

Violência doméstica e saúde da mulher*

Domestic violence and women's health

Fábio Américo Pedreira⁽¹⁾, Marcelo Biondo⁽¹⁾, Fabiana Kotovicz⁽²⁾,
Fábio Antônio Alves de Jesus Souza⁽³⁾, Lília Blima Schraiber⁽⁴⁾

Pedreira FA, Biondo M, Kotovicz F, Souza FAAJ, Schraiber LB. Violência doméstica e saúde da mulher. Rev Med (São Paulo). 2005 abr.-jun.;84(2):45-54.

RESUMO: Objetivo: Estudar a prevalência de violência doméstica física e/ou sexual contra a mulher e suas repercussões para a saúde. Materiais e Métodos: O estudo foi realizado no município de São Paulo com 1343 mulheres (15-49 anos) usuárias de 12 serviços públicos de atenção primária à saúde. Resultados: Ao analisar a prevalência de violência física e/ou sexual, 50,2% das mulheres (IC95% = 47,5-52,9%) relataram a ocorrência de pelo menos um episódio em suas vidas, sendo o parceiro o agressor exclusivo na maioria dos casos (57,2%). Sofreram violência doméstica alguma vez na vida 46,8% das usuárias (IC95% = 44,1-49,5%), sendo que 27,9% sofreram unicamente agressão física, 4,5% unicamente agressão sexual, 14,4% agressão física e sexual. Conclusão: A violência física e sexual teve alta magnitude entre as mulheres usuárias pesquisadas. Além disso, constatou-se a importância da violência doméstica nessas agressões, notadamente aquelas perpetradas por parceiros, o que indica a importância do estudo no campo da prevenção e atenção à saúde.

DESCRITORES: Violência doméstica. Saúde da mulher. Saúde reprodutiva. Serviços de saúde.

*1º lugar, área: Medicina Preventiva, 2003.

Este trabalho teve auxílio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

⁽¹⁾ Acadêmicos do terceiro ano do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, bolsistas de Iniciação Científica - CNPq.

⁽²⁾ Acadêmica do terceiro ano do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, bolsista de Iniciação Científica - FAPESP.

⁽³⁾ Acadêmico do segundo ano do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, bolsista de Iniciação científica.

⁽⁴⁾ Professora Associada e Livre Docente do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Lília Blima Schraiber. Avenida Dr. Arnaldo, 455, 2º andar, sala 2245. Departamento de Medicina Preventiva. Cerqueira César. CEP: 01246 – 903. São Paulo, SP. e-mail: liliabli@usp.br

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVAS

A violência contra a mulher é um problema antigo que ganhou visibilidade a partir da década de 70, sobretudo com o movimento feminista que mostrou a necessidade desse problema tornar-se objeto de investigação e intervenção pública. No Brasil, passou a ganhar destaque na década de 80, quando também o movimento feminista começou a defender o surgimento de serviços de apoio a mulheres em situação de violência dentro do contexto de integralidade na assistência à saúde da mulher e de defesa dos direitos humanos. Como resultado, foram implementadas as primeiras políticas públicas, como as delegacias de defesa da mulher, as casas abrigo e outros serviços voltados aos casos de violência física e sexual contra a mulher, prevenção e profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis (DST), gravidez indesejada, além de assistência aos casos de aborto legal.

A inserção do problema no campo da saúde é recente e configurou-se como uma estratégia de legitimar a violência ocorrida no âmbito doméstico como um objeto de prevenção e intervenção, mostrando suas conseqüências para a saúde em termos de morbi-mortalidade. Problemas ginecológicos, DST, doença inflamatória pélvica, dores crônicas e generalizadas, irritabilidade, depressão, ansiedade, baixa auto-estima, infecção por HIV, disfunção sexual e complicações na gestação são problemas comuns observados entre mulheres que sofrem violência, como mostra a literatura^{16,19}; bem como suicídio, homicídio e mortalidade materna³⁴.

São muitas as faces da violência contra a mulher: agressões físicas e sexuais, estupro, prostituição forçada, mutilação genital, violência étnica, violência por causa de dote ou por opção sexual, assassinatos, danos emocionais, tráfico de **mulheres e violência em contexto de guerra**¹⁶. Porém, é nas relações íntimas/pessoais em que se dá o maior número de casos, como mostram estudos populacionais que indicam que parceiros e familiares como os pais, filhos, sogros e outros parentes são os principais agressores³⁴. Situações estas denominadas de violência doméstica³⁰.

Tal problema tem sido reconhecido como resultante de uma multiplicidade de fatores culturais, socioeconômicos, legais e políticos, baseando-se, fundamentalmente, nas iniquidades de gênero, etnia, classe social, geração, etc. observadas nas relações sociais nos mais diversos ambientes. Considera-se como fatores importantes para perpetuação da violência as definições culturais dos papéis de homens e mulheres na sociedade, gerando desigualdades de

gênero, ausência ou baixa autonomia financeira da mulher e falta de suporte familiar e institucional à mulher em situação de violência.

Estudos populacionais de base nacional indicam a alta magnitude da violência doméstica de tipo física por companheiro alguma vez na vida, variando de 11% a 35%¹⁶. Já em estudos realizados em serviços de saúde, a ocorrência de violência contra a mulher por parceiro íntimo alguma vez na vida apresenta taxas mais elevadas, variando de 30,0% a 41,3%^{19,27}.

No Brasil, há poucas pesquisas sobre a magnitude da violência e sua caracterização quanto ao tipo de agressor e freqüência do episódio, mas de forma semelhante aos estudos internacionais, parceiro e/ou ex-parceiro destacam-se como os principais agressores²⁷.

Dois recentes estudos populacionais realizados no país investigaram a questão de violência contra a mulher. Um deles foi realizado no município de São Paulo e na Zona da Mata de Pernambuco em 2000/2001 com uma amostra de 2.645 mulheres (15 a 49 anos), encontrando-se uma prevalência de 29,0% em São Paulo e 37% na Zona da Mata de Pernambuco de violência física e/ou sexual contra a mulher perpetrada pelo parceiro ou ex-parceiro³¹. O outro estudo, com uma amostra de 2.502 mulheres de 15 anos ou mais em 24 estados brasileiros encontrou a prevalência de violência física e/ou sexual de 33%, aproximando-se daquela observada no estudo em São Paulo e Pernambuco¹⁰.

A literatura também mostra que os casos de violência contra a mulher são, em sua maioria, severos e repetitivos com agravamento progressivo dos sintomas, caracterizando o que alguns autores vêm chamando de "Battering Syndrome"¹⁹. Sintomas como dor muscular, dor no peito, dor epigástrica/abdominal, cefaléia, dor em baixo ventre e pélvica, além de fraturas/hematomas, desmaio, tontura e diarreia são comuns entre as queixas de mulheres que sofrem violência e, ao mesmo tempo, freqüentemente relatados na atenção primária, porém pouco reconhecidos dentro da prática assistencial como resultantes de episódios de violência²⁹.

Nesse sentido, torna-se necessário a investigação desse fenômeno em serviços de atenção primária quanto a sua magnitude e caracterização, bem como identificar suas repercussões para a saúde das mulheres, revelando aos profissionais de saúde o quanto este problema está próximo de sua prática cotidiana e as possibilidades de suporte à questão. Isto diminuiria não apenas as conseqüências físicas, psicológicas e sociais para as mulheres em situação de violência, mas também representaria uma

diminuição de custos ao sistema de saúde, tornando-o mais efetivo e eficiente na assistência aos casos.

OBJETIVOS

Estudar a prevalência de violência doméstica e suas repercussões para a saúde de mulheres em idade reprodutiva (de 15 a 49 anos) usuárias de serviços de atenção primária à saúde no município de São Paulo.

Têm-se como objetivos específicos: 1) Identificar a prevalência de violência doméstica, em suas formas física e/ou sexual, caracterizando os episódios de violência de acordo com severidade e frequência; 2) Analisar a prevalência de violência doméstica segundo algumas características sociodemográficas, reprodutivas e sanitárias das usuárias dos serviços.

MATERIAIS E MÉTODOS

Os dados aqui apresentados foram extraídos da pesquisa “Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o programa de saúde da mulher”³² que entrevistou 3.193 usuárias que procuravam o serviço de maneira espontânea ou estimulada, em 19 serviços públicos de saúde da Grande São Paulo, no período de junho de 2001 a outubro de 2002.

O projeto teve por instituição parceira a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo e insere-se na linha de Pesquisa e Intervenção “Violência e Gênero nas Práticas de Saúde”, implantada desde 1994 no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, sob coordenação da Profa. Dra. Lília Blima Schraiber, contando com financiamento da linha de Políticas Públicas da FAPESP.

O processo de amostragem dos serviços foi por conveniência, seguindo os critérios: 1) Volumes de demanda suficientes para permitir a adequada aplicação das entrevistas e o funcionamento regular dos serviços; 2) presença de profissionais da equipe de saúde que possam acolher casos ativados pela pesquisa; 3) serviços capazes de serem referências para um primeiro atendimento de mulheres em situação de violência; 4) qualidade do registro em prontuário; 5) condições de instalação e outras infra-estruturas de apoio logístico à pesquisa de campo; 6) sensibilidade e disponibilidade da chefia e das equipes ao problema violência como questão da saúde.

Dos 19 serviços participantes do projeto original foram excluídos 7 para o presente estudo, pois objetivava-se investigar o agrupamento de serviços

típicos de atenção primária, sem a existência de situações especiais de atendimento. Além disso, preferiu-se investigar somente os serviços localizados no município de São Paulo.

Os 12 serviços que são alvo do presente estudo foram agrupados segundo quatro sítios de pesquisa: Sítio I (seis serviços da região Centro-Oeste); Sítio II (um serviço da região Sul); Sítio III (quatro serviços do Programa de Saúde da Família/PSF, da região Leste) e Sítio IV (um serviço da região Norte). A amostra por sítio de pesquisa segue anexa (Quadro 1).

Quadro 1. Serviços participantes do estudo

Sítio I – Região Centro-Oeste 336 entrevistas	Centro de saúde Vila Ipojuca Centro de Saúde Caxingui Centro de Saúde Escola Pinheiros Centro de Saúde Jd. Vera Cruz Centro de Saúde Bom Retiro Centro de Saúde Rio Pequeno
Sítio II – Região Sul 337 entrevistas	Centro de Saúde Paraisópolis
Sítio III – Região Leste 335 entrevistas	Qualis Gleba Pêssego Qualis Vila Guilhermina Qualis Jd. Robru Qualis Jd. Campos
Sítio IV – Região Norte 335 entrevistas	Centro de Saúde Carandiru

O tamanho mínimo da amostra para cada sítio de pesquisa foi estimado em 335 usuárias, tendo como base o estudo realizado por McCauley et al.¹⁹ em serviço de atenção primária, que encontrou uma prevalência de violência doméstica de 21,4%. No total foram realizadas 1343 entrevistas com as usuárias desses 12 serviços selecionados.

O instrumento de coleta de dados (questionário) foi elaborado a partir de uma versão prévia utilizada em pesquisa populacional sobre violência e saúde da mulher³¹ e em pesquisa desenvolvida em serviço de atenção primária²⁷.

O questionário incluía os seguintes tópicos: perfil sócio-demográfico, saúde sexual e reprodutiva, queixas auto-referidas de DST, escore sobre Transtorno Mental Comum (TMC) baseado no instrumento SRQ 20 (Self-Report Questionnaire) e violência contra a mulher do tipo psicológica, física e sexual.

Nesse estudo, considerou-se a violência doméstica como aquela perpetrada por parceiro íntimo atual ou anterior, bem como aquela causada por

familiares (filhos, pais/padrastos, mães/madrastas, irmãos/irmãs e/ou outros). Quanto à violência por parceiro íntimo, estuda-se sua frequência e severidade; já para aquela perpetrada por outros familiares, investiga-se também o período em que ocorreu o episódio.

Nas perguntas relativas aos episódios de violência, preferiu-se abordar as mulheres quanto a atos específicos como tapas, chutes, socos e empurrões à utilização da palavra "violência". Isso porque tentou-se impedir uma potencial sub-informação devido às diferentes percepções do termo violência, bem como a criação de qualquer forma de estigmatização da mulher que teme a vir a ser reconhecida como "vítima de violência"²⁸.

A frequência dos episódios de violência foi discriminada como uma, poucas ou muitas vezes, de acordo com a percepção da entrevistada. Também se questionou, no caso de violência perpetrada por parceiro íntimo, se o episódio ocorreu nos últimos 12 meses ou antes desse período; enquanto que para os familiares, foi considerada a faixa etária em que ocorreu o episódio, se abaixo ou acima dos 12 anos.

A severidade do fenômeno da violência física foi classificada de acordo com estudo da OMS/OPAS²⁴ em: 1) Atos moderados: ameaças desde que não relativas a abusos sexuais e sem uso de armas; agressões contra animais ou objetos pessoais; violência física como tapas, socos e empurrões, sem uso de quaisquer materiais perfuro-cortantes; 2) atos severos: agressões físicas com lesões temporárias; ameaças com uso de armas; agressões físicas com lesões permanentes, queimaduras e/ou uso de arma.

Além dessas questões, procurou-se analisar outros aspectos das usuárias dos serviços, tais como: 1) Perfil sócio-demográfico: faixa etária, escolaridade, cor da pele, ocupação, estado civil e estrato socioeconômico; 2) saúde sexual e reprodutiva: idade da primeira relação sexual, gravidez, ocorrência de episódios de abortos, filhos natimortos e filhos com baixo peso ao nascer, anticoncepção, uso de preservativos para evitar DST, bem como a recusa de seu uso pelo parceiro mais recente ou atual diante da solicitação pela mulher, além da presença de sinais e sintomas relacionados a DST nas quatro semanas anteriores a entrevista; 3) saúde mental: escore sobre TMC, composto por 20 questões com resposta do tipo sim ou não, cujo ponto de corte estabelecido para caso suspeito foi o de 7 ou mais respostas positivas^{14,18}.

O banco de dados dos questionários foi feito no programa FOXPRO 2.6 para Windows com dupla digitação e validação dos dados. O tratamento estatístico foi realizado no programa STATA 7.0 e constatou-se a distribuição de frequências das variáveis investigadas; das estimativas de proporção de

violência contra a mulher para a amostra geral, com os respectivos intervalos de confiança de 95%; das estimativas de proporção de violência segundo as variáveis selecionadas, por meio da utilização do teste do Qui-Quadrado (χ^2) e do Qui-Quadrado de tendência linear para as variáveis que permitiam ordenação, com um nível de significância de 5%. Para a comparação de médias de variáveis segundo a ocorrência de violência contra a mulher, utilizou-se o teste T-student sob a suposição de normalidade e homogeneidade de variâncias. Quando violadas tais suposições, utilizou-se o teste não-paramétrico U de Mann-Whitney (Wilcoxon).

ASPECTOS ÉTICOS

Devido à pesquisa abordar um tema sensível e complexo²⁸, alguns procedimentos foram tomados: 1) Realização da entrevista em ambiente privativo com garantia de sigilo e segurança da entrevistada; 2) oferta de assistência psicológica, jurídica, social e médica aos casos de violência identificados pela pesquisa, a partir de parcerias criadas com organizações governamentais e não-governamentais; 3) suportes psicológico e ético à equipe dos pesquisadores; 4) distribuição de materiais educativos com informações sobre serviços de suporte à mulher em situação de violência e orientações sobre direitos humanos.

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP e da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq).

RESULTADOS

A caracterização da amostra foi realizada para as 1343 usuárias entrevistadas. A média de idade das usuárias foi de 30,0 anos, com um desvio-padrão (DP) de 9,0. Observou-se um distanciamento da média de idade das usuárias do sítio de Paraisópolis com a média geral e em relação aos demais sítios (28,2 anos; DP = 8,6).

Quanto à cor da pele, observa-se que 50,3% das mulheres entrevistadas se auto-referiram como brancas, 25,4% como mulatas, 11,8% como negras, 1,6% como mestiças, 1,1% como amarelas e 9,8% referiram outra cor de pele, sendo a auto-identificação como morenas a mais referida.

Entre as mulheres entrevistadas a média de anos estudados foi de 6,5 (DP = 3,4), destacando-se que 4,2% não estudaram ou não completaram um ano de estudo. Dentre as demais, 15,4% estudaram de 1 a 3 anos; 12,2%, 4 anos; 38,9% de 5 a 8 anos; 26,6% de 9 a 11 anos e, apenas 2,8% 12 ou mais anos. Em relação à ocupação, observou-se que

29,3% eram do lar, 29,7% eram autônomas, 16,3% domésticas, 16,2% estavam desempregadas à época da entrevista (estavam procurando emprego nos últimos 3 meses), 5,4% eram estudantes e 1,8% eram trabalhadoras esporádicas.

Quanto ao estrato sócio-econômico, utilizou-se o critério de classificação da ABIPEME (Associação Brasileira de Institutos de Pesquisas de Mercado)², adotado em outras pesquisas em saúde reprodutiva. Tal critério compõe-se de cinco classes socioeconômicas, A, B, C, D e E, construídas a partir da somatória de pontos obtidos pela combinação de nível de instrução e posse de bens de consumo duráveis e serviços. Ao analisar os dados, observou-se que a maioria das mulheres (41,3%) pertencia à classe D, 33,1% à classe C, 18,2% pertencia à classe E e 7,4% à classe B.

Quanto à situação conjugal, preferiu-se considerar a conjugalidade como a presença de relacionamentos sexuais e íntimos ao invés da indagação quanto ao estado civil das entrevistadas, devido à maior importância daquele relacionamento nas situações de violência; assim, têm-se que 68,5% das usuárias estavam casadas/amigadas à época da entrevista, 16,8% estavam solteiras, 13,3% tinham namorado mantendo relação sexual e apenas 1,4% tinham namorado sem relação sexual.

A média de idade da primeira relação sexual foi de 17,9 anos (DP = 3,6). Do total de mulheres pesquisadas, 4,0% nunca haviam tido relação sexual; 0,8% tiveram a primeira relação sexual antes dos 12 anos; 12,5% entre 12 e 14 anos; 49,3% entre 15 e 18 anos; 23,9% entre 19 e 22 anos e 9,2% com 23 anos ou mais, sendo que duas entrevistadas não souberam ou não quiseram responder à questão.

Das mulheres que relataram já terem tido relações sexuais, 85,9% (1108) já haviam engravidado. Destas, 30,0% tiveram apenas uma gestação; 54,8% tiveram de duas a quatro e 15,3% tiveram mais de quatro gestações. A ocorrência de pelo menos um episódio de aborto foi citada por 29,9% das mulheres; 2,5% das mulheres que já engravidaram já tiveram pelo menos um filho nascido morto; e 14,2% tiveram pelo menos um filho com baixo peso ao nascer.

Ao considerar o uso atual de método contraceptivo, das 1343 mulheres entrevistadas, 847 foram consideradas elegíveis para responder a essa questão pois estavam à época da entrevista com parceiro sexual masculino, não estavam grávidas ou na menopausa e não tinham passado por histerectomia. Dessas, 747 (88,2%) responderam que utilizavam algum método: pílula/injeção (44,0%); condom/diafragma (21,9%); métodos cirúrgicos (25,2%), métodos naturais (4,7%) e 2,1% outros métodos.

Ao se questionar o uso de camisinha para se proteger de DST alguma vez na vida, 52,2% das mulheres afirmaram já tê-lo feito. Quando perguntado às mulheres se o parceiro mais recente ou atual já havia se recusado a usar camisinha, embora ela tivesse solicitado, 20,1% responderam que sim.

Foi realizado também um rastreamento de sintomas relacionados a DST nas últimas quatro semanas anteriores à entrevista com perguntas sobre a presença de corrimento, ferida ou verruga vaginal, além de dor durante a relação sexual. Os dados encontrados podem ser observados na Tabela 1. Percebe-se que do total de mulheres entrevistadas, 70,2% relataram apresentar pelo menos um dos sintomas pesquisados.

Tabela 1. Presença de sinais e sintomas relacionados à DST.

Sinais / Sintomas	N.º de Mulheres	% ¹
Corrimento Vaginal	642	47,8%
Ferida Vaginal	77	5,7%
Verruga Vaginal	18	1,3%
Dor na Relação Sexual	326	24,3%

¹ A porcentagem refere-se ao total de mulheres que responderam positivamente a presença de cada sintoma sobre o total da amostra de 3143 usuárias.

Quanto à presença de sintomas de transtornos mentais comuns (TMC), 54% das entrevistadas obtiveram um escore de 7 ou mais pontos, considerado positivo para a presença de TMC.

Ao analisar a prevalência de violência física e/ou sexual por qualquer agressor, 675 mulheres (50,2%; IC 95% = 47,5 - 52,9%) relataram a ocorrência de pelo menos um episódio em suas vidas, sendo o parceiro o agressor exclusivo em 57,2% dos casos. O parceiro conjugado com outros agressores, ou seja, a ocorrência de episódios de violência cometidos por parceiros e outras pessoas (familiares, conhecidos ou estranhos) na mesma época ou em diferentes momentos foi relatada por 21,8% das usuárias. O familiar como agressor exclusivo foi responsável por 13,3% dos casos, os conhecidos não familiares por 4,6% e os estranhos como agressores exclusivos por 3,1% dos episódios.

Ao analisar a prevalência de violência física cometida por parceiro ou ex-parceiro, das 1288 usuárias casadas ou amigadas com relacionamento sexual regular ou que já coabitaram com algum parceiro, 473 (36,7%, IC95%=34-39,4%) já sofreram violência conjugal, sendo que 171 casos (11,1% da totalidade das usuárias consideradas) ocorreram

no último ano anterior à entrevista. Quanto à frequência dos episódios de violência física conjugal sofridos na vida, dos 473 casos, 38,9% ocorreram uma única vez, 24,3% poucas vezes e 36,8% muitas vezes segundo o relato das entrevistadas. Nota-se que dos casos ocorridos no último ano, 39,9% foram agredidas uma única vez, 31,5% poucas vezes e 28,7% muitas vezes.

Quanto à severidade dos episódios de violência física, 190 (40,2%) sofreram episódios moderados e 283 (59,8%) vivenciaram episódios severos na vida. Com relação à violência sexual, observou-se que 235 usuárias (18,2%, IC 95% = 16,2 - 20,4%) sofreram abuso por parceiro íntimo na vida, sendo 67 os casos ocorridos no último ano (5,2% das mulheres entrevistadas). Analisando-se a frequência das ocorrências do último ano, obteve-se que 32,8% das mulheres foram agredidas uma vez, 37,3% poucas vezes e 29,9% sofreram muitos episódios.

Ao agrupar os casos perpetrados por parceiros e familiares, considerando, desse modo, a prevalência de violência doméstica, 46,8% das usuárias (IC 95% = 44,1 - 49,5%) sofreram ao menos algum tipo desta forma de violência, sendo que 27,9% sofreram unicamente agressão física, 4,5% unicamente agressão sexual, 14,4% agressão física e sexual (Figura 1).

Considerando-se a violência física perpetrada por familiares, têm-se 172 casos, sendo que para 77 usuárias, além dos familiares, o parceiro íntimo também as agrediu em algum momento de suas vidas; assim, observa-se que os casos que envolvem fami-

liares perfazem 30,3% do total de violência doméstica física, segmentando-se da seguinte forma: 25,6% dos casos perpetrados pela mãe/mãe adotiva, 30,8% pelo pai/pai adotivo, 23,3% por irmão, 20,3% por outros familiares. Quanto à agressão sexual no âmbito familiar encontrou-se 32 casos de abuso em um total de 254 casos de violência doméstica sexual (12% dos casos), dos quais 28,1% perpetrados por pai/pai adotivos, 12,5% por irmãos e 59,4% por outros familiares.

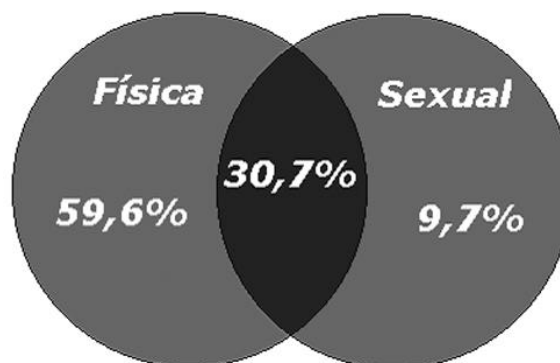


Figura 1. Caracterização da violência doméstica

Prevalência de violência doméstica física e/ou sexual segundo algumas características das usuárias

Analisou-se a relação entre algumas variáveis selecionadas e a ocorrência de episódios de violência doméstica. Estes dados estão descritos abaixo e podem ser melhor observados nas Tabelas 2, 3 e 4.

Tabela 2. Ocorrência de violência doméstica física e/ou sexual segundo algumas características sociodemográficas das entrevistadas (Município de São Paulo, 2001/2002).

Violência Doméstica			
Característica	N. ° de Mulheres	N. °	% (EP)
Idade			
15 – 19 anos	178	77	43,3 (3,7)
20 – 29 anos	570	258	45,2 (2,0)
30 – 39 anos	354	162	45,7 (2,6)
40 – 49 anos	241	132	54,8 (3,2)
c ² = 7,74; p = 0,05			
Estrato socioeconômico			
Classe B	100	39	39,0 (4,9)
Classe C	444	194	43,7 (2,3)
Classe D	554	265	47,8 (2,1)
Classe E	244	130	53,3 (3,2)
c ² = 8,51; p = 0,04			
Escolaridade			
Nenhuma	56	29	51,8 (6,7)
1 a 3 anos	207	115	55,5 (3,4)
4 anos	164	77	46,9 (3,9)
5 a 8 anos	522	254	48,7 (2,1)
9 a 11 anos	357	141	39,5 (2,5)
12 ou mais anos	37	13	35,1 (7,9)
c ² = 17,32; p = 0,004			

Tabela 3. Ocorrência de violência doméstica física e/ou sexual segundo características reprodutivas e sexuais das entrevistadas (Município de São Paulo, 2001/2002).

Violência Doméstica			
Característica	N. ° de Mulheres	N.°	% (EP)
Idade da Primeira Relação Sexual			
12 – 14 anos	168	108	64,3 (3,7)
15 – 18 anos	662	330	49,8 (1,9)
19 – 22 anos	322	126	39,1 (2,7)
23 anos ou mais	124	46	37,1 (4,3)
$c^2 = 34,80; p < 0,001$			
N. ° de Gestações			
Nenhuma	235	82	34,9 (3,1)
Apenas uma	332	134	41,3 (2,7)
De 2 a 4	607	300	49,4 (2,0)
Mais de 4	169	110	65,0 (3,6)
$c^2 = 41,84; p < 0,001$			
Ocorrência de Aborto			
Nenhum	1011	432	42,7 (1,5)
Um aborto	250	144	57,6 (3,1)
Dois abortos	57	38	66,7 (6,2)
Três ou mais	24	14	58,3 (10,2)
$c^2 = 18,48; p < 0,001$			
Recusa do Parceiro na utilização de condom			
Não	1025	467	45,5 (1,5)
Sim	259	152	58,7 (3,0)
$c^2 = 14,26; p < 0,001$			
Presença de sintomas de DST			
Pelo menos 1	769	400	52,0 (1,8)
Nenhum	574	229	40,0 (2,0)
$c^2 = 19,39; p < 0,001$			

Tabela 4. Ocorrência de violência doméstica segundo a presença de TMC (Município de São Paulo, 2001/2002).

Violência Doméstica			
Característica	N. ° de Mulheres	N.°	% (EP)
TMC			
Sem TMC	618	212	34,3 (1,9)
Com TMC	724	416	57,4 (1,8)
$c^2 = 71,79; p < 0,001$			

Na Tabela 2, apresenta-se a análise de características sociodemográficas das usuárias com a presença de violência doméstica física e/ou sexual. Primeiramente, pôde-se verificar que a maior percentagem de algum episódio de violência doméstica física e/ou sexual na vida ocorreu na faixa etária de 40 a 49 anos, sendo que 54,7% das mulheres nessa faixa relataram a ocorrência de episódios de violência. Em relação ao estrato socioeconômico, observa-se que as mulheres pertencentes às classes B e C relataram uma proporção menor de violência em comparação com as demais, 39% e

53,3%, respectivamente. Analisando-se a relação entre a escolaridade e a ocorrência de violência doméstica física e/ou sexual, observa-se que quanto maior o número de anos de estudo, menor a proporção de mulheres que relataram a ocorrência de violência doméstica (χ^2 de tendência $< 0,001$)

Na Tabela 3, tem-se os dados referentes às características reprodutivas e sexuais das entrevistadas. Quanto à idade da primeira relação sexual, das 1343 mulheres, 11 tinham menos de 12 anos de idade e todas essas usuárias relataram episódios de violência doméstica, salientando que em sete casos

ocorreram as formas física e sexual, dois foram exclusivamente sexual e dois estritamente física. Entre as usuárias que tiveram o início de sua vida sexual entre 12 e 14 anos a prevalência foi de 64,3% de violência e entre as que iniciaram sua vida sexual com 23 anos ou mais a prevalência foi de 37,1%, sugerindo que as mulheres que iniciam sua vida sexual mais cedo têm uma prevalência maior de violência doméstica. Cabe salientar que tal padrão é mantido ao se analisar violência por parceiro e familiares separadamente. Observa-se também uma tendência das mulheres com um número maior de gestações relatarem mais violência doméstica, houve uma prevalência de violência de 34,9% entre as mulheres sem nenhuma gestação, e de 65,0% entre as mulheres com mais de 4 gestações. Entre aquelas que relataram a ocorrência de pelo menos um aborto, 57,6% vivenciaram algum episódio de violência doméstica física e/ou sexual, aumentando para 66,7% entre aquelas que sofreram dois episódios de aborto, quando comparado às mulheres que sofreram violência, porém nunca tiveram aborto (45,1%, $p < 0,0001$). A prevalência de violência doméstica também foi maior para as mulheres cujo parceiro atual ou anterior recusou-se a usar condom alguma vez na vida em comparação com aquelas cujo parceiro não se recusou (58,7% contra 45,5% respectivamente, $p < 0,0001$). A presença de sintomas relacionados a DST foi maior entre aquelas que relataram a ocorrência de violência doméstica comparativamente àquelas que não apresentaram sintomas (52,0% contra 40,0% respectivamente, $p < 0,0001$).

Salienta-se também (Tabela 4) que das usuárias que apresentaram sintomas de TMC, 57,5% tiveram alguma episódio de violência doméstica física e/ou sexual, contra 34,3% que não apresentaram TMC ($p < 0,0001$).

DISCUSSÃO

Esse estudo retrata a violência doméstica contra a mulher como situação muito comum entre as usuárias estudadas, já que aponta uma prevalência de 46,8% de violência (física e/ou sexual) cometida por parceiro ou familiar alguma vez na vida. Os dados obtidos dialogam com estudos internacionais não apenas quanto à alta magnitude do problema, mas também quanto à caracterização dos episódios de violência e às suas repercussões para a saúde da mulher^{5, 15, 16, 19, 25, 27, 33}. Além de frequente, a violência doméstica relatada configura-se com um padrão de repetição e severidade^{16, 27, 33}. Isto resulta em graves conseqüências para a mulher como maior chance de ocorrência de aborto, DST e sintomas relacionados a TMC.

Como observado por Gazmararian et al.¹¹, é alta a prevalência de agressão de mulheres durante a gravidez. Esse estudo corrobora tal achado pois, das mulheres que sofreram violência física e/ou sexual pelo parceiro alguma vez, 30,4% estavam grávidas à época do episódio. Isso conduz a suposições sobre a relação entre a ocorrência de abortos e violência doméstica, embora análises mais acuradas sejam necessárias.

A literatura também correlaciona a maior prevalência de DST e iniciação sexual precoce com as mulheres que vivenciam situações de violência. Como Heise et al.¹⁶ afirmam, a violência contra mulheres conduz a comportamentos sexuais de alto risco tanto na adolescência quanto na vida adulta, incluindo relacionamento com grande número de parceiros, falta de proteção durante a relação sexual e prostituição.

O início precoce da vida sexual e sua associação com a violência constitui questão debatida em estudos internacionais. Heise et al.¹⁶ apresentam e discutem tal assunto a partir da revisão de diferentes estudos internacionais, destacando que, além de uma alta prevalência de início precoce (12 a 14 anos) da vida sexual entre mulheres que sofreram violência, também encontrada neste estudo, em muitos casos a iniciação sexual de meninas é forçada ou não desejada.

Embora os cruzamentos apresentados sugiram interessantes interações entre aspectos da saúde sexual e reprodutiva com a violência doméstica, devido à natureza transversal desse estudo, não há como afirmar uma relação causal entre os episódios de violência e a ocorrência, por exemplo, de abortos, TMC, entre outros. Assim, não é possível inferir se tais problemas são ou foram decorrentes da violência.

Em relação à associação entre TMC e violência, percebe-se que os episódios de violência são eventos traumáticos, deixando não somente sequelas físicas, mas também conseqüências psicológicas. Assim, como apontam Ellsberg et al.⁷, há uma associação entre abuso físico e estresse emocional recorrente, já que os efeitos psicológicos da violência podem perdurar mesmo depois do término do abuso físico.

Embora essa pesquisa tenha se baseado em um banco inicial composto por 3193 usuárias e com amplo número de variáveis, esse trabalho realizou recorte na amostra (1343) bem como selecionou variáveis que a literatura, de forma recorrente, tem apontado como associadas à violência doméstica. Além disso, por tratar-se de uma abordagem inicial dos dados, centrou-se na análise estatística univariada que, por não considerar a ocorrência de fatores de confusão, merece cautela quanto à interpretação dos

dados. Entretanto, a caracterização realizada já se configura como esclarecedora e crucial, no sentido de suscitar o interesse na exploração futura dos dados já coletados e no conseqüente aprofundamento do tema em questão.

Ressalvas devem ser feitas com relação aos aspectos abordados nesse estudo. Quando observamos, por exemplo, uma maior prevalência de violência doméstica entre mulheres com faixa etária mais elevada, devemos considerar também a possibilidade de influência do tempo de conjugalidade e da idade. Mulheres em faixa etária mais elevada têm maior tempo de exposição a situações diversas e portanto, maior probabilidade de já ter vivenciado episódios de violência. Também, ao analisar a prevalência de DST, é necessário considerar o fato

de tais dados referirem-se apenas às quatro semanas anteriores à data da entrevista.

Visto tratar-se de um problema permeado de repercussões não só para a saúde da mulher mas também para o sistema de saúde, diversas organizações profissionais e organismos internacionais²⁴ têm defendido uma maior intervenção e investigação quanto à violência doméstica. Por meio deste estudo, pretendemos colaborar para uma maior visibilidade e sensibilidade quanto ao problema. Além do que, trazer um alerta para as situações de atendimento ou demandas das mulheres que ocorrem na atenção primária e que raramente são pesquisadas quanto à possível presença da violência doméstica como fator associado a tais demandas.

Pedreira FA, Biondo M, Kotovicz F, Souza FAAJ, Schraiber LB. Domestic violence and women's health. *Rev Med (São Paulo)*. 2005 abr.-jun.;84(2):45-54.

ABSTRACT: Objectives: To investigate the prevalence of physical and sexual forms of domestic violence against women and its outcomes in health. Methods: The study was carried out in São Paulo, Brazil, with a sample of 1343 women aged 15 to 49 years old among users of 12 public primary care health services. Results: As regards the prevalence of physical and/or sexual violence, 50,2% of the women (95%CI=47,5-52,9%) reported the occurrence of at least one episode in their lives, being the intimate partner the aggressor in the most of the cases (57,2%). 46,8% of the participants (95%CI=44,1-49,5%) had experienced domestic violence at some time in their lives, 27,9% had only experienced physical violence, 4,5% had only experienced sexual violence, 14,4% had experienced both physical and sexual forms. Conclusions: Physical and sexual violence presented high magnitude among the female users. In addition, the relevance of domestic violence was pointed out, mainly in the scope of the intimate partner abuse, what indicates the importance of the study in the field of preventive medicine.

KEY WORDS: Domestic violence. Women's health. Reproductive medicine. Health services.

REFERÊNCIAS

1. Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J, Lowenstein SR. Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA*. 1995;273(22):1763-7.
2. ABIPEME - Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado. Critério de classificação econômica [online]. Brasil; 2001. Disponível em: <http://www.abipeme.org.br>.
3. Bird C, Rieker P. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. *Soc Sci Med*. 1999;48:745-55.
4. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde – CFSS. Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Mulheres em situação de violência: guia prático de serviços. 3a. ed. São Paulo; 2002.
5. Deslandes SF, Gomes R, Furtado MR, da Silva P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2000;16(1):129-37.
6. Eisenstat SA, Bancroft L. Domestic violence. *N Engl J Med*. 1999;341(12):886-92.
7. Ellsberg MC, Caldera T, Herrera A, Winkvist A, Kullgren G. Domestic violence and emotional distress among nicaraguan women. *Am Psychol*. 1999;54(1):30-6.
8. Ellsberg MC, Peña R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Candies in hell: women's experiences of violence

- in Nicaragua. *Soc Sci Med*. 2000;51:1595-610.
9. Ellsberg MC, Peña R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *Am J Public Health*. 1999;89(2):241-4.
 10. Fundação Perseu Abramo. A mulher brasileira nos espaços público e privado [online]. São Paulo: Núcleo de Opinião Pública; 2001. Disponível em: <http://www.perseuabramo.org.br/nop/nop.htm>.
 11. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA*. 1996;275(24):1915-20.
 12. Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad Saude Publica (Rio de Janeiro)*. 1994;10(1):146-55.
 13. Grisso JA, Schwarz DF, Hirschinger N, Sammel M, Brensinger C, Santanna J, et al. Violent injuries among women in an urban area. *N Engl J Med*. 1999;341(25):1899-905.
 14. Harding TW, Arrango HV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ignacio LL. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980;10:231-41.
 15. Hathaway JE, Mucci LA, Silverman JG, Brooks DR, Mathews R, Pavlos CA. Health status and health care use of Massachusetts women reporting partner abuse. *Am J Prev Med*. 2000;19(4):302-7.
 16. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Para acabar com la violencia contra la mujer. *Popul Rep*. 1999;27(4):1-43.
 17. Heise L. Gender-based abuse: the global epidemic. *Cad Saude Publica (Rio de Janeiro)*. 1994;10(1):135-45.
 18. Mary JJ, Blay SL, Iacoponi E. Confiabilidade da versão brasileira da entrevista para estudos comunitários - E.E.C. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1986;100:77-83.
 19. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, Dechant HK, et al. The "Battering syndrom": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med*. 1995;123(10):737-48.
 20. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*. 1992;267(23):3176-8.
 21. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência: reflexões a partir do campo da saúde pública. *Cien Saude Coletiva*. 1999;4(1):7-32.
 22. Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad Saude Publica (Rio de Janeiro)*. 1994;10(1):7-18.
 23. Monteiro MCN, Cabral MAA, Jodelet D. As representações sociais da violência doméstica: uma abordagem preventiva. *Cien Saude Coletiva*. 1999;4(1):161-70.
 24. Organización Panamericana de La Salud (OPAS). Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario. Washington, DC: División de Salud Familiar y Reproductiva, División de Salud y Desarrollo Humano; 1998.
 25. Plichta SB. Violence and gynecologic health in women < 50 years old. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;174:903-7.
 26. Potvin L, Frohlich K. L'utilité de la notion de genre pour comprendre les inégalités de santé entre les hommes et les femmes. *Ruptures: Rev Transdisciplinaire Santé*. 1998;5(2):142-52.
 27. Schraiber LB, D'Oliveira AFLP, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saude Publica*. 2002;36(4):470-7.
 28. Schraiber LB, D'Oliveira AFLP, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L, Durand J, Pinho, AA. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2003;7(12):41-51.
 29. Schraiber LB, D'Oliveira AFLP. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003.
 30. Schraiber LB, D'Oliveira AFLP. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 1999;3(5):11-26.
 31. Schraiber LB, D'Oliveira AFLP. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women [Relatório de Pesquisa]. São Paulo; 2002.
 32. Schraiber LB. Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o Programa de Saúde da Mulher [Relatório de Pesquisa]. São Paulo: FAPESP, Linhas Políticas Públicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2002.
 33. Schwartz IL. Sexual violence against women: prevalence, consequences, societal factors, and prevention. *Am J Prev Med*. 1991;7(6):363-73.
 34. United Nations Children's Foundation (UNICEF). Domestic violence against women and girls. Florence, Italy: UNICEF Innocenti Research Centre; 2000. (Innocenti Digest n° 6).