9	0,43
Diabetes	11	2,9	0,40
Úlcera gástrica	08	2,1	0,97
Câncer	02	0,5	0,16

* Este n refere-se ao total de mulheres que apresentaram determinadas queixas, dentre o universo amostral N= 375; a porcentagem apresentada também está relacionada ao N.

** O valor *p* foi calculado segundo vitimização das mulheres, informando análise das diferenças observadas entre vítimas e não-vítimas.

Ao analisarmos os antecedentes de saúde por subgrupos, percebe-se que as mulheres vítimas de violência possuem uma maior morbidade, registrando neste grupo uma maior prevalência de câncer (100,0%), de DST's (66,7%), de diabetes mellitus (63,7%), de cirurgias pélvicas (58,5%), de hipertensão (56,2%) e de doenças ósseas/articulares (55,8%).

Em relação a estas condições de saúde, pode-se afirmar que as mulheres vítimas de violência estão mais expostas às doenças infecciosas, pois as viroses e as doenças sexualmente transmissíveis apresentaram significância estatística, com um valor de *p* de 0,001 e 0,00, respectivamente.

¹⁴ A este respeito, vale ressaltar possível subnotificação destes números, tendo em vista que estes dados estão relacionados à presença do diagnóstico médico; portanto, na prática, ouvia-se muitas queixas relacionadas à DST's, bem como queixas ginecológicas, mulheres hipertensas e diabéticas sem acompanhamento médico, sem contar com a ausência de investigação para estas e outras co-morbidades, tendo em vista que esta população constitui-se numa área descoberta pela Estratégia de Saúde da Família -ESF, não possuindo referência de atenção básica em saúde; inclusive, foi uma queixa bastante freqüente registrada durante a coleta de dados desta pesquisa.

4.3.3 Queixas de Saúde

Em relação às queixas de saúde referidas, as mesmas foram categorizadas em dois grupos sintomatológicos: os sintomas físicos e os sintomas psíquicos. Os sintomas físicos apresentaram prevalências ligeiramente mais elevadas do que os sintomas psíquicos.

Entre os sintomas físicos, as queixas mais prevalentes, de modo geral, foram dores nos membros inferiores (70,9%), cefaléia (69,3%), lombalgia (60,0%), irritação oftalmológica (53,9%), dores nos membros superiores (53,3%), seguidos de dores na garganta (42,9%).

Referentes aos sintomas psíquicos, o nervosismo (63,5%), o esquecimento (53,1%), o choro freqüente (42,1%) e a insônia (42,1%) foram as queixas mais freqüentes, que apresentaram maior percentual entre as mulheres do Calafate.

Ao se fazer a análise por subgrupos, observou-se prevalências mais elevadas entre as mulheres vítimas de violência doméstica, como se vê na tabela 7, especialmente com relação aos sintomas psíquicos.

Quanto às queixas físicas, por exemplo, destaca-se entre as vítimas de violência uma prevalência considerável de sintomas otorrinolaringológicos, como perda temporária da voz (70,8%), rouquidão (63,7%), diminuição da audição (62,3%), zumbido (61,9%) e tontura (59,1%). Além destes, apresentaram distúrbios gastrintestinais (60,5%), parestesias de membros inferiores (59%), irritações nos olhos (55,5%)

Ao se observar o valor de 'p', percebe-se que as diferenças nas prevalências de dores nos membros inferiores, irritação oftalmológica, distúrbios gastrintestinais, rouquidão, diminuição da audição e perda temporária da voz entre as mulheres que sofrem violência doméstica e as que não sofrem foram estatisticamente significantes.

Quanto aos sintomas psíquicos, percebeu-se que as mulheres vítimas apresentam sintomas somáticos como agressividade (69,1%), compulsividade (66,3%), choro freqüente (64,6%) e nervosismo (59,7%). Nervosismo, esquecimento, choro freqüente, tontura, agressividade e compulsividade foram as queixas psíquicas que apresentaram diferenças estatisticamente significante entre os grupos estudados (tabela 7).

Além disso, todas estas manifestações, tanto físicas quanto psíquicas, são de extrema importância para compreendermos a labilidade emocional na qual as mulheres se encontram,

de maior vulnerabilidade, não só de doenças físicas, mas principalmente psíquicas e/ou psicológicas.

Tabela 7 – Prevalências de sintomas físicos e psíquicos entre as mulheres do Calafate, segundo queixas de saúde auto-referidas. Calafate. Salvador, Bahia, Brasil, 2008.

Queixas de saúde	Vítimas		Não-Vítimas		p		
	n*	%	n	%			
Sintomas físicos							
Dores nos Membros Inferiores	266	70,9	144	54,2	122	45,8	0,04
Cefaléia	260	69,3	124	47,7	136	52,3	0,08
Lombalgia	225	60,0	112	49,8	113	50,2	0,67
Irritação Oftalmológica	202	53,9	112	55,5	90	44,5	0,04
Dores nos Membros Superiores	200	53,3	106	53,0	94	47,0	0,33
Dor de garganta	161	42,9	76	47,2	85	52,8	0,25
Tontura	149	39,7	88	59,1	61	40,9	0,01
Irregularidade na menstruação	133	35,5	73	54,9	60	45,1	0,23
Parestesia em Membros Inferiores	127	33,9	75	59,0	52	41,0	0,20
Distúrbios Gastrintestinais	119	31,7	72	60,5	47	39,5	0,01
Zumbido	105	28,0	65	61,9	40	38,1	0,07
Fraqueza	102	27,2	58	56,9	44	43,1	0,14
Rouquidão	77	20,5	49	63,7	28	36,3	0,01
Diminuição da acuidade auditiva	61	16,3	38	62,3	23	37,7	0,04
Disfonia	41	10,9	29	70,8	12	29,2	0,00
Sintomas psíquicos							
Nervosismo	238	63,5	142	59,7	96	40,3	0,00
Esquecimento	199	53,1	112	56,3	87	43,7	0,02
Choro frequente	158	42,1	102	64,6	56	35,4	0,00
Insônia	158	42,1	86	54,5	72	45,5	0,21
Agressividade	139	37,1	96	69,1	43	30,9	0,00
Cansaço mental	138	36,8	74	53,6	64	46,4	0,38
Sonolência	128	34,1	67	52,4	61	47,6	0,64
Agitação	111	29,6	61	55,0	50	45,0	0,28
Inapetência	109	29,1	61	56,0	48	44,0	0,19
Dificuldade de memória	90	24,0	47	52,3	43	47,7	0,73
Compulsividade	77	20,5	51	66,3	26	33,7	0,00

4.3.4 Estilo de Vida

Quanto ao estilo de vida entre as mulheres do Calafate, foram analisadas as seguintes categorias: práticas de atividade física, atividades de lazer, etilismo e tabagismo.

No que diz respeito à variável atividade física¹⁵, que se apresenta estatisticamente significativa ($p = 0,02$), fica evidente ao analisarmos o gráfico 5, que a grande maioria das mulheres, um percentual significativo de 62,7%, nunca exerceu nenhuma atividade física; seguida de 26% de mulheres que a exercem com pouca frequência (às vezes) e uma pequena minoria que a exerce com média (5,1%) ou alta frequência (4,0%).

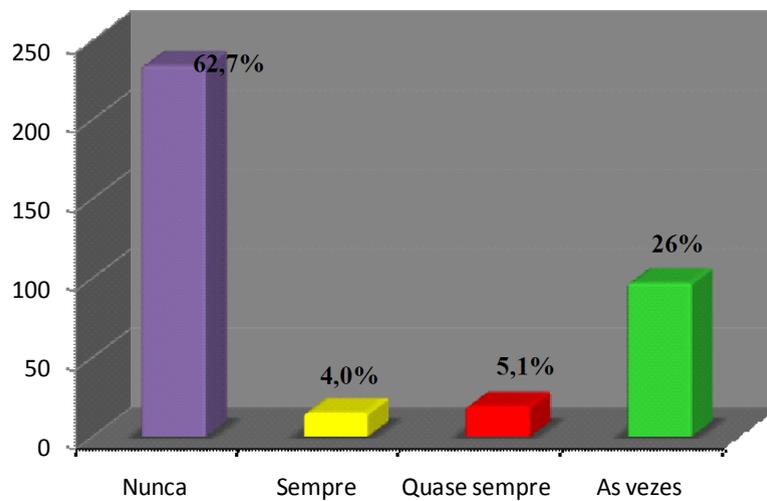


Gráfico 5 – Condições das mulheres do Calafate, segundo prática de atividades físicas. Calafate, Salvador – Bahia. Brasil, 2008. (N= 375)

Pode-se inferir, portanto, que o sedentarismo apresentou-se com elevada frequência na população estudada e que, mesmo dentre aquelas que praticam algum tipo de atividade física, a exerciam esporadicamente.

Quanto à prática de lazer existente entre as mulheres do Calafate, foram percebidas certas limitações, principalmente no tocante às condições financeiras e ao fato de se perceberem como população marginalizada. Muitas justificavam o fato de não possuírem poder econômico para realizar, por exemplo, viagens, passeios, ou coisas mais simples, como ir à praia, a shopping, etc.

Assim, assistir televisão e ouvir rádio foram as duas atividades mais referidas como lazer entre o grupo, com 63,2% e 51,5%, respectivamente. Outras atividades como ir à praia,

¹⁵ Aqui foi considerada como a atividade na qual a mulher praticasse pelo menos três vezes por semana, com a finalidade única de exercício ao corpo, evitando-se o sedentarismo. Não foram consideradas, portanto, atividades inerentes ao dia-a-dia, como as tarefas domésticas, subir e descer as ladeiras e escadarias do bairro, dentre outras

viajar/passear e o uso da internet foram também citados, mesmo que em menor frequência, como mostra a tabela a seguir.

Tabela 8 – Prática de lazer existente entre as mulheres do Calafate. Calafate, Salvador – Bahia. Brasil, 2008. (N= 375)

Práticas de Lazer	n	%
Assistir TV	237	63,2
Ouvir rádio	193	51,5
Ir à praia	132	35,2
Viajar/ passear	103	27,5
Uso da Internet	88	23,5
Dançar	66	17,6
Fazer atividades artesanais	45	12,0
Ir ao Shopping	27	7,2
Fazer caminhadas	27	7,2

Em relação a tais variáveis, que envolvem a prática de atividades de lazer, ao se fazer a análise por subgrupos, não houve diferenças significantes. Tanto as mulheres vítimas como as não vítimas apresentaram perfis semelhantes a este respeito.

Dados relevantes estão apresentados na tabela 9, na qual as frequências de etilismo e tabagismo foram muito mais elevadas entre vítimas de violência do que entre as demais mulheres; dentre as mulheres que fumam, 72,1% são vítimas de violência.

Tabela 9 – Frequência de etilismo e tabagismo segundo ocorrência de violência doméstica entre as mulheres do Calafate. Calafate. Salvador, Bahia, Brasil, 2008.

Estilo de Vida	n	%	Vítimas		Não-Vítimas		valor de P
			n	%	n	%	
Tabagismo (N= 374)							0,003
Fumante	43	11,5	31	16,3	12	6,5	
Ex-fumante	52	13,9	30	15,8	22	12,0	
Nunca fumou	279	74,6	129	67,9	150	81,5	
Etilismo (N= 373)							0,004
Etilista	189	50,7	110	58,0	79	43,2	
Ex-etilista	75	20,1	38	20,0	37	20,0	
Nunca bebeu	109	29,2	42	22,0	67	36,6	

Em relação ao consumo do álcool, dentre um total de 189 mulheres etilistas, 58,2% são mulheres violentadas. A frequência de tabagismo entre as mulheres violentadas foi muito mais elevada (58,2% contra 43,2%), na qual as diferenças alcançaram nível de significância estatística.

4.4 VIOLÊNCIA

4.4.1 Ocorrência de Violência entre as Mulheres do Calafate

Como já mencionado, na amostra total estudada (N= 375), 190 mulheres, que corresponde a um percentual de 51,0%, referiram sofrer algum tipo de violência, como mostra o gráfico abaixo.

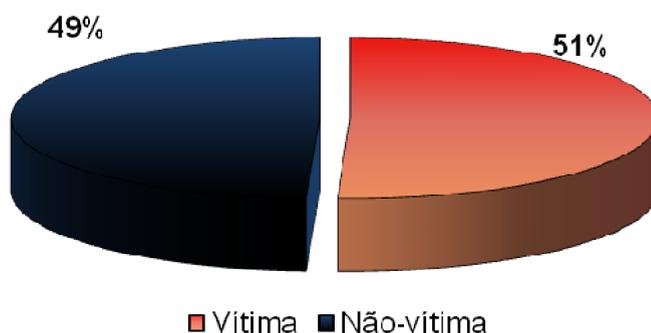


Gráfico 6 – Ocorrência de violência doméstica entre as mulheres do Calafate. Calafate. Salvador, Bahia, Brasil, 2008. (N = 375)

Porém, é importante ressaltar que os números revelados podem estar subnotificados, vez que, para esta variável, foi considerada como vítima quando a condição de violência era auto-referida, ou seja, quando a mulher entendia que determinadas atitudes, como puxões de cabelo, rebaixamento de auto-estima, ameaça, humilhações, entre outras, são situações que caracterizam a violência.

Além deste aspecto, um outro que se apresenta como limite deste estudo, é o fato da pesquisa ter sido realizada na casa das próprias mulheres, onde alguma delas pode não ter se sentido à vontade para responder fidedignamente as situações de violência vividas, seja pela

presença dos familiares, vizinhos, e mesmo pela pesquisadora. Há também que se considerar aquelas que não se sentem, de nenhuma forma, à vontade para falar sobre seu cotidiano, em especial, um cotidiano normalmente velado.

4.4.2 Caracterizando a situação de violência

Em relação às formas de expressão da violência vivida, as mais freqüentemente citadas foram as agressões verbais (81,2%) seguida da violência psicológica (61,3%) e as agressões físicas (42,9%).

Tabela 10 – Distribuição percentual das formas de expressão da violência sofridas pelas mulheres do Calafate. Salvador – Bahia. Brasil, 2008.

Formas de expressão da violência	n*	%
Violência Verbal	155	81,2
Violência Psicológica	117	61,3
Violência Física	82	42,9
Violência Patrimonial	18	9,4
Violência Sexual	15	7,9
Omissões ¹⁶	12	6,3

* Este n corresponde ao número de mulheres vítimas de violência, o qual, nesse estudo corresponde a 190.

Dentre as que sofrem violência, 42,9% relataram sofrer agressão física; dentre estas, destacam-se agressões em face, cabeça, tórax, membros superiores, inferiores, conforme ilustra o gráfico 7. A face, por exemplo, representa o local mais atingido com 38,2%, seguido dos membros superiores (32,9%), da cabeça (23%), tórax (13,4%) e o abdome (9,8%).

Esse achado é semelhante aos outros estudos que analisaram lesões decorrentes de violência domésticas, na qual a incidência é muito mais significativa em locais mais visíveis, geralmente, do tórax para cima.

¹⁶ Segundo critérios definidos por Minayo (2005), mencionar negligência e omissão explicitamente como formas de violência, separando-as de violência psicológica, é um passo fundamental para se desnaturalizar processos estruturais e atitudes de poder que se expressam em ausência de proteção e cuidados, dentre outras situações, responsáveis pela perenidade de hábitos econômicos, políticos, culturais e crueldades que aniquilam os outros ou diminuem suas possibilidades de crescer e se desenvolver.

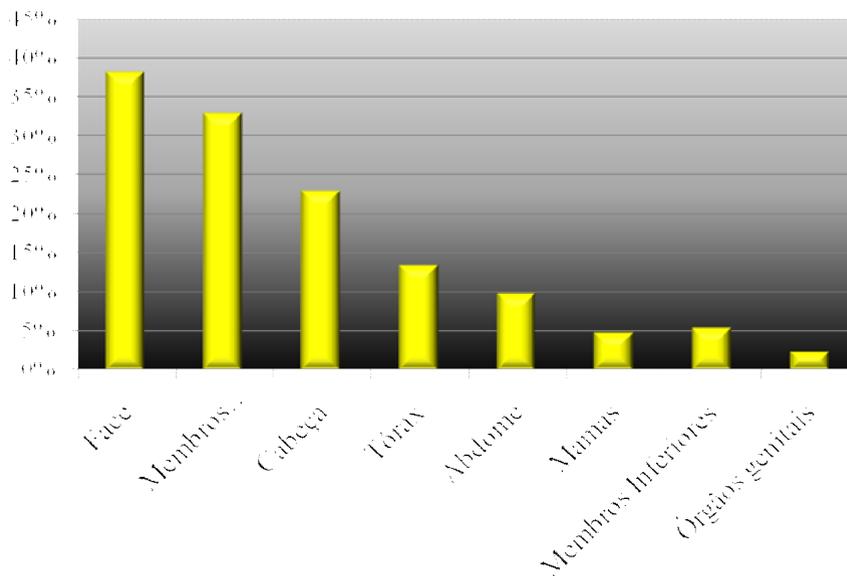


Gráfico 07 – Porcentual do local das agressões físicas ocorridas entre as mulheres vítimas de violência doméstica. Calafate, Salvador – Bahia. Brasil, 2008. (N=190)

4.4.3 Perfil da Violência

Quanto às características relacionadas ao perfil da violência, estudaram-se variáveis quanto à figura do agressor, frequência das agressões, período no qual as mulheres sofriam violência, local das agressões físicas, horário mais comum da violência, formas de enfrentamento à violência e os motivos que desencadearam situações de violência, na visão das entrevistadas.

Além de apresentarmos os sentimentos femininos prevalentes diante as agressões e os motivos que fazem estas mulheres permanecerem neste ciclo de violência, mostra-se também as instituições integradas à Rede de Atenção à Mulheres Vítimas de Violência mais procuradas.

É importante ressaltar em relação às informações contidas no próximo gráfico que, entre as figuras do agressor, destacaram-se os maridos/companheiros, ex-maridos/ex-companheiros e namorados/ex-namorados, representando um total de 58% dos casos de violência, confirmando assim, a existência da violência conjugal, sendo o parceiro o elemento que mais predomina entre os agressores.

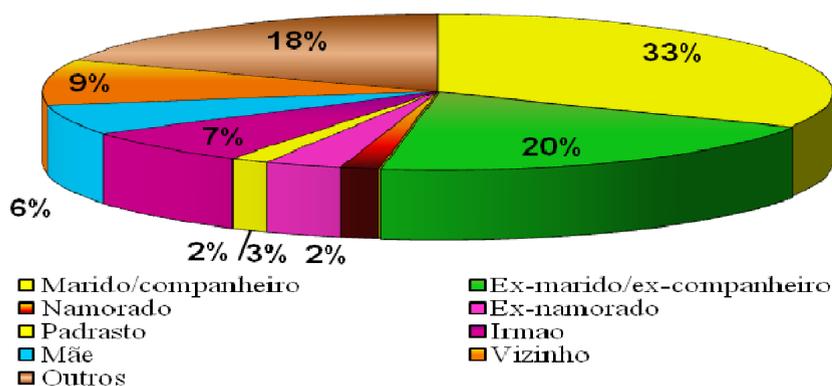


Gráfico 8 – Identificação do agressor, segundo ocorrência de violência doméstica entre as mulheres do Calafate. Salvador, Bahia, Brasil, 2008. (N = 190)

Assim, observa-se que a relação estabelecida entre o agressor e a mulher vítima é sempre com alguém conhecido, do seu convívio: 35% dos agressores são seus companheiros atuais (maridos ou namorados) e 23% dos seus ex-companheiros (ex-maridos e ex-namorados), que, em sua grande maioria, não aceita o fim do relacionamento, ou outras questões que estão imbricadas nesta, sustentadas pelas idéias do patriarcado, na qual o homem detém o poder, a ordem e a mulher assume os papéis de subordinada e de obediente.

A figura dos demais agressores é constituída pelo padrasto, irmão, mãe, vizinho, primos, colegas de trabalho, colegas de escola, porém, alguém sempre do seu convívio familiar e/ou social, configurando a existência da violência intrafamiliar. Essas pessoas totalizam um percentual de 42%, entre os agressores das mulheres do Calafate.

Esses dados salientam a presença do vínculo entre a vítima e o seu agressor, seja na violência conjugal ou intrafamiliar, e daí entende-se a permanência desta situação – a violência e a relação de co-dependência desta mulher, seja a dependência financeira, emocional, suporte social, com este homem, mesmo ele sendo o agressor.

Em relação à frequência das agressões, um achado que nos chama atenção é o tempo médio em que as mulheres vinham sofrendo a violência doméstica, no qual se observou predominância daquelas que são vitimizadas há mais de 10 anos, com 27,2% (como se vê no gráfico 9), seguido de mais de 2 anos (21,5%) e de mais de 5 anos (19,9%).

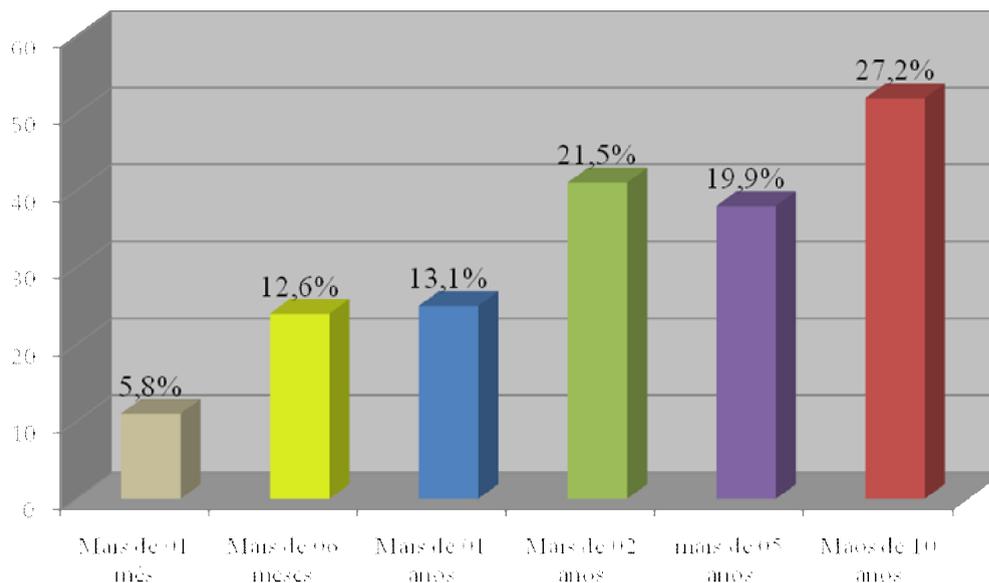


Gráfico 9 – Tempo médio em que as mulheres estão submetidas à violência doméstica. Calafate, Salvador – Bahia. Brasil, 2008. (N = 190)

Nota-se que o período de vitimização é muito longo, revelando que as mulheres não conseguem, em sua grande maioria, sair deste ciclo de violência, principalmente quando o agressor é alguém conhecido.

Assim, a permanência desta mulher em situação de violência, por envolver períodos longos, acaba neutralizando as conseqüências destas agressões, que se manifestam em sintomas psíquicos e físicos, como vimos anteriormente, podendo haver seqüelas mais drásticas, se não forem acompanhadas por um profissional, seja ele da área de saúde, da área jurídica, entre outros.

No que se refere à frequência dos atos violentos, os dados ilustrados no gráfico 10, mostram a relevância quanto à constância da violência: 33% sofriam violência pelo menos 1 vez por semana; 23% pelo menos 2 ou 3 vezes por semana e 20,9% referiram sofrer atos violentos todos os dias e 19,9% referiram sofrer violência pelo menos uma vez por mês.

Os atos violentos e/ou agressivos, portanto, faziam parte do cotidiano, numa frequência bastante expressiva.

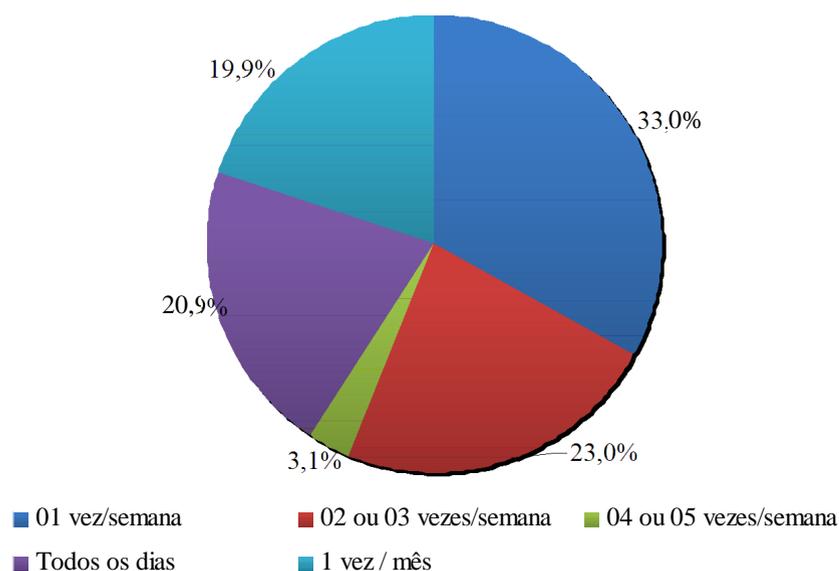


Gráfico 10 – Frequência semanal das agressões entre as mulheres vítimas de violência doméstica. Calafate, Salvador – Bahia. Brasil, 2008. (N = 190)

No que diz respeito aos dias em que ocorria a violência doméstica entre as mulheres do Calafate, era mais significativo nos finais de semana (56%), seguidos pelos dias úteis (35%); ainda existiram aquelas que referiam ser vítimas de violência todos os dias, independente do dia da semana (9,0%), como ilustra o gráfico 11, a seguir.

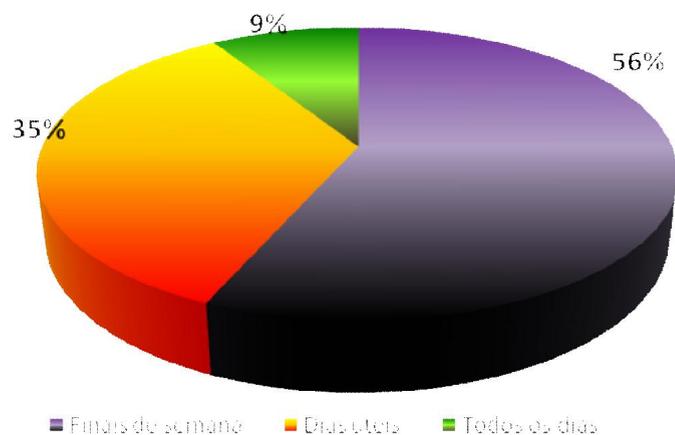


Gráfico 11 – Dias de semana mais comum de ocorrência de violência entre as mulheres vítimas do Calafate, Salvador – Bahia. Brasil, 2008. (N = 190)

Quanto aos horários em que sofrem violência, o período predominante foi o da noite (incluindo também o período da madrugada) representando quase metade dentre as ocorrências de violência, somando 45%. O segundo período mais prevalente foi variável (42%), ou seja, estas mulheres referiram ser violentadas em todos os períodos do dia, não havendo, para elas, maior destaque entre a noite, a tarde ou manhã (gráfico 12).

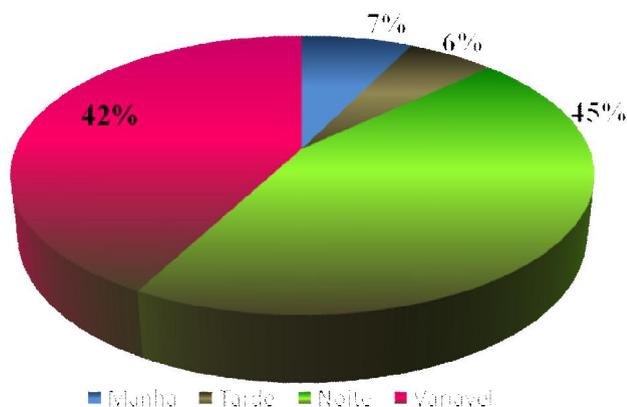


Gráfico 12 – Horários da ocorrência de violência entre as mulheres vítimas do Calafate, Salvador – Bahia, Brasil, 2008. (N = 190)

Quanto ao enfrentamento das mulheres frente às agressões sofridas, percebe-se que a atitude passiva tem sido a conduta mais adotada entre 35,1% delas; outras ainda referiram revidar à violência com agressividade verbal (37,7%) ou agressividade física (25,7%) e uma parcela de 1,6% citaram a auto-piedade como a conduta mais adotada perante a violência.

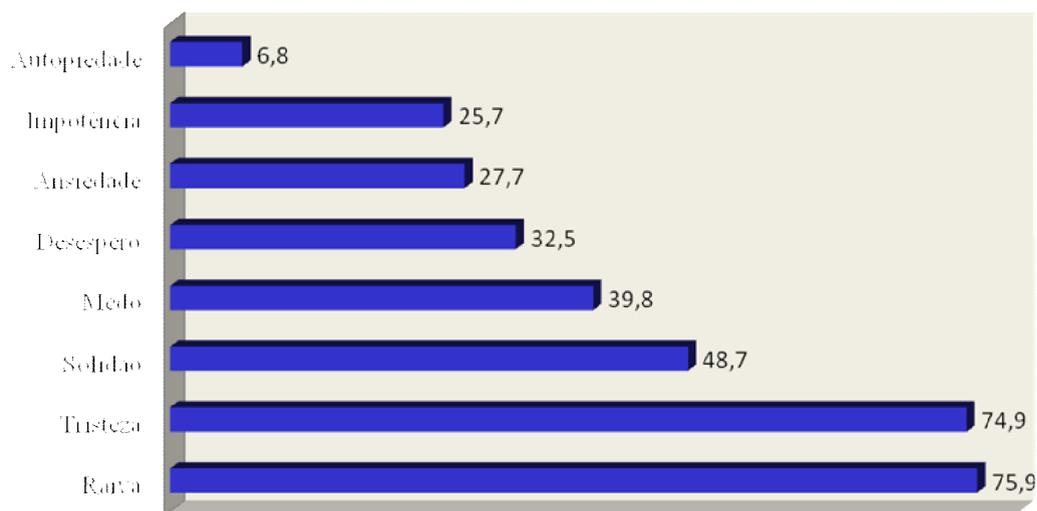


Gráfico 13 – Sentimentos prevalentes entre as mulheres vítimas diante da violência doméstica. Calafate, Salvador – Bahia, Brasil, 2008. (N= 190)

Os sentimentos das vítimas que aparecem com maior intensidade são o de raiva (75,9%) e tristeza (74,9%), seguidos de sentimentos como solidão (48,7%), medo (39,8%) e desespero (32,5%), como vemos no gráfico 13. Os sentimentos menos relatados foram ansiedade (27,7%), impotência diante da violência (25,7%) e auto-piedade (6,8%), sendo este último uma conduta também adotada entre as mulheres, como vimos anteriormente.

Quanto aos aspectos reativos, que desencadeiam as situações de violência, os episódios de ciúmes foram os mais frequentes (42,6%), seguido do uso abusivo de álcool (41,1%) e da falta de dinheiro (35,8%) que, para as mulheres, ocasionava preocupação, agressividade, descontrole por parte do agressor.

Tabela 11 – Motivos que desencadeiam a violência que vitimiza as mulheres do Calafate. Salvador- Bahia, Brasil, 2008.

Desencadeadores da Violência	n*	%
Ciúmes	81	42,6
Álcool	78	41,1
Falta de dinheiro	68	35,8
Desemprego	48	25,3
Drogas	34	17,9
Traição	18	9,5

* Este n corresponde às mulheres que referiram determinadas situações, dentre o N total de mulheres vítimas de violência neste estudo (N = 190).

Outros fatores que foram menos frequentes, mas, no entanto, referidos entre as entrevistadas foram o desemprego (25,3%), o uso de drogas ilícitas (17,9%) e traição (9,1%), como ilustra a tabela 11, adescrita.

Quando questionadas quanto aos motivos que influenciavam a sua permanência na situação de violência, diversos fatores foram apontados, como se vê na tabela 12, a seguir; o mais frequente foi o fato de acreditar na melhora (42,8%), seguido por razões econômicas (35,3%); outros fatos mencionados foram: por não poder deixar os filhos (30,5%) e o amor ao companheiro agressor (29,9%).

Outros aspectos citados foram: não ter para onde ir caso precisasse livrar-se do agressor, por perdão, por medo, por respeito à família (da vítima ou mesmo do agressor); em outros casos, a mulher se sente ameaçada ou entende o casamento como algo sagrado e não seria capaz de desvencilhar-se do companheiro, mesmo que para isso permaneça na situação de violência (tabela 12).

Tabela 12 – Motivos de permanência da mulher na situação de violência. Calafate. Salvador – Bahia, Brasil, 2008

Motivos	n*	%
Acredita na melhora	80	42,8
Razões econômicas	66	35,3
Não deixar os filhos	57	30,5
Amor ao companheiro	56	29,9
Não ter para onde ir	47	25,1
Perdão	46	24,6
Medo	40	21,4
Pela família	39	20,9
Ameaça	30	16,0
Casamento é sagrado	21	11,2

* Este n corresponde às mulheres que referiram determinadas situações, dentre o N total de mulheres vítimas de violência neste estudo (N = 190).

A tabela 13, a seguir, mostra o tipo de ajuda utilizado entre as mulheres vítimas de violência: um percentual significativo (44%) não buscaram nenhum tipo de ajuda. Dentre aquelas que buscaram algum tipo de auxílio, foi mais prevalente a procura entre a própria família (28,8%), seguida de amigos (22,5%) e vizinhos (9,9%).

Tabela 13 – Busca de ajuda na Rede de Apoio à Mulher Vítima de Violência entre as mulheres do Calafate. Salvador – Bahia, Brasil, 2008

Ajuda	n*	%
Nenhuma	84	44,0
Família	54	28,8
Amigos	43	22,5
Vizinhos	19	9,9
Policial	17	8,9
Atendimento médico	17	8,9
DEAM	16	8,4
CMC	12	6,3
Justiça	11	5,8
Segurança Pública	07	3,7
Psiquiátrico	04	2,1
IPERBA	01	0,5

* Este n corresponde às mulheres que referiram determinadas situações, dentre o N total de mulheres vítimas de violência neste estudo (N = 190).

Dentre os dados observados, chama atenção a baixa procura por serviços que integram a Rede de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência. O CMC apresentou uma procura de 6,3%.

Dentre os serviços que foram menos procurados estão: a justiça (5,8%), segurança pública (3,7%), casos de atendimentos psiquiátricos (2,1%) e atendimento no Instituto de Perinatologia da Bahia - Iperba (0,5%), hospital público da cidade de Salvador, que constitui-se numa instituição especializada em tocoginecologia e neonatologia, sendo também referência no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, procedendo a interrupção da gravidez em situações de estupro.

4.5 DEPRESSÃO

4.5.1 Prevalência Global de Depressão

Para investigar a presença de sintomatologia depressiva entre as mulheres do Calafate, como já referido na metodologia, adotou-se o BDI. Para tanto, encontrou-se uma prevalência global de depressão de 51,5% (n=193).

4.5.2 Depressão e Violência Doméstica

Ao associar a ocorrência de depressão com violência doméstica, percebe-se que entre as mulheres vítimas de violência, 75,3% apresentam depressão e dentre as mulheres não-vítimas, 27% de depressão (p valor < 0,000, RP = 2,79 e IC 95%=2,23-3,69).

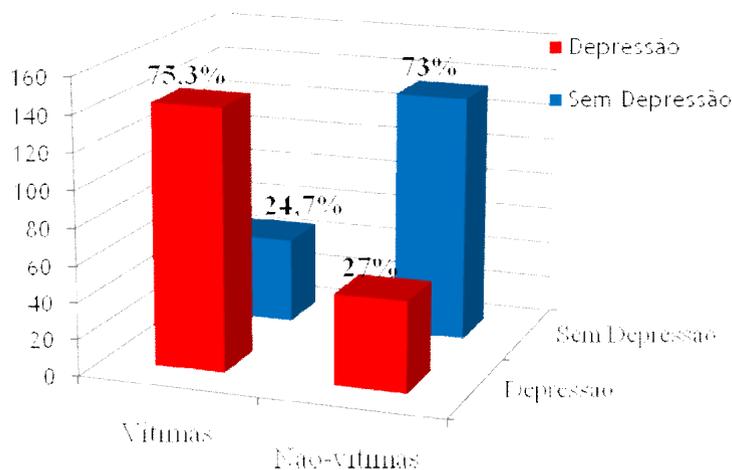


Gráfico 14 – Associação entre depressão e violência doméstica entre as mulheres do Calafate. Salvador – Bahia, Brasil, 2008. (N = 375)

As mulheres vítimas de violência doméstica apresentaram prevalência quase três vezes maior ($RP=2,79$) de ser acometida por esta morbidade psíquica, que é a depressão.

Observando-se a relação entre depressão e violência doméstica, percebe-se que escores mais elevados de depressão estão presentes entre aquelas que sofrem violência doméstica.

Entre mulheres que não sofrem violência doméstica, a grande maioria obteve níveis mínimos de depressão, enquanto que as vítimas de violência mantiveram média na classificação moderada. Dentre aquelas que apresentam nível grave de depressão, ressalta-se que 79,2% sofrem violência doméstica, como se vê ilustrado na tabela abaixo.

Tabela 14 – Distribuição da violência doméstica e níveis de depressão entre as mulheres do Calafate. Salvador – Bahia, 2008

Níveis de depressão	n	%	Vítimas		Não-Vítimas		RP
			n	%	n	%	
Nível mínimo	148	39,5	38	20,0	110	59,5	0,34
Nível leve	99	26,4	58	30,5	41	22,2	1,40
Nível moderado	104	27,7	75	39,5	29	15,7	2,52
Nível grave	24	6,4	19	10,0	05	2,6	3,9
Total	375	100,0	190	100,0	185	100,0	

Na comparação intergrupo de vitimização, observa-se que entre as mulheres vítimas de violência, foram obtidos escores mais elevados de depressão e significância estatística ($p < 0,000$), com intervalo de confiança de 2,22 a 3,69.

Na tabela acima ainda fica evidente que a razão de prevalência entre as mulheres expostas (vítimas de violência doméstica) é crescente em relação ao nível de severidade da depressão.

4.5.3 Análise dos Sintomas Depressivos

Dentre a sintomatologia apresentada pelo BDI, ao se analisar os dados contidos dentre as respostas das mulheres do Calafate, foi possível elencá-los nos seguintes grupos¹⁷ de sintomas, em ordem decrescente:

¹⁷ Estes grupos de sintomas estão definidos no Manual da versão em português das escalas Beck (Cunha, 2001) e para cálculos destas sintomatologias, foram consideradas todas as respostas positivas na escala de Beck, entre mulheres vítimas e não vítimas.

1) Agitação ou retardo psicomotor:

Irritabilidade (82,1%);

2) Fadiga ou perda de energia:

Fatigabilidade (77,6%) e Dificuldade de trabalhar (37,8%);

3) Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva:

Auto-acusações (70,2%), Auto-aversão (41,1%), Punição (38,3%), Culpa (36,8%) e Sentimento de fracasso (35,7%);

4) Insônia ou hipersonia:

Insônia (69,3%);

5) Humor deprimido:

Tristeza (63,5%), Preocupações somáticas (63,5%) e Choro (53,6%);

6) Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, indecisão:

Indecisão (58,6%);

7) Perda de interesse ou prazer:

Pessimismo (55,7%), Insatisfação (54,6%), Perda da libido (44,3%), Mudança na auto-imagem (42,7%) e Retraimento social (40,6%);

8) Perda de peso, diminuição ou aumento de apetite:

Perda de peso (38,1%) e Perda de apetite (30,4%);

9) Pensamentos de morte recorrentes:

Idéias suicidas (24,9%).

Realizando-se análises por subgrupos, como mostra a tabela 15, a seguir, percebe-se que para muitas sintomatologias as prevalências foram mais elevadas entre as mulheres vítimas de violência doméstica, na qual as diferenças foram estatisticamente significantes.

Cabe destacar que os termos utilizados na descrição das sintomatologias foram extraídos do BDI, fazendo-se pequenas adequações lingüística, em se tratando de população feminina .

Para os grupos sintomatológicos descritos, vale destacar irritabilidade, auto-acusações, tristeza, pessimismo, insatisfação, mudança na auto-imagem, culpa e idéias suicidas, como aqueles estatisticamente associados à vitimização das mulheres.

Tabela 15 – Sintomatologia apresentada pela mulheres do Calafate, segundo critérios do Inventário de Beck e vitimização da violência doméstica. Salvador – Bahia. Brasil, 2008

Sintomatologia	n*	%	Vítimas		Não-Vítimas		p	RP
			n	%	n	%		
Irritabilidade								
Aborrecida ou irritada mais facilmente	164	43,7	93	56,7	71	43,3	0,04	1,31
Sente-se irritado o tempo todo	83	22,1	66	79,5	17	20,5	0,00	3,90
Não se irrita mais	61	16,3	33	54,1	28	45,9	0,56	1,18
Fatigabilidade								
Cansa-se com mais facilidade	209	55,7	106	50,7	103	49,3	0,98	1,02
Sente-se cansada o tempo todo	77	19,5	51	66,3	22	33,7	0,00	1,96
Cansada demais para fazer alguma coisa	09	2,4	03	33,3	06	66,7	0,29	0,50
Auto-acusações								
Critica-se por suas fraquezas ou erros	151	40,3	92	60,9	59	39,1	0,00	1,56
Culpa-se sempre por suas falhas	90	24,0	52	57,8	38	42,2	0,12	1,37
Culpa-se por tudo de mau que acontece	22	5,9	16	72,7	06	27,3	0,02	2,66
Insônia								
Não dorme tão bem quanto costumava	129	34,4	76	58,9	53	41,1	0,02	1,43
Acorda e tem dificuldade de voltar a dormir	93	24,8	62	66,7	31	33,3	0,00	2,00
Acorda várias horas mais cedo	38	10,1	20	52,6	18	47,4	0,80	1,11
Tristeza								
Sente-se triste	162	43,2	107	66,0	55	34,0	0,00	1,94
Sente-se sempre triste	63	16,8	57	90,5	06	9,5	0,00	9,53
Sente-se tão triste ou infeliz que não suporta	13	3,5	10	76,9	03	23,1	0,05	3,32
Preocupações somáticas								
Está preocupada com problemas físicos	156	41,6	74	47,5	82	52,5	0,30	0,90
Está muito preocupada com problemas físicos	51	13,6	31	60,8	20	39,2	0,12	1,55
Tão preocupada que não pensa em nada	31	8,3	18	58,1	13	41,9	0,39	1,38
Indecisão								
Adia as tomadas de decisões	83	22,1	54	65,1	29	34,9	0,00	1,86
Tem mais dificuldade em tomar decisões	114	30,4	74	64,9	40	35,1	0,00	1,85
Não consegue mais tomar decisões	23	6,1	13	56,5	10	43,5	0,51	1,30
Pessimismo								
Sente-se desanimada quanto ao futuro	118	31,5	76		42	35,6	0,00	1,80
Acha que nada tem a esperar	53	14,1	42	79,3	11	29,7	0,00	2,67
Futuro sem esperança e nada tem a melhorar	38	10,1	28	73,7	10	26,3	0,00	2,80
Insatisfação								
Não sente mais prazer nas coisas como antes	132	35,2	91	68,9	41	31,1	0,00	2,21
Não encontra um prazer real em mais nada	32	8,5	24	75,0	08	25,0	0,00	3,00
Está insatisfeita ou aborrecida com tudo	41	10,9	28	68,3	13	31,7	0,02	2,15
Choro								
Chora mais agora do que costumava	121	32,3	75	62,0	46	38,0	0,00	1,63
Chora o tempo todo	42	11,2	32	76,2	10	23,8	0,00	3,20
Não consegue mais chorar	38	10,1	24	63,0	14	37,0	0,10	1,70
Perda da libido								
Esta menos interessada em sexo	91	24,3	59	64,8	32	35,2	0,00	1,84
Está muito menos interessada em sexo	38	10,1	25	65,8	13	34,2	0,05	1,92
Perdeu completamente o interesse em sexo	37	9,9	23	62,2	14	37,8	0,14	1,65
Mudança na auto- imagem								
Preocupa-se em parecer velha ou sem	76	20,3	52	68,4	24	31,6	0,00	2,16
Mudanças permanentes na aparência	48	12,8	31	64,6	17	35,4	0,04	2,05
Acredita que pareça feia	36	9,6	28	77,8	08	22,2	0,00	3,50

Continuação da Tabela 15 – Sintomatologia apresentada pela mulheres do Calafate, segundo critérios do Inventário de Beck e vitimização da violência doméstica. Salvador – Bahia. Brasil, 2008

Sintomatologia	n*	%	Vítimas		Não-Vítimas		p	RP
			n	%	n	%		
Auto-aversão								
Sente-se decepcionada consigo mesma	139	37,1	90	64,8	49	35,2	0,00	1,84
Sente-se enojada de si mesma	08	2,1	06	75,0	02	25,0	0,16	3,00
Ela se odeia	07	1,9	06	85,8	01	14,2	0,06	6,04
Retraimento social								
Está menos interessado pelas outras pessoas	100	26,7	60	60,0	40	40,0	0,03	1,50
Perdeu a maior parte do interesse pelas	33	8,8	17	51,5	16	48,5	0,92	1,06
Perdeu todo o interesse pelas outras pessoas	19	5,1	09	47,4	10	52,6	0,77	0,90
Perda de peso								
Perdeu mais de dois quilos e meio	98	26,1	51	52,0	47	48,0	0,75	1,08
Perdeu mais de cinco quilos	22	5,9	11	50,0	11	50,0	0,95	1,00
Perdeu mais de sete quilos	23	6,1	12	52,2	11	47,8	0,88	1,09
Punição								
Acha que pode ser punida	44	11,7	23	52,3	21	47,7	0,82	1,10
Crê que será punida	20	5,3	09	45,0	11	55,0	0,60	0,82
Acha que está sendo punida	80	21,3	65	81,3	15	18,7	0,00	4,35
Dificuldade de trabalhar								
Precisa de esforço extra para trabalhar	80	21,3	50	62,5	30	37,5	0,02	1,67
Tem que se esforçar muito para trabalhar	60	16,0	41	68,3	19	31,7	0,00	2,15
Não consigo mais fazer trabalho algum	02	0,5	02	100,0	00	00	0,16	00
Culpa								
Sente-se culpada grande parte do tempo	86	22,9	57	66,3	29	33,7	0,00	1,97
Sente-se culpada na maior parte do tempo	25	6,7	23	92,0	02	8,0	0,00	11,5
Sente-se sempre culpada	27	7,2	21	77,8	06	22,2	0,00	3,50
Sentimento de fracasso								
Fracassou mais do que uma pessoa comum	77	20,5	64	83,2	13	16,8	0,00	4,95
Sua vida um monte de fracasso	44	11,7	36	81,8	08	18,2	0,00	4,50
Como pessoa, é um completo fracasso	13	3,5	10	76,9	03	23,1	0,05	3,33
Perda do apetite								
O apetite não é tão bom quanto costumava	80	21,3	44	55,0	36	45,0	0,38	1,22
O apetite está muito pior agora	27	7,2	14	51,9	13	48,1	0,90	1,08
Não tem mais nenhum apetite	07	1,9	03	42,9	04	57,1	0,68	0,75
Idéias Suicidas								
Tem tido idéia de se matar, mas não a executa	58	15,5	39	67,3	19	32,7	0,00	2,06
Gostaria de se matar	25	6,7	22	88,0	03	12,0	0,00	7,34
Suicidaria se tivesse oportunidade	10	2,7	07	70,0	03	30,0	0,22	2,34

4.5.4 Análise Estratificada

Dentre as características sociodemográficas analisadas, as co-variáveis idade, raça/cor, situação conjugal, escolaridade, trabalho e renda não revelaram interação estatística com a associação principal aqui avaliada.

Constatou-se na etapa de análise estratificada que a situação conjugal, o fato da mulher ter companheiro, aumentou a magnitude do efeito da violência sobre a ocorrência de depressão nas mulheres, em nível estatisticamente significante, revelando tal co-variável como um possível modificador de efeito para a associação principal investigada, detalhada na tabela 16.

Desta forma, após afastar-se a possibilidade de interação estatística, as demais co-variáveis foram testadas quanto ao confundimento da associação principal e não se mostraram potenciais modificadoras.

Tabela 16 – Análise estratificada da associação entre violência doméstica e depressão segundo características sócio-demográficas entre as mulheres do Calafate, Salvador- Bahia, Brasil, 2008.

Variáveis	N	RP	IC 95%	p¹⁸
Associação Bruta	375	2,78	2,17 – 3,58	
Idade (em anos)				0,49
14 a 29	191	2,58	1,90- 3,58	
30 a 49	184	3,07	2,10-4,55	
RP ajustada		2,80	2,18-3,60	
Raça /Cor				0,48
Branca	29	2,14	0,97-4,71	
Negra/parda	332	2,85	2,17-3,75	
Outras	10	7,0	1,14- 42,9	
RP ajustada		2,84	2,19-3,66	
Situação Conjugal				0,03
Casada	178	3,91	2,50-6,20	
Solteira	197	2,23	1,65-3,03	
RP ajustada		2,82	2,20-3,65	
Escolaridade				0,18
< de 8 anos de estudo	94	2,21	1,65-3,03	
>8 anos de estudo	281	3,12	2,30-4,28	
RP ajustada		2,82	2,18-3,61	
Trabalho				0,29
Sim	166	3,34	2,15-5,20	
Não	209	2,50	1,85-3,38	
RP ajustada		2,80	2,18-3,60	
Renda (em salário mínimo)				0,49
≤1	143	2,38	1,65-3,40	
>1	207	3,08	2,12-4,50	
RP ajustada		2,78	2,17-3,58	

¹⁸ O valor de p nesta tabela refere-se ao teste de homogeneidade.

4.5.5 Análise de Regressão Logística Múltipla (ARLM)

Na análise de regressão logística, para inclusão/ exclusão de cada co-variável no modelo foram adotados critérios teóricos e estatísticos (nível de significância a 20%) com emprego do teste de Razão de Máxima Verossimilhança. Como medida de associação entre violência e depressão foi utilizada RP assumindo intervalo de confiança a 95%.

A presença de co-variáveis modificadora de efeito foi verificada usando teste de Razão de Verossimilhança com estabelecimento de significância a 5%. Para aquelas variáveis não se identificasse empiricamente a presença de modificação de efeito, o papel da variável de confundimento foi avaliado conforme modelo preditivo empregando-se a estratégia *backward* na análise de regressão logística do tipo não condicional.

Bases teóricas e empíricas foram consideradas para selecionar potenciais variáveis confundidoras, assumindo como tal aquela que produzisse uma alteração de pelo menos 10% na medida de associação (GREENLAND; MORGENSTERN, 2001).

O modelo de regressão logística incluiu, além da variável dependente (depressão) e da variável independente principal (violência doméstica), as seguintes co-variáveis:

- Sociodemográficas¹⁹: renda, idade, situação conjugal;
- Condições gineco-obstétricas: ter filhos, número de abortos provocado;
- Estilo de vida: etilismo, tabagismo.

A modelagem permitiu avaliar simultaneamente a existência de interação classificando a variável estado civil como modificadora de efeito da associação entre violência doméstica e depressão para o grupo em estudo.

Para análise de confundimento, com a retirada de cada co-variável selecionada, avaliou-se o efeito na associação principal investigada. Observou-se que, empiricamente, não se confirmou nenhuma dessas co-variáveis como confundidora. No entanto, foram mantidas no modelo de regressão logística as co-variáveis idade, renda, etilismo, tabagismo, presença de filhos e aborto provocado sustentadas em critérios teóricos.

¹⁹ Dentre as co-variáveis sócio-demográficas, idade e renda foram mantidas como confundidoras, uma vez que raça/cor, escolaridade e trabalho apresentaram colinearidade com renda familiar. Ao passo que a situação conjugal foi classificada como modificadora de efeito.

Tabela 17 – Análise de Regressão Logística²⁰, razão de prevalência ajustada e intervalo de confiança (95%) associação entre violência doméstica e depressão entre as mulheres do Calafate, Salvador- Bahia. Brasil, 2008 (N = 375)

Modelo	RP	IC 95%
Bruto	2,78	2,17-3,58
Ajustado	2,60	1,99-3,40

Encontrou-se, com significância estatística, uma forte associação entre violência doméstica e depressão entre as mulheres, mesmo após ajustamento pela co-variável considerada confundidora neste estudo, como foi o estabelecimento de relação conjugal.

Ao final, estratificando-se por categorias do modificador de efeito - estado civil, observou-se que as mulheres que possuem companheiro (casadas ou de união estável) apresentaram maior prevalência de depressão (4,40 vezes) do que aquelas sem companheiro (1,79), também com significância estatística, como mostra a tabela 18.

Tabela 18 – Análise de Regressão Logística, Razões de prevalência ajustadas²¹, valor de p e os respectivos intervalos de confiança a 95% para a associação entre violência e depressão com a modificadora de efeito. Calafate, Salvador-Bahia. Brasil, 2008 (N= 375)

Modificadora de efeito	N	RP	p	IC 95%
Com companheiro	178	4,40	0,000	2,77-6,95
Sem companheiro	195	1,79	0,002	1,08- 2,12

²⁰ Através do Modelo de Poisson os valores de *Odds Ratios* obtidos na Regressão Logística foram convertidos a Razão de Prevalência ajustada por renda, idade, etilismo, tabagismo, ter filhos e aborto provocado.

²¹ Razões de Prevalência ajustadas por renda, idade, etilismo, tabagismo, filhos e aborto provocado.

5 DISCUSSÃO

5.1 LIMITES DO ESTUDO

O principal limite deste estudo refere-se ao tipo de desenho adotado, qual seja, o estudo – corte transversal, pois este tipo de estudo apresenta duas limitações relevantes: a primeira, refere-se ao viés de prevalência e a segunda, à dificuldade em esclarecer a seqüência causal.

Estudos transversais só medem a prevalência, e não a incidência, tornando limitada a informação produzida por este tipo de estudo no que diz respeito à história natural das doenças e ao seu prognóstico.

O estudo pode fornecer, deste modo, informações distorcidas da realidade, visto que os agravos à saúde de curta duração têm menos chances de aparecerem nos resultados. Ou seja, nesta investigação não estão incluídas as evoluções, os óbitos ou curas, em conseqüência, as pessoas identificadas como doentes são os sobreviventes e, portanto, o viés de sobrevivência ou viés de prevalência não pode ser completamente afastado, devendo, assim, ser considerada na avaliação dos achados obtidos aqui. (PINHO, 2006, p. 92)

Outra desvantagem está relacionada ao fato de que a exposição e o efeito são mensurados em um mesmo ponto no tempo, o que torna difícil a identificação do momento da exposição, ou seja, se esta precede o aparecimento da doença ou se a presença da doença altera o grau de exposição a determinado fator. No entanto, para fatores que permanecem inalterados no tempo, como sexo, raça e grupo sanguíneo, os estudos seccionais podem oferecer evidência válida de uma associação estatística.

Assim, a maior desvantagem dos estudos transversais refere-se com à impossibilidade de estabelecer relações causais por não provarem a existência de uma seqüência temporal entre exposição ao fator e o subseqüente desenvolvimento da doença.

Destarte, não se pode afirmar se a violência doméstica leva à ocorrência da depressão ou se a própria depressão é que predispõe a mulher às situações de violência. Desta forma, tais resultados devem ser analisados com maior atenção para que não se cometa o equívoco de fornecer uma informação não fidedigna.

No entanto, o presente estudo obteve uma amostra representativa da população de mulheres do Calafate, na zona periférica da cidade de Salvador, Bahia, dentro da estimativa

esperada: (esperado: 370, entrevistadas: 375), obedeceu a critérios de aleatoriedade, além de estratificar proporcionalmente os censitários do bairro, o que reduz a possibilidade de terem ocorrido erros sistemáticos na seleção da amostra estudada.

Outro tipo de viés que pode ser encontrado refere-se à ocorrência de violência doméstica, na qual sugere-se que os números estão subnotificados, vez que durante a realização do Projeto de Extensão na referida comunidade, percebia-se um maior número de violência, além do estudo desenvolvido no bairro por Diniz e Souza (2007) que mostra um número mais expressivo de violência.

Assim, dois aspectos merecem ser ressaltados: o primeiro quanto à percepção da própria mulher acerca da violência, na qual ela pode não compreender que determinadas situações são caracterizadas como violência; pelo fato de ser tão naturalizada e banalizada no cotidiano desta mulher. O segundo refere-se à situação da mulher ter sido entrevistada em sua própria residência, o que pode ter constrangido a entrevistada, levando-a a não informar sobre o evento estudado.

Uma dificuldade adicional encontrada, apesar da pesquisadora e das bolsistas já estarem envolvidas com atividades na comunidade há algum tempo, foi a inserção dos entrevistadores nos setores mais violentos, pois à época da coleta de dados, houve perseguições policiais no bairro, seguidos de assassinatos em determinados setores censitários, onde o tráfico de drogas ilícitas e a violência eram mais exacerbados, gerando certo desconforto e desconfiança por nossa parte bem como da comunidade, mesmo que isso não tenha alterado o cronograma previsto para a coleta.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS

Quanto às características sociodemográficas citadas anteriormente, observa-se que as mulheres vítimas são, essencialmente, adultas jovens com idade compreendida entre 20 a 39 anos, negras (91,1%), possuem mais de 8 anos de estudo (76,84%); não possuem nenhuma atividade remunerada, são donas de casa, estudantes ou desempregadas (54,74%) e, contraditoriamente, 58,6% recebem mais de 01 salário mínimo.

Vale ressaltar, portanto, que não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes, a 0,05, para estas características sociodemográficas, já que os dois grupos apresentam certa homogeneidade no perfil observado.

Esses resultados são semelhantes a outros estudos sobre a mesma temática, nos quais se encontrou um perfil da mulher vitimizada com ampla faixa etária, qual seja, de 15 aos 55 anos, nível sócio econômico baixo, sem apresentar relação entre a ocupação e a raça/cor. (ADEODATO et al, 2005; BLAY, 2005; CREPSCHI, 2005 e RODRIGUES, 2006; DANTAS-BERGER e GIFFIN, 2005; MARINHEIRO, 2003; RIVERA-RIVERA et al., 2004; ROVINSKI, 2004).

Pesquisa desenvolvida pela OMS (2005) mostra que as mulheres mais jovens, sobretudo com idade compreendida entre 15 e 19 anos têm maior risco de sofrer violência física ou sexual, ou mesmo ambas, provocadas pelo companheiro; para isso, sustenta-se a idéia de que as mulheres de maior idade possuem um *status* social mais elevado que as jovens, sendo, portanto, menos vulneráveis à violência doméstica.

Corroboro com Rabello e Caldas Junior (2007) que, com relação aos estudos sobre violência encontraram, geralmente, a maioria das mulheres vítimas jovens, argumentam para isso que, provavelmente, pode estar relacionado à vida sexual ativa destas mulheres, sendo esta uma condição à exposição da violência doméstica.

Quanto à variável raça/cor, neste estudo foram prevalentes as de raça negra, representando 91,1% das entrevistadas; porém, esse dado confirma-se com a própria composição populacional do Calafate, na qual mais de 90% da população é essencialmente negra.

Marinheiro (2003), Rovinski (2004) e Blay (2005) encontraram algumas diferenças que devem ser destacadas: os autores afirmam que grande maioria das vítimas encontradas em seus estudos eram brancas, chamando atenção para o fato do Brasil ser um país de racismo oculto, em que se atribui aos negros a maior prevalência de violência, sendo que estes dados vêm confrontar-se com o pensamento do senso comum .

Outro aspecto relevante mencionado por Blay (2005), e também foi aqui encontrado, é o fato das mulheres vítimas apresentarem nível educacional elevado: a grande maioria apresenta mais de 8 anos de estudo e cerca de 5% das vítimas têm nível universitário, seja completo ou não.

Este achado corrobora com Andrade (2002) ao afirmar que quanto à escolaridade das vítimas, as mesmas concentram-se em valores acima da média. Nas escolaridades equivalentes aos 2º e 3º graus todas as participantes estão acima da média, sendo importante salientar que a vitimização doméstica/conjugal via ameaças ocorre, com mais intensidade, entre pessoas com escolaridade equivalente ao 3º grau ou pós-graduação.

Isto evidencia que, contrariando o senso comum, uma escolaridade alta e o acesso a informações não estão diretamente relacionados a um comportamento menos violento no que se refere às ameaças entre parceiros.

A OMS (2005), no entanto, afirma que, quanto maior o nível educacional, menor o número de casos de violência, sugerindo que a educação tenha um efeito protetor para a mulher, independente de seu ingresso na escola e sua idade. Defende, ainda, a idéia de que mulheres com um maior nível de educação tenham mais possibilidade de escolher seus parceiros e maior capacidade de optar ou não pelo casamento, além de serem capazes de negociar maior autonomia e controle dos recursos e do poder no matrimônio. Assim, quanto maior o nível educacional, menor o número de casos de violência entre aquelas analisadas.

Adeodato et al. (2005) corroboram com a OMS (2005) ao afirmarem que o esclarecimento da mulher leva a uma menor tolerância à violência. Quanto mais a mulher se qualifica, mais chance tem de encontrar trabalho remunerado, melhorando assim a auto-estima e independência.

Em relação aos rendimentos econômicos, percebeu-se que quanto menor a renda familiar e quando a mulher é sustentada pelos parentes, houve significância estatística, com valor de p 0,04 e 0,02, respectivamente. Esse dado, à princípio, parece ratificar os achados apontados em estudos semelhantes desenvolvidos por Rivera-Rivera et al. (2004), Rovinski (2004), Adeodato et al. (2005), Crepschi (2005), na qual entre mulheres de baixa renda encontrou-se maior exposição à situação de violência.

Embora a literatura relate que a pobreza e a falta de padrões morais conduzam à violência, esta pode estar ocultada em outras camadas populacionais; assim, vale ressaltar que violência não é coisa de pobre; acontece que as relações das camadas menos favorecidas entre a vida privada e a pública é mais estreita; estas também denunciam mais.

A esse respeito, Drezett (2000) e Rovinski (2004) criticam estes achados frente à possibilidade de que a grande maioria dos autores tem trabalhado com mulheres de baixo nível socioeconômico e que os resultados apontam para um tipo de viés nas pesquisas, vez que mostram apenas o tipo de mulher vitimizada, a que os pesquisadores estariam tendo acesso.

Rovinski (2004) ressalta que os trabalhos de pesquisa sobre violência de gênero são em locais onde haveria uma predominância de população de baixa renda, que possui poucos recursos econômicos e de rede social. Assim, a autora afirma que apesar dos estudos acerca da

violência de gênero sempre encontrarem achados que indiquem uma tendência no perfil das vítimas, de serem negra, de classe menos desfavorecida e com baixa escolaridade, acredita-se que apenas com o desenvolvimento de estudos epidemiológicos, que abrangesse de modo igualitário o acesso a todas as camadas sociais, poder-se-ia inferir, com mais precisão, a prevalência das vitimizações, principalmente quanto ao nível socioeconômico.

5.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS MULHERES

As mulheres vítimas de violência estão mais expostas às doenças infecciosas, como viroses e doenças sexualmente transmissíveis: as diferenças observadas entre os grupos apresentaram significância estatística, ambos com um valor de $p < 0,05$.

Outros sinais e sintomas físicos que aqui refletem desordens patológicas e que apresentaram significância estatística entre as mulheres que sofrem violência doméstica foram: dores nos membros inferiores, irritação oftalmológica, distúrbios gastrintestinais, rouquidão, diminuição da audição e perda temporária da voz.

Nervosismo, esquecimento, choro freqüente, tontura, agressividade e compulsividade foram, dentre as queixas psíquicas, as que se apresentam estatisticamente relacionadas à vitimização das mulheres.

Em relação ao estilo de vida, as variáveis etilismo e tabagismo estiveram freqüentemente relacionadas com a vitimização das mulheres sendo que em ambos evidenciou-se significância estatística, com valor de p de 0,004 e 0,003, respectivamente.

A este respeito, dados similares são encontrados no estudo de Francisquetti (2000) no que se refere, não à mortalidade, mas à morbidade, na qual as conseqüências para a saúde da mulher vítima de violência têm sido bem documentadas. São elas: risco aumentado para dores crônicas, doenças mentais, DST/AIDS, gravidez indesejada, aborto, doença pélvica inflamatória, abuso de drogas, distúrbios gastrointestinais etc.

Estudo análogo desenvolvido pela OMS (2005) aponta também para esta maior comorbidade entre mulheres vítimas de violência, principalmente, a violência doméstica tendo em vista ser muito mais freqüente entre as mulheres vítimas de violência infligida por seus companheiros o estado de saúde ser considerado mal ou muito mal em relação àquelas que nunca haviam sido maltratadas por seus companheiros.

Encontraram-se também mais problemas relacionados ao sistema ósseo-muscular, à maior dificuldade em realizar suas atividades cotidianas, queixas mais prevalentes de dores

físicas, perda de memória, corrimentos e afecções vaginais. Este estudo ainda salienta que os problemas de saúde estão relacionados com a existência de violência ao longo da vida, sugerindo que os efeitos físicos da violência podem persistir muito depois da experiência violenta, sustentando a relação de que maltratos acumulados afetam a saúde em maior medida.

Corroborando com o acima referido, D'Oliveira (2000) também destaca que os efeitos persistem mesmo após o fim das situações de violência e que mulheres vitimizadas acabam por utilizar mais os serviços de saúde, já que são mais vulneráveis aos diversos problemas de saúde apresentando mais sintomas físicos e mentais do que mulheres não expostas à violência.

Esses achados são semelhantes aos encontrados em estudos afins, como no de Heise et al. (1994), Giffin (1994), Souza (2000), Schraiber et al. (2002), Minayo (2002), Minayo (2007), Dahlberg e Krug (2007) e Diniz et al.(2007), nos quais a violência contra a mulher tem sido associada a dores pélvicas crônicas, às infecções sexualmente transmissíveis, entre elas a HIV / AIDS, além de outras doenças como as inflamações pélvicas, aborto espontâneo e a gravidez indesejada, bem como trabalho de parto prematuro, abuso de drogas e álcool. Outras formas de manifestação da violência se dão através de queixas (sejam físicas ou psicológicas), cefaléia, distúrbios gastrintestinais, lesões, problemas ginecológicos, asma, e condutas nocivas para a saúde como abuso de fumo, álcool e sexo sem proteção.

Em relação às queixas otorrinolaringológicas, que foram bastante freqüentes e se mostraram significativamente associadas entre os subgrupos analisados, sabe-se que a voz expressa emoções e com certeza os estados físico e emocional refletem-se diretamente na voz. Para Oliveira (2004), muitas desordens vocais podem ser resultado de repressão, de emoções e tensões, que podem acabar sendo convertidas em perdas temporárias da voz, disfonia, rouquidão.

Neste sentido, no processo de avaliação da voz é importante considerar a relação entre estados emocionais, cognição e funções fisiológicas, devendo-se ponderar características de personalidade, estresse físico e mental, emoção. Outros aspectos psicológicos estão relacionados à voz, entre eles situações de perigo, incluindo aí a vitimização contra a mulher, abusos sexuais na infância, estupro, e outros traumas (OLIVEIRA, 2004, p. 15).

Já em relação aos zumbidos e a diminuição da acuidade auditiva, Katz (1999) afirma que, embora as perdas auditivas geralmente sejam caracterizadas pela progressão lenta, a deficiência auditiva neurossensorial pode ter início súbito. Assim, queixas como diminuição

progressiva da audição, dificuldades na audição podem ser derivados do uso de drogas, trauma, infecção ou doença. O trauma pode ser físico ou psicológico, sendo que ambos implicam situação de violência para a mulher, como podemos constatar no desenvolver desta pesquisa.

Castro e Riquer (2003), ao analisarem estudos que se concentram em mulheres com determinadas condições específicas de saúde, afirmam que pode existir uma relação inversa de causalidade, ou seja, que a enfermidade em si pode ser, por outro lado, uma condição de risco adicional para as mulheres frente à violência. Assim, algumas condições como gravidez, HIV/AIDS, DST's, desordens neurológicas crônicas, deficiências físicas, doenças mentais são condições que os estudos mostram estarem associados à maior exposição de vitimização. Em consequência, para os autores, é possível hipotetizar que certos padecimentos e certas condições de saúde das mulheres se associam a um maior risco de sofrer violência.

No que diz respeito às condutas nocivas que mulheres em situação de violência acabam assumindo, diversos estudos chamam atenção para o abuso de fumo e álcool que, não somente é comum aos agressores, mas principalmente entre as mulheres, como se vê nos dados aqui constatados de que etilismo e tabagismo mostraram-se significantes estatisticamente quanto ao grupo de mulheres vítimas e não- vítimas, semelhante aos achados por D'Oliveira (2000), Giordani (2006) e Rabello e Caldas Junior (2007).

Rabello e Caldas Junior (2007) mostram que a droga mais consumida foi o álcool entre 76,2% das agredidas e 54,6% das não agredidas. Outras substâncias apareceram associadas ao álcool: maconha, cocaína, crack, ropinol e que ainda observa-se que quando o álcool foi associado a estas outras substâncias, a chance de ocorrer agressão aumentou em 29 vezes.

Os estudos mostram, portanto, ser comum entre mulheres vítimas de violência a adoção de atos nocivos, como o abuso de álcool, fumo e de outras drogas ilícitas; neste estudo, portanto, não foi pesquisado o uso de outras drogas, porém, percebia-se ser algo comum para algumas das mulheres, que relataram tais situações durante as entrevistas.

Entre essas mulheres, percebe-se que o ato de beber, bem como o de fumar, mesmo que as próprias tenham consciência dos danos produzidos à saúde, é uma forma de mostrar-se livre, de romper com a sensação de dependência ao agressor, mas essencialmente, de produzir um mecanismo, um efeito de fuga, na qual as mulheres vítimas extrapolam, ou pelo menos tentam extrapolar as relações de poder na relação conjugal. Isso se tornou evidente durante as entrevistas no Calafate.

A adoção do etilismo e tabagismo como estilo de vida era, para estas mulheres, uma forma de se encontrar prazer, de alegria, de descontração que ainda possibilitava reunir-se com as amigas e esquecer o dia-a-dia, livrar-se das preocupações do cotidiano.

5.4 CARACTERÍSTICAS DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Dentre as mulheres entrevistadas, 51% referiram vivência de violência doméstica; as expressões de violência mais referidas foram: as agressões verbais (81,2%) seguida da violência psicológica (61,3%) e as agressões físicas (42,9%), violência patrimonial (9,4%), violência sexual (7,9%) e omissões (6,3%). Os agressores foram, em mais da metade dos casos (58%), companheiros e/ou ex-companheiros, configurando a violência conjugal; os demais agressores (42%) foram sempre alguém do seu convívio familiar e/ou social, configurando a existência da violência intrafamiliar.

Quanto às agressões físicas, a face representou o local mais atingido com 38,2%, seguido dos membros superiores (32,9%), da cabeça (23%), tórax (13,4%) e o abdome (9,8%).

Existe predominância das mulheres que são vitimizadas há mais de 10 anos, com 27,2%; quanto à frequência dos atos violentos, 33% sofreram violência pelo menos uma vez por semana; 23% pelo menos 2 ou 3 vezes por semana e 20,9% referiram sofrer atos violentos todos os dias e uma parcela de 19,9% referiram sofrer violência pelo menos uma vez por mês.

Os atos violentos são mais significativos nos finais de semana (56%), sendo que o período predominante foi a noite, totalizando 45% (incluindo também o período da madrugada) representando quase metade dentre as ocorrências de violência.

Esses dados acima mencionados são semelhantes aos de outros estudos nos quais a figura dos companheiros e/ou ex-companheiros aparece como a mais frequente nos estudos de violência de gênero, principalmente da violência doméstica.

Schraiber et al. (2002), Saffiotti (2002 e 2004a), Silva (2003), Jacobucci (2004), Giordani (2006) e Rodrigues (2006) corroboram que as mulheres são mais violentadas, considerando toda e qualquer forma de violência, de forma maciça no interior de seus lares seja por companheiros, essencialmente, e também por parentes ou sempre alguém conhecido, fazendo com que o número de ataques e/ou atos violentos perpetrados por estranhos seja significativamente menor.

Neste estudo, por exemplo, não foi identificado nenhum agressor desconhecido; em todos os casos, seja na violência conjugal ou intrafamiliar, prevaleceu sempre a figura de alguém do convívio da mulher; isto, por certo, potencializa as conseqüências da violência, uma vez que estabelecida uma relação, seja conjugal, de amizade, afeto, amor ou mesmo profissional, entende-se o caráter rotineiro da violência, situações cotidianas tidas como normais, sugerindo haver algo de comum entre o ato de força ameaçador e as imposições sutis sofridas pelas mulheres.

D'Oliveira e Schraiber (2000) num estudo realizado com base nas denúncias registradas nas Delegacias de Defesa da Mulher (DDM) afirmam que, em relação à violência contra a mulher, o agressor deixa de ser um estranho e passa a ser alguém com quem a mulher tem alguma ligação afetiva: parceiro, pai, padrasto ou outro familiar, sendo que parceiros ou ex-parceiros são os agressores em aproximadamente 70% dos casos registrados.

Ramirez-Rodrigues e Patiño-Guerra (1996), avaliando tomando mulheres que sofreram violência e observando quem são seus perpetradores, encontraram que o companheiro/esposo foi identificado como de maior percentagem, com 73%, enquanto Rabello e Caldas Junior (2007) encontraram nas notificações contra os companheiros/ex-companheiros um percentual ainda maior (90%) do que os estudos citados.

Schraiber et al. (2002) e levantamento realizado pela OMS (2005) reiteram que a forma mais comum de violência vivida pelas mulheres é aquela perpetrada por parceiros íntimos e se têm tido a preocupação de divulgar as elevadas prevalências da violência por seus parceiros íntimos. Além de alta magnitude, esses episódios de violência mostram caráter muitas vezes grave, expressando a desigualdade nas relações de gênero.

Tanto no estudo pioneiro de Heise et al. (1994), que reuniu dados de 35 estudos em 24 países, como no estudo feito pela OMS (2005) que reúne dados de 15 estudos em 10 países diferentes, está comprovada estatisticamente a alta incidência de violência de homens contra mulheres, sendo a forma mais endêmica a violência sexual e física de companheiros íntimos contra suas mulheres, o que conforma um importante problema de saúde pública.

Em 48 pesquisas de base populacional, 10 a 69% das mulheres entrevistadas apontaram ter sido alguma vez alvo de agressão física de seus parceiros; a violência física é freqüentemente acompanhada da violência psicológica e, em um terço a 50% dos casos, pela violência sexual. Ramirez-Rodrigues e Patiño-Guerra (1996) ressaltam que todas as mulheres que foram objeto de violência por seus companheiros/esposos sofreram de violência

emocional; destas, somente uma parte sofreram de violência física e 12% sofreram violência sexual.

Dentre estas, destaca-se a violência emocional ou psicológica, vez que esta tipologia é a mais difícil de ser identificada, ou de ser, pelo menos, percebida pela mulher. Até que a mulher compreenda que ameaças, humilhações, xingamentos, ofensas, recusas de carinho, acusações de traições, espancamento de seus filhos, impedimento de ir ao trabalho, de ter amizades ou de sair são atitudes do companheiro que configuram violência emocional e/ou psicológica pode durar anos ou mesmo nunca serem perceptíveis.

Segundo Teles e Melo apud Giordani (2006) apesar de ser a mais difícil de ser percebida pela própria mulher, é a violência psicológica que produz efeito mais perverso, que pode destruir a vontade, o desejo e a autonomia da mulher.

Os métodos de violência mais referidos entre as mulheres deste estudo foram os seguintes: xingamentos, palavrões, calúnias, discussões de casais, os desentendimentos e discussões com os vizinhos ou alguém da família, dentre as agressões verbais; as ameaças de divórcio e de morte, o rebaixamento da auto-estima, ofensas, humilhações, atitudes que atentem contra a dignidade da mulher, impedir a mulher de trabalhar fora de casa, ignorar e criticar por meio de ironias e piadas, ofender e menosprezar o seu corpo, insinuar que tem amante para demonstrar desprezo, ofender a moral de sua família, desrespeitar seu trabalho de cuidado com a família ou fora de casa são exemplos de agressões psicológicas vivenciadas pelas mulheres do Calafate.

Vale ressaltar, portanto, que entendemos a violência psicológica como a mais prevalente, visto que ela perpassa todas as situações de violência, seja através das palavras, das negligências, dos abusos sexuais, entretanto, este tipo de violência é pouco perceptível; as mulheres só vêem e a entendem quando outras formas de violência são mais expressivas no seu cotidiano.

Caracterizando a violência física, foram prevalentes atitudes como tapas, murros, beliscões, espancamento, lesões provocadas por arma de fogo, arma branca, queimaduras (por ponta de cigarro, ferro elétrico e óleo de cozinha quente), traumas contundentes e empurrões.

Quanto à violência patrimonial, a perda e/ou destruição de documentos, destruição de móveis e eletrodomésticos, desfazer-se de objetos pessoais da vítima, esconder ou rasgar roupas, documentos e outros pertences da mulher foram as queixas mais prevalentes.

Descuido, abandono, negligência quanto à necessidade da mulher em vestir-se, comer, cuidar da saúde, da higiene, da educação, desprover de assistência e de cuidados quando a mulher está doente ou grávida, privar de afeto, fazê-la sentir-se abandonada pela família, gerando sentimentos de solidão, isolamento e maltrato foram as condições que estiveram relacionadas com a omissão.

Apesar do relativo baixo número de violência sexual identificada neste estudo (7,9%), ainda assim pode-se considerar um número expressivo, pois este tipo de violência é a mais frequentemente ocultada. Em relação à prevalência de violência sexual, destaca-se que 73,3% destas foram praticadas pelos companheiros ou ex-companheiros das vítimas.

A este respeito, enfatizam-se os abusos sexuais, da mulher sentir-se forçada a ter relação sexual com o companheiro, sentir-se ameaçada ou coagida ao sexo, às vezes, até sob forma de tortura, como relatado durante as entrevistas²².

Dentre as mulheres que referiram sofrer violência sexual, houve relatos de serem forçadas às relações sexuais, sendo este mais comum entre as mulheres casadas e/ou com companheiros; alguns casos de estupro e assédio sexual, produção de gestos e atitudes obscenas no trato com as mulheres e, ainda, casos de incestos, abuso sexual por parte de pai ou padrasto.

Por outro lado, nota-se certo progresso no que diz respeito à qualidade das informações obtidas, pois já se observa que nos estudos baseados em entrevistas com mulheres, está sendo revelada a violência sexual; entretanto, ainda há uma relativa invisibilidade desta violência nas denúncias de violências praticadas por homens contra mulheres no âmbito doméstico, principalmente na relação matrimonial.

Dantas-Berger e Giffin (2005, p. 419) afirmam que a maioria esmagadora dos dados aponta para a maior ocorrência e/ou visibilidade das violências físicas, tipificadas criminalmente por lesões corporais, seguidas pelas violências psicológicas, principalmente ameaça, difamação e injúria. A violência sexual, especialmente a coerção e/ou violência sexual praticada por parceiro íntimo no âmbito privado, está pouco evidenciada ou inexistente nas estatísticas disponíveis: “é praticamente impossível desvendar, nos dados estatísticos, situações de estupro conjugal, porque elas estão escondidas em outros itens, como o de lesões corporais”.

²² Mesmo considerando o caráter quantitativo do estudo, o detalhamento de tais situações era possível ao se fazer o questionamento acerca do tipo de violência sofrida.

Corroborando com as autoras acima, Giordani (2006) chama a atenção de que, embora a violência sexual contra a mulher seja um fenômeno muito freqüente no lar, não é legalmente reconhecida no Brasil, posto que o Código Penal Brasileiro não caracteriza como estupro, tampouco como crime, a violência sexual no seio do casamento, isto é, a legislação brasileira não prevê o direito da mulher de se recusar a ter relações sexuais com seu marido.

Quando a violência física se faz presente, percebe-se que as agressões são mais comuns na parte superior do corpo, sendo mais freqüentes em face, cabeça, tronco, abdome e membros superiores, confirmando os achados deste estudo.

Saffioti e Almeida (1995), a este respeito, consideram que os homens, ao agredirem suas esposas, procuram atingir partes predominantemente visíveis do corpo, dentre elas o rosto, pois o rosto feminino parece ter um significado especial, visto que a agressão neste local implica em descaracterizar o que mais valoriza a identidade de qualquer sujeito.

Para a OMS (2005), os atos de violência física infligidas pelo parceiro seguem um padrão de maltrato continuado e a freqüência destas agressões físicas são mais comuns do que os estudos têm mostrado, pois na pesquisa realizada mostrou-se que à exceção da maior parte dos distintos tipos de violência física grave (estrangulamento, queimaduras e uso de armas de fogo e/ou branca) em todos os países, mais da metade das mulheres entrevistadas, havia sido vítima de pelo menos um ato violento no último ano.

Além disso, nota-se que a permanência da mulher na situação de violência é muito longa e muito freqüente, como observou-se neste estudo, no qual prevaleceu a freqüência semanal das agressões semelhante à pesquisa realizada por Adeodato et al. (2005) , na qual os autores encontraram uma média de tempo de convívio entre a vítima e o agressor de 10 anos e um tempo de agressão de 5 anos, dados análogos a outros estudos do gênero (ROVINSKI, 2004; HIRIGOYEN, 2006; RODRIGUES, 2006; SANTANA, 2006).

As razões que justificam a permanência da mulher na situação de violência, dentre as mulheres do Calafate, as mais prevalentes foram: acreditar na melhora do companheiro (42,8%), não deixar a relação por razões econômicas (35,3%), não deixar os filhos, assegurando a manutenção da vida a estas (30,5%), não ter para onde ir (25,1%), além do medo e de se sentirem ameaçadas pelo agressor, por pressões familiares ou, ainda, por conceberem o casamento como algo sagrado, soberano, mesmo que para isso tenham que submeter-se à violência.

De tal modo, o fato da mulher conservar-se numa situação de violência acontece devido à falta de mecanismos para sua saída do ciclo de violência; assim, não é uma tarefa tão fácil compreender a permanência da mulher nesta situação.

Para Cunha (2007), a permanência da mulher na situação de violência é explicada à luz das idéias de Lenore Walker²³, na qual a autora afirma existir três fases distintas: na fase I, conhecida como acumulação da tensão, a mulher tenta acalmar o seu agressor, torna-se submissa como forma de evitar novos episódios de violência, adotando uma defesa psicológica de negação.

Na segunda fase, conhecida também como fase do ataque violento ou explosão, “o agressor maltrata física e psicologicamente a mulher vítima que procura apenas se defender, esperando que ele pare e não prossiga no caminho da violência” (CUNHA, 2007, p. 89). Isso pode resultar em agressões de intensidade variada, trazendo sérios prejuízos à saúde da mulher, bem como dos seus filhos.

Porém, a situação de agressividade e brutalidade persiste apenas nessas duas primeiras fases, pois na III fase, caracterizada pelo comportamento de bondade e amor arrependido ou fase do apaziguamento, é nela onde o agressor encontra espaço para lamentar suas atitudes anteriores, manifesta arrependimento, seduz a companheira, daí a fase também ser reconhecida como lua-de-mel; a mulher, sensibilizada e também fragilizada, acredita na melhora do agressor, acaba o perdendo, retira a queixa na Delegacia, quando for o caso, e é especialmente nesta fase que o casal que vive uma relação violenta torna-se dependente um do outro, estreitando seus laços de co-dependência e afeto.

Para Giordani (2006),

[...] entre as que resistem e as que fogem às agressões diárias, há aquelas que tentam manter a paz rendendo-se às exigências do parceiro, situação que nem sempre deve ser interpretada como uma reação passiva, mas como uma estratégia de sobrevivência no casamento e uma forma de proteger-se e aos seus filhos (Giordani, 2006, p. 165).

Outros estudos defendem a possibilidade de resistência das mulheres às violências sofridas em seus lares devido às ineficiências, inoperâncias e inadequações gerais do Sistema

²³ Autora feminista que publicou sua obra intitulada “The Cycle Theory of Violence – in the Battered Woman” que traz explicações acerca dos motivos que levam a mulher a permanecer na situação de violência, defendendo a idéia de um ciclo de violência. As concepções apresentadas por esta autora são aceitas e concebidas por teóricos do gênero.

Judiciário Brasileiro, formado por uma mistura de preconceito e incompetência dos órgãos responsáveis (polícia, justiça, etc), o que tem resultado em subnotificações de muitos casos de violência contra a mulher, mesmo após a aprovação da Lei Maria da Penha²⁴.

Esse fato justifica, entre as mulheres do Calafate, a busca quase que insignificante das instituições que compõem a Rede de Atendimento à Mulher Vítima de Violência. O atendimento realizado por policiais e por profissionais médicos foi de apenas 8,9%; a busca à DEAM foi ainda menos significativa (8,4%), sendo esta uma política pública onde se esperava maior expressividade, tendo em vista que a coleta de dados foi realizada num período posterior à sanção e vigência da Lei Maria da Penha.

Ainda em relação à demanda pouco significativa da DEAM, muitas mulheres referiram descrédito da mesma, morosidade nos processos, despreparo dos profissionais que as atendiam, e denunciaram, inclusive, casos de maltrato e desacato por parte dos profissionais que seriam os responsáveis por prestar um serviço de proteção às mesmas.

Na pesquisa realizada pela OMS (2005), as mulheres relataram diversas situações para justificar os atos de violência doméstica, entre eles destaca-se a não realização correta de tarefas domésticas, negar-se a ter relações sexuais, desobedecer ao marido e atos de infidelidade; estas justificativas denotam caráter eminentemente sexista e que refletem o caráter, ainda, patriarcal do mundo em que vivemos.

Para as mulheres vítimas de violência no Calafate os fatores mais prevalentes foram: ciúmes (42,6%), ingestão de bebidas alcoólicas (41,1%), falta de dinheiro (35,8%), desemprego (25,3%), uso de drogas ilícitas (17,9%) e traição (9,5%).

Esse achado é legitimado com pesquisas afins, nas quais os dados convergem: Adeodato et al. (2005) mostram que, entre os principais fatores que desencadearam as agressões, os mais referidos foram o álcool e o ciúme, identificando que 70% dos parceiros ingeriram álcool e, em 11%, drogas ilícitas. Estes autores salientaram a correlação direta entre consumo de álcool pelo agressor e agressão aos filhos.

O consumo de álcool pelos agressores das mulheres que sofrem violência doméstica aparece em outros estudos como o de Marinheiro (2003), Jacobucci (2004) e Rabello e Caldas

²⁴ Lei Maria da Penha nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. (BRASIL, 2006).

Junior (2007), no qual se observam percentuais significativos de homens agressores etilistas; Silva (2003) refere-se ao uso de drogas ilícitas e/ou lícitas pela maioria dos agressores, afirmando existir uma forte correlação entre o abuso dessas substâncias e a violência.

Estudo desenvolvido no Brasil com 2.500 mulheres apontou como principais determinantes para as agressões, o álcool e o ciúme, os quais foram citados por 21% das vítimas; 14 % delas apontaram o machismo como causa da violência.

Autores como Giffin (2002) relacionam as relações violentas masculinas com o desemprego, o que resulta em desestruturação da identidade masculina, refletindo violentamente em suas parceiras. Essa autora citou que o poder do macho, na sociedade contemporânea foi deslocado da rua para a casa e depois para o corpo.

A maioria das famílias das mulheres, inclusive as que participaram do presente estudo consumiam drogas, sendo o álcool a substância mais utilizada e diariamente consumida. Por conseguinte, o risco da associação do álcool com a agressão física não ocorre apenas com os bebedores abusivos e regulares, mas também entre bebedores moderados ou eventuais.

Não se pode, contudo, reduzir os atos violentos ao alcoolismo; o álcool pode, sim, ser um fator precipitador e facilitador das reações violentas, corroborando com Jacobucci (2004) quando a autora afirma que, apesar das evidências associando o alcoolismo à violência doméstica, parece haver ainda outros fatores, como: sócio-culturais, educacionais e de personalidade. A autora ainda defende que o “uso abusivo de álcool, isoladamente, não explica estas ocorrências, visto haver numerosos casos de alcoolistas que não agredem suas esposas e outros que não consomem bebidas alcoólicas e são potenciais agressores” (JACOBUCCI, 2004, p. 135).

Deste modo, para a autora, o alcoolismo, a pobreza e o desemprego são coadjuvantes da violência, mas não a sua causa principal; outro aspecto importante que se destaca é o fato de que a violência de gênero não tem correlação com determinismo biológico, mas sim, com as relações de gênero que se estabelecem, ao enfatizar que

Por detrás das relações de gênero, atravessadas pelo poder desigualmente repartido, vislumbra-se a violência. As diferenças biológicas entre os homens e as mulheres e os papéis sociais que ambos desempenham não determinam a ocorrência de violência. Na verdade, são os papéis sociais impostos a homens e mulheres, reforçados por culturas patriarcais, que estabelecem as relações de violência entre os sexos (JACOBUCCI, 2004, p. 56).

Porém, para outros teóricos, vinculados à teoria biologicista, as características biológicas são importantes e determinam o potencial que o indivíduo tem para transformar-se em agressor e exercer atos violentos sobre outra pessoa ou coletividade.

Essa teoria trabalha, portanto, com a idéia de que a agressividade é algo instintivo da natureza humana, sendo natural e irresistível, como a fome e o instinto sexual. Segundo seus defensores, os genes reproduzidos transmitem determinadas reações específicas, como no caso, a violência. Nesse entendimento, estaria a idéia de que o homem tem um impulso sexual muito maior e, às vezes, insaciável, o que pode legitimar o estupro, a prostituição. Segundo a análise de gênero demonstra, a sexualidade masculina é aquela que domina, controla e que é violenta.

Outro modelo de explicação se baseia em concepções psicologistas que tem o enfoque no indivíduo e tendem a reduzir os fenômenos e processos sociais a um problema de conduta individual e de determinação do indivíduo sobre o social. Consideram que o comportamento do indivíduo é um padrão culturalmente apreendido no qual se estabelece o certo e o errado, prescrevendo-se condutas, sentimentos, valores e atitudes diferenciadas para homens e mulheres desde criança.

Ao se estudar a violência e gênero, tenta-se explicar a violência como resultante de certas psicopatologias e, para isso, busca-se analisar as características psicológicas, tanto de homens agressores, como de mulheres agredidas. Essas análises da violência refletem as contradições sociais do mundo moderno, isto é, expressam-se no crescimento das tendências anti-sociais na consciência coletiva, no isolamento e na alienação dos indivíduos.

Outra idéia sustenta-se na hipótese de conferir à violência aspecto geracional, ou seja, a violência é perpetuada entre as gerações por um ciclo de violência, sendo transmitida por uma sucessão de gerações.

Diversas teorias já foram propostas para explicar esse caráter geracional; entre elas, a mais consistente é a teoria da aprendizagem social, segundo a qual a violência é vista como um comportamento aprendido (STUART e LARAIA, 2001)

Stuart e Laraia (2001) explicam que

A teoria da aprendizagem social relacionada à violência declara que uma criança aprende este padrão de comportamento em um contexto familiar, tomando um progenitor violento como modelo de identificação. Nesse caso, a violência e a vitimização são comportamentos aprendidos pela experiência

na infância. A criança aprende a obter tanto os meios quanto a aprovação para a violência. (STUART e LARAIA , 2001, p. 865).

Castro e Riquer (2003) chamam atenção acerca da violência de gênero como consequência do patriarcado, uma vez que este acabou sendo reduzido a variáveis individuais, isto é, reduzido às características sociodemográficas (idade, estado conjugal, escolaridade, ocupação, renda) e a aspectos relacionados às condutas individuais (principalmente consumo de álcool e de drogas) do homem.

Ao se analisar a violência, é preciso fugir das caricaturas que se têm atribuído: de um lado, um homem sempre de baixa escolaridade, pobre, desempregado e de outro, uma mulher “coitada”, vítima, passiva e que se habituou à violência.

Porém, tentar explicar a violência bem como suas causas, é um trabalho desnecessário, posto que não existe uma causa direta, uma causa única; assim, é mais que urgente que se compreendam todos esses aspectos que estão imbricados na violência, uma vez que não existe explicação para este fenômeno; ele é muito mais complexo do que se imagina, principalmente, quando se trata da violência doméstica. Esta reúne todos os elementos descritos, as questões culturais, socioeconômicas, raciais, familiares, os moldes do patriarcado em nossa sociedade, e que continuam contribuindo para a perpetuação da violência, bem como para a sua invisibilidade.

5.4 DEPRESSÃO E VIOLÊNCIA

A prevalência global de depressão entre as mulheres do Calafate foi de 51,5%, sendo estatisticamente significativa a associação entre ocorrência de depressão e violência doméstica (percebe-se que entre as mulheres vítimas de violência, 75,3% apresentam depressão e dentre as mulheres não-vítimas, 27% de depressão; relação apresentando $p < 0,000$, IC 95%=2,23-3,69 e RP= 2,79).

Esse dado aponta intenso adoecer psíquico entre estas mulheres, sendo este achado superior aos demais estudos do gênero realizados. Moraes et al. (2006) pesquisando a depressão pós-parto, encontraram uma prevalência de 19,1%; Mattar et al. (2007) identificaram um percentual de 85% entre puérperas vítimas de violência.

Em estudo realizado entre mulheres portadoras do vírus HIV /AIDS encontrou-se um percentual de 25,8% de depressão maior, sendo maior nas pacientes sintomáticas que em relação às assintomáticas (MELLO e MALBERGIER, 2006). Em estudo realizado por Jacobucci (2004), a autora encontrou um percentual mais elevado, sendo 86,67% de depressão entre mulheres que mantiveram vínculo conjugal após denúncia na Delegacia da Mulher.

Rovinski (2004), utilizando o BDI, encontrou uma prevalência de 21,39% de depressão, na qual as mulheres vítimas de violência sexual apresentaram níveis mais elevados de depressão. Neste estudo, a autora confirma a hipótese de que mulheres vítimas de violência apresentam elevados índices de transtornos emocionais, sendo mais comuns a depressão, ansiedade fóbica, psicotismo e transtorno de estresse pós-traumático.

No estudo desenvolvido por Rabello e Caldas Junior (2007) percebe-se a relação direta entre violência e risco mental alto, na qual as famílias que convivem com a violência têm duas vezes mais chances de apresentar risco mental alto; ainda, no grupo das mulheres agredidas, o percentual de alto risco mental correspondeu a 43,1%.

Ao analisar os dados de Adeodato et al. (2005), os autores sugerem que a violência doméstica está associada à percepção negativa da saúde mental da mulher, das quais 78% apresentavam ansiedade e insônia, 65% sintomas somáticos, 40% depressão grave e 26% disfunção social; 39% já pensaram em suicídio e 24% passaram a fazer uso de ansiolíticos após o início das agressões.

Alves e Coura-Filho (2001) descrevem que os estudos elaborados sobre violência no contexto familiar, estão de acordo quando a grande maioria, ao analisar os perfis de morbidade destas mulheres e detecta sinais e sintomas bastante frequentes, como a depressão, transtornos de ansiedade, perturbações do sono como hipersônia e insônia, transtornos alimentares como a anorexia, a bulimia, a compulsão para comer, que favorece a obesidade, além de fobias, disfunções sexuais, manifestações psicossomáticas, alcoolismo e abuso de calmantes.

Esses estudos, como se vê, têm em comum a preocupação de se analisar as conseqüências da saúde da mulher vítima de violência, em especial a saúde mental. Os achados convergem às sintomatologias mais prevalentes entre as mulheres vítimas do Calafate quando comparado às mulheres não-vítimas, a níveis estatisticamente significantes.

Para as sintomatologias mais prevalentes, destacam-se, portanto, a irritabilidade, auto-acusações, tristeza, pessimismo, insatisfação, mudança na auto-imagem, culpa e idéias

suicidas. Todos esses sintomas foram evidenciados ao longo das entrevistas com as mulheres, nas quais elas afirmavam essa irritabilidade excessiva ou mesmo a incapacidade de se irritar (resiliência), a tristeza que era bastante perceptível, a labilidade emocional em que se encontrava a maior parte das mulheres vítimas de violência; as queixas relacionadas aos sintomas físicos e psíquicos, o choro fácil, a fragilidade e, ao mesmo tempo, a indisposição, sentimentos de tristeza, de solidão, de desamparo.

Estes elementos encontrados são bastante semelhantes no estudo de Jacobucci (2004), no qual a autora caracteriza esses sintomas como um quadro de distímia, sendo “esta um dos fatores responsáveis pelas dificuldades sentidas por estas mulheres em buscar soluções eficazes para resolverem seus problemas conjugais” (JACOBUCCI, 2004, p. 146).

Foi perceptível também entre as mulheres do Calafate essas dificuldades para enfrentar a violência, permeada pelas ameaças, pela culpa, pela necessidade de manter-se neste ciclo e, principalmente, pelo caráter de rotinização que a violência doméstica assume entre estas mulheres vítimas.

Dentre as co-variáveis analisadas, somente o estado civil atuou como modificadora de efeito da associação entre violência doméstica e depressão para as mulheres do Calafate. Observou-se que o a situação conjugal (mulheres que casadas ou de união estável) om a violência, aumentando a associação entre violência e depressão, comprovando que mulheres que possuem companheiro apresentam prevalência de quase três vezes maior em relação àquelas que não possuem companheiro.

Assim, o achado neste estudo e em outros similares demonstra que a situação conjugal apresenta-se como um potencial para a prevalência de depressão, contrariando a idéia de que ter um companheiro, ter uma relação conjugal fosse um fator de proteção à morbidade na existência da violência conjugal.

Portanto, não é simplesmente o fato de ter ou não ter companheiro ou o estabelecimento de uma relação conjugal que venha a predispor em maior grau a mulher à depressão, mas sim o estabelecimento de violência conjugal nesta relação.

Esses achados apontam no mesmo sentido que aqueles publicados por Jacobucci (2004), Rovinski (2004) e OMS (2005), sustentados no pressuposto de que o estabelecimento de uma relação conjugal na qual o parceiro assume a figura do agressor, passa-se a configurar como um fator de risco à morbi-mortalidade desta mulher e, por conseguinte, prejudicando o seu estado de saúde, especialmente a saúde mental.

No estudo realizado pela OMS (2005), por exemplo, afirma-se que as mulheres que tenham sido vítimas de violência infligida por seus parceiros tenham problemas de saúde mental, angústia emocional e comportamento suicida mais significantes. Também se identificou a angústia emocional mediante sintomas como choro fácil, incapacidade de desfrutar a vida, a fadiga e os pensamentos suicidas entre as mulheres entrevistadas, indicando que mulheres vítimas de violência por seus parceiros apresentam maior risco de doença mental.

É muito mais provável, segundo a OMS (2005) que as mulheres que tenham sido vítimas de violência infligida por seus parceiros tenham pensado em suicidar-se ou pelo menos já tenham tentado alguma vez, dados estes que coincidem com estudos realizados em países desenvolvidos e industrializados que associam os suicídios cometidos com atos violentos existentes na relação conjugal.

Todavia, não deve ser desconsiderada a existência de estudos cujos resultados não corroboram com os aqui encontrados, entre os quais se destacam os Costa e Ludermir (2005) e Pinho (2006) na qual a situação conjugal revelou-se um importante indicador de sofrimento mental, sinalizando que as mulheres divorciadas, separadas ou viúvas apresentaram maior prevalência de desordens mentais. Para isso, as autoras sustentam a idéia do casamento segundo suas determinações sociais. As mulheres casadas teriam maior suporte social e familiar; assim, ter um companheiro pode representar baixos índices de ansiedade, depressão e somatizações, além de melhor adaptação a circunstâncias e efeitos dos eventos produtores de estresse.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal interesse deste estudo foi avaliar a associação de depressão e violência doméstica entre as mulheres do Calafate. Para isso, buscou-se determinar grupo de mulheres expostas e não-expostas à violência e para avaliação de depressão utilizou-se o BDI, instrumento validado no Brasil.

A associação entre depressão e violência doméstica foi evidenciada no presente estudo: as mulheres expostas à violência doméstica apresentaram maior prevalência de depressão.

O achado mais relevante desta investigação foi a confirmação de que o estabelecimento de uma relação conjugal interage com a violência, aumentando a associação entre violência e depressão.

Em relação aos aspectos predominantes no grupo de mulheres vítimas de violência doméstica, destaca-se:

–As mulheres vítimas são, essencialmente, adultas jovens, com mais de 8 anos de estudo; não possuem nenhuma atividade remunerada, são donas de casa, estudantes ou desempregadas;

–Maior exposição às doenças infecciosas, especialmente, as viroses e as doenças sexualmente transmissíveis;

–Maior prevalência de doenças secundárias, de queixas de saúde, configurando um número expressivo de sinais e sintomas físicos e psíquicos que refletem um maior grau de vulnerabilidade e adoecimento entre mulheres vitimizadas;

–Maior vulnerabilidade à adoção de condutas nocivas à saúde, encontrando alta prevalência de etilismo, tabagismo, prática de aborto;

–Os companheiros e/ou ex-companheiros configuram num percentual de mais da metade quanto à figura do agressor, configurando a violência conjugal; os demais agressores (42%) são sempre alguém do seu convívio familiar e/ou social, configurando a existência da violência intrafamiliar;

–A prevalência global de depressão entre as mulheres do estudo foi de 51,5%; entre as mulheres em situação de violência a prevalência foi de 75,3%, contra 27% entre as mulheres não vítimas, denotando maior sofrimento mental entre mulheres vitimadas.

Essas características perpassam por questões complexas, como discutidas anteriormente, como a precarização das condições de vida, pobreza, questões raciais, desemprego, a forte influência das relações de gênero na formação da identidade entre homem e mulher; o despreparo e a desarticulação de uma rede que deveria acolher, acompanhar e oferecer apoio à esta mulher vitimizada. Ainda, a inoperância de um Sistema Judicial que não tem o poder de amparar estas mulheres, além de uma sociedade onde ainda se perpetua e se banaliza a violência.

Salientam-se, ainda, as graves conseqüências para a saúde e a vida das pessoas envolvidas numa situação de violência. Este quadro aponta para a importância de intervenções e o atendimento em saúde mental é uma das intervenções possíveis que pode contribuir na mudança desse cenário, no contexto de uma equipe multiprofissional e de uma rede de referências.

Para enfrentar a violência contra a mulher, no entanto, é fundamental que se adotem medidas mais complexas e se faz urgente a necessidade de políticas públicas transversais de gênero e neste sentido é necessário que se dê maior visibilidade às seguintes questões:

- Implantar e implementar as políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher já existentes;

- Exigir das Unidades de Saúde o cumprimento da Lei de Notificação Compulsória para facilitar o diagnóstico, acompanhamento, referenciamento e estabelecimento de condutas do indivíduo vítima de violência que busca atendimento na rede de saúde;

- Existência de uma rede de serviços, facilitadora da continuidade, acessibilidade e personalização dos cuidados, que tenha em conta a importância de respostas rápidas e adequadas, no caso a caso, a par de uma identificação/sinalização mais precoce das situações/complicações de(a) violência doméstica;

- Estabelecer, executar e supervisionar planos de ação multisetoriais para abordar a violência contra a mulher;

- Exigir das autoridades competentes um maior vigor no cumprimento da Lei Maria da Penha, a criação das Varas e Juizados Especiais na adoção de medidas protetivas à mulher em situação de violência;

– Sensibilizar os gestores municipais com relação à necessidade da existência de Casas Abrigo e/ou Casas de Passagem para acolher, proteger e abrigar mulher e filhos em situação de perigo, em virtude da violência doméstica;

– Capacitar e treinar o pessoal da Rede de Atenção à Mulher Vítima de Violência, exigindo maior desempenho e garantindo às mesmas estratégias de enfrentamento da violência;

– Fomentar conhecimento mais preciso da epidemiologia deste fenômeno, com implementação de contextos / instrumentos que possibilitem o registro e análise da informação visando respostas cada vez mais adequadas às reais necessidades dos subsistemas em crise.

Reitero as considerações de Andrade (2002), posto que, diante das limitações deste estudo, salienta-se a necessidade de que se produzam outros estudos e, principalmente, políticas públicas que apontem para uma redução de situações de violência/dominação no lar.

Além disso, diante da magnitude da violência e seus efeitos sobre a saúde da mulher e suas famílias, e considerando ser este um fenômeno histórico-cultural que persiste em nossa sociedade e que se perpetua nos lares das famílias, fazendo de seus membros eternos algozes, propõe-se, então, pesquisas de cunho mais qualitativo, que possam trabalhar especificamente a influência cultural sobre a definição dos gêneros feminino e masculino; bem como a estrutura patriarcal a que ainda estamos expostos e que influencia o comportamento de vítimas e agressores à violência, contribuindo para sua configuração.

Este estudo, portanto, mostra-se de extrema relevância por ser mais uma oportunidade de se discutir e dar visibilidade à violência contra a mulher e seu impacto na saúde das mulheres vítimas, além de possibilitar aos profissionais, gestores, acadêmicos, instituições que compõem a Rede de Atenção à Mulher Vítima de Violência, em especial, às próprias mulheres, um momento de reflexão acerca do cotidiano destas mulheres, envolvendo violência e adoecimento, com a perspectiva de que este fenômeno seja repensado, discutido e enfrentado.

REFERÊNCIAS

- ADEODATO, Vanesa Gurgel; CARVALHO, Racquel dos Reis; SIQUEIRA, Verônica Riquet e SOUZA, Fábio Gomes de Matos. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, fev. 2005.
- ALVES, Andréa Matias e COURA-FILHO, Pedro. Avaliação das ações de atenção às mulheres sob violência no espaço familiar, atendidas no Centro de Apoio à Mulher (Belo Horizonte), entre 1996 e 1998. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 243-257, 2001.
- ANDRADE, Keli Rodrigues de. **Violência doméstica/conjugal em Belo Horizonte: uma perspectiva exploratória da vitimização**. 2002. 103 f. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) Departamento de Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Minas Gerais, 2002.
- ANDRADE, Laura Helena S. G.; VIANA, Maria Carmem e SILVEIRA, Camila Magalhães. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, vol. 33, n. 2, p. 43 – 54, 2006.
- BALLONE, Geraldo José **Violência Doméstica**. 2003. Disponível em < <http://www.psiqweb.br/infantil/violdome.html> > Acesso em 14 de jun 2007.
- BERLIM, Marcelo T.; PERIZZOLO, Juliana e FLECK, Marcelo P. A. Transtorno de estresse pós-traumático e depressão maior. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, vol. 25, supl. I, p. 51-54, 2003.
- BLAY, Eva Alterman. A violência de gênero no âmbito familiar e suas repercussões na relação de trabalho. IN: **Anais do I Congresso Internacional sobre Mulher, Gênero e Relações de trabalho**. Goiânia, maio de 2005.
- BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Saint – Montrond: Editions du Seuil, 1998.
- BRAGA, Ana Cristina Farias. **Depressão em mulheres mastectomizadas**. 1996. 87 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**. Rio de Janeiro, Conselho Federal de Medicina, v.4, p. 15-25, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço**, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Presidência da República, Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Maria da Penha - Lei nº 11.340**, de 7 de agosto de 2006.

CAMPOS, Ana Paula Dias. **A influência da violência familiar como fator desencadeante da ameaça de parto prematuro**. 2003. 42 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2003.

CAMPOS, Maria Ângela Mirim da Rosa. **Violência Sexual como questão de Saúde Pública: atenção específica em serviços de saúde**. 2006, 168 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Faculdade de Saúde Pública, Universidade São Paulo, São Paulo, 2006.

CASIQUE, Letícia e FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, 2006.

CASTRO, Roberto e RIQUER, Florinda. La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 135-146, jan-fev, 2003.

COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO URBANO DO ESTADO DA BAHIA (CONDER). **Informes – Sistema de Informações Geográficas Urbanas do Estado da Bahia – Mapas Digitais Setores Censitários do Calafate, município de Salvador, Bahia**. Prefeitura Municipal de Salvador, 2006. Acessado em 31/03/2008.

COSTA, Albanita Gomes; LUDERMIR, Ana Bernarda. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da zona da mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73-79, jan - fev., 2005.

COUTO, Telmara M. **Mulher, gestação e violência: da dimensão factual à existencial**. 2003. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

CORDÁS, Táki Athanássios; SALZANO, Fabio Tapia. **Saúde Mental da Mulher**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004

CREPSCHI, Jaira Lopes B. **Significações psicológicas dadas à violência sexual por mulheres atendidas em ambulatório especializado universitário – um estudo clínico-qualitativo**. 2005. 187 f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2005.

CUNHA, Jurema Alcides. **Manual da versão em português das ESCALAS BECK**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

CUNHA, Tânia Rocha Andrade. **O preço do silêncio: Mulheres ricas também sofrem violência**. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2007.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema de saúde pública **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, Sup., p. 1163 – 1178, 2007.

DANTAS –BERGER Sônia Maria; GIFFIN, Karen. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 21, n. 2, p. 417-425, mar-abr, 2005.

DEMETRIO, Frederico N.; RENÓ-JUNIOR, Joel; GONÇALVES, Marcelo A.; GIANFALDINI, Arlete; HALBE, Hans W.; GORENSTEIN, Clarice; VIEIRA FILHO, Antonio Hélio G. Terapia com estrógenos conjugados no humor em mulheres menopausadas: resultados preliminares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, vol. 28, n. 2, 2001.

DINIZ, Normélia M^a Freire e SOUZA, Simone S. **Percepção de mulheres sobre estratégias de intervenção na violência doméstica**. Relatório PIBIC (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica) Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Julho, 2007.

DINIZ, Normélia M^a Freire, LOPES, Regina Lúcia M., GESTEIRA, Solange M. dos Anjos, ARRAZOLA, Laura S. Duque e ALVES, Sandra Lúcia B. Violência Doméstica e Institucional em serviços de Saúde: experiência de mulheres **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), vol. 57, n. 3, p. 354-356, maio/jun, 2004.

DINIZ, Normélia M^a Freire, LOPES, Regina Lúcia M., GESTEIRA, Solange M. dos Anjos SANTOS, Rosana S., PÉREZ, Bárbara Angélica G. e GOMES, Nardilene P. **Violência Doméstica e o Aborto Provocado**. Relatório Final do Projeto de Pesquisa Mulher, Saúde e Violência – [Projeto: Violência conjugal de problemas de saúde no âmbito familiar. Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia \(UFBA\), Salvador, 2007.](#)

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **Violência de Gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em atenção primária**. 2000, 286 f. Tese (Doutorado em Medicina) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia e SCHRAIBER, LÍlian Blima. Violência doméstica como problema para a saúde pública: Capacitação dos profissionais e estabelecimento de redes intersetoriais de reconhecimento, acolhimento e resposta ao problema. In: VI CONGRESSO

BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, *Anais*, 2000, Salvador: ABRASCO, 2000. CD-ROM.

DREZETT, Jefferson. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. IN: **Anais da Reunião Internacional Violência: Ética, Justiça e Saúde para a Mulher**, Monterrey, Novo Leon, México, 2000, 13 pg.

FERRER, Lilian M.; CIANELLI, Rosina; PERAGALLO, Nilda; CABIESES, Báltica. Violencia Domestica y su relación con depresión y autoestima en mujeres mexicanas y puertorriqueñas en Estados Unidos. **Horizonte de Enfermería**, Chile, v. 15, p. 23 – 36, 2004.

FÓRUM COMUNITÁRIO DE COMBATE A VIOLÊNCIA (FCCV) **O rastro da violência em Salvador – II Mortes de Residentes em Salvador, de 1998 a 2001, 2002**, 80 f. Salvador, Bahia, Dezembro, 2002.

FRANCISQUETTI, Paula N.S. **Saúde Mental e Violência**: considerações acerca do atendimento em saúde mental a mulheres em situações de violência. Mimeo (102 pg.), São Paulo, 2000.

FUREGATO, Antonia Regina Ferreira et al . Depressão e auto-estima entre acadêmicos de enfermagem. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 33, n. 5, 2006.

GANDINI, Rita de Cássia; MARTINS, Maria do Carmo F.; RIBEIRO, Marjioire de Paula; SANTOS, Daniela Torres G. Inventário de Depressão de Beck – BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. **Psico-USF**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 23-31, jan./jun. 2007.

GIFFIN, Karen. Violência de Gênero, sexualidade e saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 10, n. 1, p. 146-155, 1994.

_____. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 18, supl. , p. S103-S112, 2002.

GIORDANI, Annecy Torjeiro. **Violências contra a mulher**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2006.

GORENSTEIN, Clarice; ANDRADE, Laura. Inventário de Depressão de Beck: psicometria da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, vol. 25, n. 5, p. 245-250, 1998.

GREENLAND, S. and MORGENSTERN, H. Confounding in health research. **Annual Reviews of Public Health**, v. 22, p. 189-212, 2001

HEISE, Lori et al. Gender – based Abuse: The Global Epidemic. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 01, p. 135-145, 1994.

HIRIGOYEN, Marie-France. **A violência no casal**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

HUBER, Luiza. **“Do poder sobre o corpo ao corpo de poder”**: Um estudo sobre a prática da reflexoterapia entre mulheres do meio popular de Salvador / BA. 2002. 154 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000**: Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Brasília; 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000>. Acesso em 2/02/2008.

IZUMINO, Wania Pasinato. **Justiça e violência contra a mulher**: o papel do sistema judiciário na solução dos conflitos de gênero. São Paulo: Annablume, FAPESP, 1998.

JACOBUCCI, Patrícia Gugliotta. **Estudo psicossocial de mulheres vítimas de violência doméstica, que mantêm o vínculo após terem sofrido as agressões**. 2004. 172 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2004.

KATZ, Jack. **Tratado de audiologia clínica**. 4. Ed. São Paulo: Manole, 1999.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LARA, María Asunción; NAVARRO, Cláudia; NAVARRETE, Laura. Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. **Salud Publica Mex, Mexico**, v. 46, n. 5, p. 378-387, set./out. 2004.

MARCHA MUNDIAL PELAS MULHERES, “A violência contra as mulheres: ai onde o outro mundo deve agir”, (autor desconhecido), 2005, 20 p.

MARINHEIRO, André Luís Valentini. **Violência doméstica**: prevalência entre mulheres usuárias de um serviço de saúde de Ribeirão Preto – SP. 2003. 155 f. Dissertação (Mestrado

em Medicina) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2003.

MARTIN, Denise; QUIRINO, José; MARI, Jair. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 591-597, 2007.

MATTAR, Rosiane; SILVA, Eliza Yoshiko Kochi; CAMANO, Luiz Camano; ABRAHÃO, Anelise Riedel; COLÁS, Osmar Ribeiro ; NETO, Jorge Andalaft e LIPPI, Umberto Gazi. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 470-477, 2007.

MELLO, Valéria Antakly; MALBERGIER, André. Depressão em mulheres infectadas pelo HIV. **Rev Bras Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 10-7, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SOUZA, Edinilsa Reis. Violência para todos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 1, p. 65-78, jan / mar, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11 (Sup.), p. 1259 – 1267, 2007.

MORAES, Inácia Gomes da Silva; PINHEIRO, Ricardo Tavares; SILVA, Ricardo Azevedo da; HORTAC, Bernardo Lessa; SOUSA, Paulo Luis Rosa; FARIA, Augusto Duarte. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 65-70, 2006.

MORAIS, Ariane Cedraz. **Velhice e Saúde Mental**: um estudo populacional na área de Bandiaçú - Conceição do Coité – BA. 2002. 97 f. (Especialização em Saúde da Família) Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Ilhéus, 2002.

_____. **Gravidez e saúde mental**: uma abordagem multidimensional. 2005. 114 f. Monografia (Especialização em Enfermagem Obstétrica), Universidade Guarulhos. Salvador, 2005.

MOREIRA, M.I.C.; RIBEIRO, S.F.; COSTA, K.F. Violência contra a mulher na esfera conjugal: jogo de espelhos. In: COSTA, A. e BRUSCHINI, C. **Entre a Virtude e o Pecado**. Rio de Janeiro/ São Paulo: Ed. Rosa dos Tempos / Fundação Carlos Chagas, p. 169-190, 1992.

MOREIRA, Virgínia. Grupo de Mulheres vítimas de violência intrafamiliar. **Estudos de Psicologia**. Natal, v. 04, n. 1, p. 616 – 717, 1999.

NARVAZ, Marta Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. Famílias e Patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v.18, n. 1, p. 49 – 55, jan. / abr. , 2006.

NIEVAS, Andréia Fernanda. **Depressão em Mulheres no Climatério**. 2005, 67 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

OLIVEIRA, Iára Bittante de Avaliação Fonoaudiológica da Voz: reflexões sobre condutas, com enfoques à voz profissional IN: FERREIRA, Léslie P. (org.) Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: ROCA, 2004, p. 11-24

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS **Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança**. Brasil, 2001.

Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra, 2002.

Estudio multipaís de La OMS sobre salud de La mujer y violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a La salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe. Genebra, 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Salud y Violencia: Plan de Acción Regional**. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington, 1994.

PADOVANI, Flávia Helena Pereira. **Indicadores emocionais de ansiedade, disforia e depressão e verbalizações maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade em mães de bebês nascidos pré-termo ou de muito baixo peso, durante a hospitalização do bebê após a alta, comparadas a mães de bebês nascidos a termo**. 2005. 261 f. Tese (Doutorado em Ciências), Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PINHO, Paloma de Souza. **Sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres**. 2006. 133 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2006.

RABELLO, Patrícia Moreira; CALDAS JÚNIOR, Arnaldo de França. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 6, p. 970-978, 2007.

RAMIREZ-RODRIGUEZ, Juan Carlos; PATIÑO-GUERRA, María Concepción. Mujeres de Guadalajara y violencia domestica: resultados de un estudio piloto **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 405-409, jul-set, 1996.

REIS, Aline Pires. **Violência doméstica**: uma história de vida no município de Feira de Santana, Bahia. 2002. 40 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2002.

RIVERA-RIVERA, Leonor; LAZCANO-PONCE, Eduardo; SALMERÓN-CASTRO, Jorge; SALAZAR-MARTÍNEZ, Eduardo; CASTRO, Roberto; HERNANDEZ-AVILA, Mauricio. Prevalence and determinants of male partner violence against Mexican women: A population-based study. *Salud Pública de Mexico, Mexico*, v. 46, n. 2, março-abril, 2004.

RODRIGUES, Adriana Diniz. **Violência Conjugal**: vivência de traumas em mulheres queimadas. 2006. 147 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2006.

ROVINSKI, Sonia Liane Reichert. **Dano Psíquico em Mulheres Vítimas de Violência**. Rio de Janeiro: Editora Lúmen, 2004.

SANTANA, Sandra Brito Freitas. **Representação de casais sobre a violência doméstica da gravidez**. 2006. 104 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2006.

SANTOS, Telma Marques; ALMEIDA, Angélica Olivetto de; MARTINS, Haviley Oliveira; MORENO, Vânia. Aplicação de um instrumento de avaliação do grau de depressão em universitários do interior paulista durante a graduação em Enfermagem. **Acta Scientiarum Health Sciences**. Maringá, v. 25, n. 2, p. 171-176, 2003.

SAFFIOTI, Heleieth Iara B. e ALMEIDA, Suely Souza. **Violência de Gênero: Poder e Impotência**. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 1995.

SAFFIOTI, Heleieth Iara B. Violência de gênero no Brasil atual. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, Número especial: p. 443-461, 1994 a.

_____. “Violência de Gênero no Brasil Contemporâneo” In: _____ e VARGAS, M. M. (eds) **Mulher Brasileira é Assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: NIPAS; Brasília, D.F.: UNICEF, p. 151-186, 1994 b.

_____. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero In: **Estudos feministas**, Santa Catarina, n.1-2, p. 47-59, julho/dezembro, 2002.

Gênero, patriarcado e violência São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004 a (Coleção Brasil Urgente).

Já se mete a colher em briga de marido e mulher. 2004 b. Centro Feminista de Estudo e Assessoria (CFEMEA) Disponível em <<http://www.cfemea.org.br/violencia/artigosetextos.htm>> Acesso em 21 de out 2007.

SCHRAIBER, Lilia Blima,; d'OLIVEIRA, Ana Flávia P. L.; FRANÇA-JÚNIOR, Ivan; PINHO, Adriana A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, ago., 2002.

SILVA, Iracema Viterbo. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2, p. S263 – S272, 2003.

SOARES, Luis E.; SOARES, B.M.; CARNEIRO, L.P. Violência contra a mulher: as DEAM's e os pactos domésticos. In: SOARES, Luis E. orgs. **Violência e Política no Rio de Janeiro**,. Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumará/ISER, p. 65-106, 1996.

SOUZA, Vera Lúcia C. **A violência conjugal e sua influência na decisão da mulher pelo aborto.** 2000. 147 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

SOUZA, Edinilsa Reis de. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005.

STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática.** 6 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

TORRES, Carmem. La outra mirada de la salud mental (Internet) Santiago, 2004. Seção Acesso em: 16 set. de 2007

TUESTA, Antonia de Jesus Ângulo. **Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde.** 1997. 151 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

TUONO, Vanessa Luiza; MELLO JORGE, Maria Helena P.; GOTLIEB, Sabina L. D.; LAURENTI, Ruy. Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília – DF, v. 16, n. 2, p. 85 – 92, abr/jun, 2007.

VASCONCELOS, Mara Larissa Lima. **Mulheres que não só dizem sim**: significado da violência sexual para as profissionais do sexo de Feira de Santana - Bahia. 2006. 66 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2006.

VERAS, André B.; NARDI, Antonio E. Hormônios sexuais femininos e transtornos do humor. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 57-68, 2005.

Apêndice A - Questionário

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
MESTRADO EM ENFERMAGEM
SETOR CENSITÁRIO _____

Nº DE ORDEM _____
Data _____ / _____ / 2008

Bloco I – Identificação

1. Nome _____ (opcional) 2. Idade _____ anos

3. Situação Conjugal

1() Solteira 2() Casada 3() Viúva 4() União estável
 5() Separada 6() Desq./Divorciada 7() Outro 8() Não sabe

4. Cor (auto-referida)

1() Branca 2() Negra 3() Parda 4() Amarela
 5() Indígena 6() Não sabe 7() Outro _____

5. Religião

1() Católica 2() Evangélica 3() Espírita
 4() Canbomblé 5() Outra 6() Nenhuma

Bloco II – Aspecto Sócioeconômicos

6. Grau de escolaridade

1() Analfabeto 2() Ensino Fundamental incompleto
 3() Ensino Fundamental completo 4() Ensino Médio incompleto
 5() Ensino Médio completo 6() Superior incompleto
 7() Superior completo 8() Não sabe

7. Trabalha atualmente?

1() Sim 2() Não

8. Ocupação

1() Dona de casa 2() Empregada doméstica 3() Estudante
 4() Professora 5() Vendedora 6() Artesã
 7() Cozinheira 8() Outra _____

9. Há quanto tempo você reside no bairro? _____

10. Renda média mensal individual R\$ _____

11. Quem é o chefe da família?

1() Você mesma 2() Cônjuge 3() O casal 4() Os pais
 5() Outros parentes 6() Filho(s) 7() Outro _____

12. Outra pessoa ajuda nas despesas?

1() Sim Quem? _____ 2() Não

13. Renda média mensal familiar R\$ _____

14. Mora com quem?

1() Sozinha 2() Com companheiro 3() Com marido e filhos
 4() Com outros familiares 5() Com amigos 6() Outros _____

15. Com quantas pessoas mora? _____

16. Há quanto tempo convive com esse companheiro? _____ () Não se aplica

Distúrbios do sono

31. Dorme bem? () Sim () Não
 32. Acorda durante a noite, tendo pesadelos? () Sim () Não
 33. Usa ou já usou algum remédio para dormir? () Sim () Não
 34. Caso use ou já tenha usado especifique qual. _____
 35. Acorda com facilidade? () Sim () Não

Tabagismo

36. Você fuma?() Sim Nº cigarros/dia? _____ Há quanto tempo fuma? _____
 () Já fumou. Há quanto tempo deixou de fumar? _____
 () Não, nunca fumou.

Etilismo

37. Você bebe? () Sim Nº doses/dia? _____ Há quanto tempo bebe? _____
 () Já bebeu. Há quanto tempo deixou de beber? _____
 () Não, nunca bebeu.

38. Pratica esportes e/ou alguma atividade física?

- 1() Nunca 2() Sempre 3() Quase sempre
 4() Às vezes 5() Não se aplica

39. Qual seu passatempo preferido? (assinale no máximo três)

- 1() Assistir TV 2() Fazer caminhadas 3() Internet
 4() Ouvir rádio 5() Dançar 6() Ir ao shopping
 7() Praia 8() Atividades artesanais 9() Viajar/passear

Bloco IV – Avaliação da Violência Doméstica**40. Você acredita que vem sofrendo algum tipo de violência?**

- () Sim () Não **Se não, vá para Bloco V.**

41. Que tipo de violência? (assinale quantas forem necessárias)

1. () Agressões físicas 2. () Violência Psicológica 3. () Abuso Sexual
 4. () Patrimonial 5. () Agressões verbais 6. () Omissões

Descrever _____

42. Quem é o agressor?

1. () marido/ companheiro 2. () ex-marido/ ex-companheiro 3. () namorado
 4. () ex-namorado 5. () padrasto 6. () irmão
 7. () vizinho 8. () outro _____

43. Quando as agressões se iniciaram?

1. () Há um mês 2. () Há + de 06 meses 3. () Há + de um ano
 4. () Há + de dois anos 5. () Há + de cinco anos 6. () Há + de dez anos

44. Qual é a frequência destas ocorrências de agressão?

1. () Uma vez /semana 2. () Duas ou três/semana 3. () Quatro ou cinco/semana
 4. () Todos os dias 5. () Outra _____

45. Possui algum tipo de agravante para a agressão?

1. () Uso de álcool 2. () Uso de outras drogas 3. () Desemprego
 4. () Falta de dinheiro 5. () Ciúmes 6. () Traição 7. () Outras _____

46. Se for o caso de agressão física, qual (ais) o (s) local (ais) do corpo é mais agredido?

1. () Cabeça 2. () Face 3. () Membros superiores
 4. () Tórax 5. () Abdome 6. () Genitais
 7. () Mamas 8. () Membros inferiores 9. () Outros _____

47. Horário das agressões

1. () Durante a manhã 2. () Durante a tarde 3. () Durante a noite
4. () Variável

48. Dias da semana mais frequente das agressões?

1. () Finais de semana 2. () Outros dias _____

49. Como se comporta diante das agressões ?

1. () passividade 2. () agressividade física 3. () agressividade verbal
4. () auto piedade ('eu mereço') 5. () Outra _____

50. Qual o seu sentimento diante da violência?

1. () Raiva 2. () Ansiedade 3. () Solidão
4. () Medo 5. () Tristeza 6. () Desespero
7. () Impotência 8. () Auto-piedade 9. () Outros _____

51. Quando é agredida, solicita ajuda de alguém ? (marque quantas forem necessárias)

1. () Filhos 2. () Amigos 3. () Vizinhos
4. () Policial 5. () Familiares 6. () Coletivo de Mulheres(CMC)
7. () Segurança pública 8. () Desconhecido 9. () Justiça
10. () Saúde (Atend. Médico) 11. () Saúde (Atend. Psiquiátrico)
12. () Nenhuma ajuda 13. Outros _____

52. Busca ou buscou a rede de apoio?

1. () DEAM 2. () VIVER 3. () Casa Abrigo
4. () CREAIDS 5. () IPERBA 6. () C. Ref. Loreta Valadares
7. () Outro _____

53. Você acredita que o comportamento do seu companheiro/marido/namorado contra você afetou ou está afetando sua saúde física ou mental?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei

54. Qual a razão que faz você manter este relacionamento? (marque quantos quiser)

1. () Não deixar os filhos 2. () Casamento é sagrado 3. () Pela família
4. () Razões econômicas 5. () Amor ao companheiro 6. () Ameaça
7. () Acredito na melhora 8. () Não tenho para onde ir 9. () Medo
10. () Perdão 11. () Outro _____

Bloco V – Avaliação da Saúde Mental**55. INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK**

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2, ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações em um grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.

- 1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

- 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.

- 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.

2 Não encontro um prazer real em mais nada.

3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5.0 Não me sinto especialmente culpado.

1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.

2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.

3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.

1 Acho que posso ser punido.

2 Creio que serei punido.

3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.

1 Estou decepcionado comigo mesmo.

2 Estou enojado de mim.

3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros.

1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.

2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.

3 Eu me culpo por tudo de mau que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.

1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.

2 Gostaria de me matar.

3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais do que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava.

2 Agora, choro o tempo todo.

3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.

1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.

3 Não me irrita mais com as coisas que costumavam me irritar.

12. 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.

1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.

2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.

13. 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.

1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.

2 Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Não consigo mais tomar decisões.

14. 0 Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.

1 Estou preocupado por estar parecendo velho ou sem atrativos.

2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.

3 Acredito que pareço feio.

15. 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.

- 1 Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.
- 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
- 3 Não consigo mais fazer trabalho algum.

16. 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.

- 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
- 2 Acordo uma a duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir.
- 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17. 0 Não fico mais cansado do que o habitual.

- 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
- 2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.
- 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.

- 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
- 2 Meu apetite está muito pior agora.
- 3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.

- 1 Perdi mais de dois quilos e meio.
- 2 Perdi mais de cinco quilos.
- 3 Perdi mais de sete quilos.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos. Sim () Não ()

20. 0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.

- 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre.
- 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
- 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21. 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.

- 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava estar.
- 2 Estou muito menos interessado em sexo atualmente.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Total _____

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Baseado na portaria 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, eu, _____, fui devidamente esclarecida sobre a proposta de dissertação intitulada **“Depressão em Mulheres Vítimas de Violência Doméstica”** que tem como objetivo geral analisar a associação entre violência doméstica contra mulheres e a prevalência de depressão, além dos objetivos específicos que são: 1) estimar a prevalência de depressão entre as mulheres do Calafate; 2) Caracterizar a população segundo características sócio-demográficas; 3) Identificar a violência doméstica, bem como aspectos relacionados à mesma; 5) Descrever associação entre depressão, variáveis sócio – demográficas e violência; e, 6) Descrever a associação entre depressão, condições de saúde e hábitos de vida.

A mesma será realizada pela aluna do Mestrado em Saúde da Mulher da EEUFBA, Ariane Cedraz Morais, na qual devo responder um questionário com questões de múltipla escolha, e aceito participar voluntariamente, autorizando a utilização de conteúdo das minhas informações para fins científicos, porém respeitando com sigilo absoluto as informações confidenciais. Fui esclarecida que minha participação se dará após a assinatura desse termo que também será assinado pela pesquisadora, em duas vias. Havendo qualquer dúvida nesse momento, durante ou após a entrevista poderá procurar a pesquisadora através do telefone e/ou endereço abaixo.

Salvador, _____ / _____ / 2008

Ariane Cedraz Morais
(Pesquisadora responsável)

Assinatura da entrevistada



Impressão digital

Apêndice C - Carta de Esclarecimento

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PREZADA SENHORA,

Esta pesquisa, para a qual a senhora está sendo convidada a participar, é realizada pela Enfermeira do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), com o objetivo principal de descrever o perfil das mulheres residentes no Calafate, Avenida San Martim, Salvador- Bahia, bem como avaliar as condições de saúde e violência, determinando principais fatores de risco relacionados à ocorrência de depressão entre este grupo populacional.

A sua participação irá garantir, através da pesquisa, um estudo sobre a vida destas mulheres, as condições de saúde, ocorrência de depressão bem como permitir uma análise em relação à violência a qual estão submetidas, além de constituir-se numa oportunidade de discutir sobre a valorização e reestruturação das redes de atenção direcionadas para estas mulheres.

Por tanto, a sua participação é de fundamental importância e, para garantir a qualidade desta pesquisa, solicitamos a sua colaboração para responder este questionário que é de fácil resposta, todas as perguntas são objetivas, bastando apenas assinalar (X) e, por isso, solicitamos que ele seja todo respondido.

Queremos deixar claro que a sua participação deve ser voluntária, não precisa ser nominado e as respostas contidas não serão identificáveis, mantendo assim, o anonimato das informações fornecidas.

A sua colaboração é importante para que possamos realizar esta pesquisa.

Desde já, muito obrigada.

Enf^ª Ariane Cedraz Morais

Anexo A - Limites Geográficos do Calafate



Calafate Município de Salvador

 Limite da área de estudo

0 210 420 630 metros



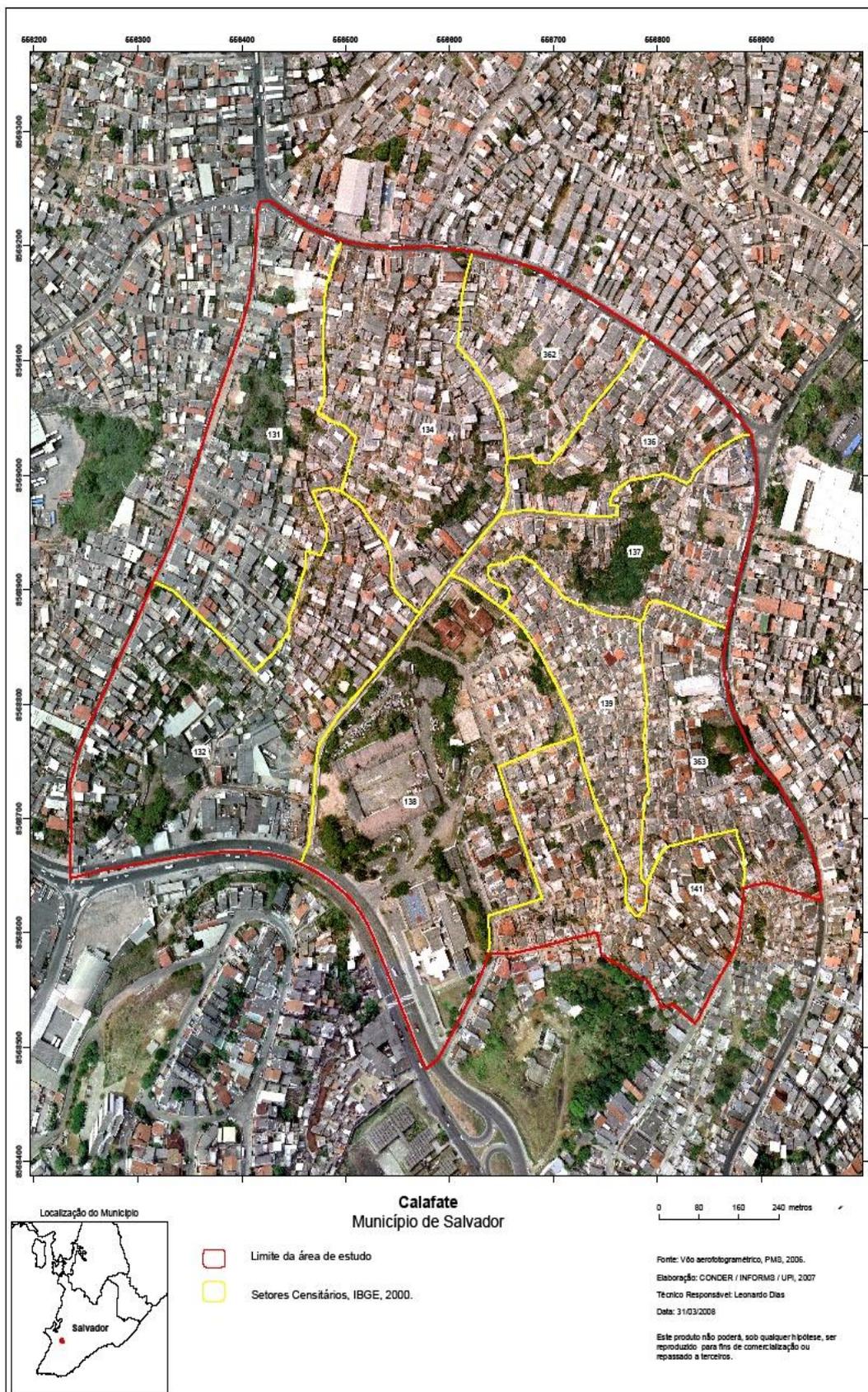
Fonte: Vão aerofotogramétrico, PMS, 2006.
Elaboração: CONDER / INFORMS / UPI, 2007
Técnico Responsável: Leonardo Dias
Data: 03/03/2008

Este produto não poderá, sob qualquer hipótese, ser reproduzido para fins de comercialização ou repassado a terceiros.

Anexo B - Setores Censitários do Calafate



Continuação do Anexo B - Setores Censitários do Calafate



Anexo C - Ofício de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética

*Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia*

**Ofício nº287/2008
Ref.: Devolução de Projeto**

Salvador, 28 de julho de 2008.

**ESTIMADO
Ariane Cedraz Morais
PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Projeto de Pesquisa: "Depressão em mulheres vítimas de violência doméstica"
Pesquisador (a) Responsável: Ariane Cedraz Morais

Situação do Projeto: APROVADO

Estamos encaminhando para seu conhecimento e providências, o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB.

O projeto pode ter continuidade uma vez que atende aos requisitos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Nesse sentido, o Comitê decidiu por sua aprovação, lembrando ao pesquisador (a) a necessidade de informar esse Comitê do relatório parcial e ou final no período de 6 (seis) meses a 1 (um) ano conforme recomendação da Resolução nº 196/96, IX – 2 c.

Atenciosamente,

**ANA MARIA FERNANDES PITTA
Coordenadora do CEP-SESABA**

EESP – Escola Estadual de Saúde Pública.
Rua Conselheiro Pedro Luís, Nº 171 – Rio Vermelho.
Tel: (71) 3116-5333 Fax: (71) 3116- 5324
E-mail: cesp.cep@saude.ba.gov.br