

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

MARIZÉLIA RODRIGUES COSTA RIBEIRO

VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTES: taxas, tipos, perpetradores e fatores
associados, em São Luís, no ano de 2010

São Luís
2011

MARIZÉLIA RODRIGUES COSTA RIBEIRO

VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTES: taxas, tipos, perpetradores e fatores associados, em São Luís, no ano de 2010

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Doutor em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Augusto Moura da Silva.

São Luís
2011

MARIZÉLIA RODRIGUES COSTA RIBEIRO

VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTES: taxas, tipos, perpetradores e fatores associados, em São Luís, no ano de 2010

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Doutor em Políticas Públicas.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. Antônio Augusto Moura da Silva (Orientador)
Doutor em Medicina Preventiva
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Lilia Blima Schraiber
Doutora em Medicina Preventiva
Universidade de São Paulo

Prof^a Lourdes de Maria Leitão Nunes Rocha
Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a Marília da Glória Martins
Doutora em Obstetrícia
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves
Doutora em Medicina Preventiva
Universidade Federal do Maranhão

Às gestantes e mães da pesquisa BRISA. Vocês confiaram em nossas idéias, superaram obstáculos e caminharam conosco na luta por melhores Políticas Públicas para a saúde materno-infantil e o enfrentamento da violência contra mulheres! Esta Tese, um árduo trabalho de quatro anos, é dedicada a vocês, com um agradecimento especial.

AGRADECIMENTOS

Eu sempre agradeço a Deus pelo que sou e pelo que tenho. O Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas foi mais um presente DELE.

Aos meus pais, Carlos e Maria da Graça, às minhas irmãs, Célia e Cecília, e aos meus filhos, Marcella e Renan, pelo amor incondicional. Aos meus familiares queridos e à Francisca Brito, porque têm sido solidários.

Ao meu orientador e coordenador geral da pesquisa BRISA em São Luís, Professor Antônio Augusto Moura da Silva, porque me conduziu com segurança, respeito e sabedoria. Eu sempre acreditei que teria êxito sob sua orientação.

À Universidade Federal do Maranhão, pelas minhas Graduação e Pós-Graduações e por oportunizar que eu me realize como profissional.

Ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão porque me acolheu como aluna. Aos conhecimentos que me foram oferecidos, retribuirei com uma prática profissional mais crítica e humanizada.

Aos professores da Banca Examinadora, o meu muito obrigado. A Professora Lilia Blima Schraiber compartilhou, comigo, materiais do *OMS Estudo Multi-países* e de outras pesquisas. Refletir sobre violência de gênero, com a Professora Lourdes de Maria Leitão Nunes Rocha, me foi de grande auxílio na fundamentação teórica. A Professora Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves se fez presente desde a elaboração do projeto. A Professora Marília da Glória Martins oportunizou que a pesquisa BRISA acontecesse no Hospital Universitário Materno Infantil/Universidade Federal do Maranhão. Honrou-me ter os professores Raimundo Antônio da Silva e Rosângela Fernandes Lucena Batista como suplentes na Banca Examinadora.

O meu agradecimento às professoras Alcione Miranda dos Santos, pelo seu entusiasmo e competência no ensino da Estatística, e Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz, pelos seus ensinamentos na área da Epidemiologia.

Pelo financiamento da pesquisa BRISA, agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Maranhão (FAPEMA) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através do Programa de Apoio à Núcleos de Excelência (PRONEX), e ao Ministério da Saúde e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

Meu reconhecimento aos diretores e funcionários das Clínicas São José e São Marcos, dos hospitais Aliança, Santa Casa e Universitário Materno-Infantil, das Maternidades Benedito Leite, Maria do Amparo, Marly Sarney e Nossa Senhora da Penha e de serviços de ultrassonografias, nossos grandes parceiros.

Agradeço a colaboração de profissionais da Secretaria de Segurança Pública do Estado do Maranhão, da Vara Especial de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, do Instituto Médico Legal, da Delegacia Especial da Mulher e do Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência.

Aos colegas da Rádio Universidade, da Universidade Federal do Maranhão, pela divulgação da pesquisa BRISA.

Aos companheiros do Departamento de Medicina III e do Núcleo de Extensão da Vila Embratel, pelo apoio. Sobretudo aos amigos Fernando Ramos, Luana Guimarães, Jesus Pacheco, Graça Mouchreck, Feliciano Santos, Ana Lúcia e Fátima Lobão.

Aos amigos Maria dos Remédios Carvalho Branco, Tânia Jorge, Inez Mondelli, Sirliane Paiva, Elba Mochel e Antônio Gonçalves, pelo incentivo.

À coordenadora da pesquisa em São Luís, Professora Vanda Simões, pelo companheirismo. O meu muito obrigado aos demais coordenadores e aos supervisores, entrevistadores e colaboradores. Também agradeço aos que desenvolveram a pesquisa BRISA no município de Ribeirão Preto (São Paulo).

Aos profissionais do Centro de Pesquisa Clínicas (CEPEC), local onde aplicamos questionários e conhecemos histórias de vida! Ana Cláudia, Carla, Claudete, Claudiacilene, Cleonice, Fabíola, França, Janaína, Judite, Luziane, Paula Santos, Paula, Sandra e Vanessa, vocês tornaram o dia-a-dia da pesquisa extremamente prazeroso.

Às bibliotecárias Graça Regina Fernandes Tavares e Maria Stela Martins Veloso, pelas normalizações de trabalhos acadêmicos. Ao professor e amigo Ramiro Azevedo, pela cuidadosa revisão do texto. À Laodicéia Mota Ataíde, pela digitação dos dados.

Alice, Danielle, Diego, Laysa, Ludmilla e Thyago, alunos queridos, o meu muito obrigado. Sem vocês, não teria revisado questionários e o banco de dados em tempo hábil.

Uma pesquisa da magnitude da coorte BRISA requer a participação e a colaboração de muitos!

Maria da Penha

Comigo não, violão
Na cara que mamãe beijou
"Zé Ruela" nenhum bota a mão
[...]

O bicho pegou, não tem mais a banca
De dar cesta básica, amor
Vacilou, tá na tranca
[...]

Você quer voltar pro meu mundo
Mas eu já troquei minha senha
Dá linha, malandro
Que eu te mando a "Maria da Penha" [...]

*Paulinho Resende e Evandro Lima
Canta Alcione*

RESUMO

Taxas, tipos, perpetradores e fatores associados à violência contra gestantes usuárias de serviços de pré-natal do município de São Luís (Maranhão/Brasil), no ano de 2010. Esta Tese é uma análise da violência praticada contra mulheres gestantes. A expressão violência contra mulheres condensa fenômenos sociais complexos, dinâmicos, contraditórios e historicamente determinados. Representa, ordinariamente, diferentes formas de poder a que foi e ainda tem sido submetido o gênero feminino pelo masculino em distintas sociedades. É situação vivenciada por mulheres de diferentes raças/etnias, idades, níveis educacionais e condições socioeconômicas. Repercute na vida familiar e na Sociedade. Tem nos movimentos feministas o sujeito principal das lutas pela implementação de Políticas Públicas para o seu enfrentamento. É fato notório que mulheres omitem a violência praticada contra elas por parceiros íntimos. Uma de suas manifestações é a violência contra gestantes. Realiza pesquisa na modalidade Estudo Transversal. Utiliza amostra de conveniência. Analisa taxas de violência praticadas contra gestantes usuárias de serviços de pré-natal do município de São Luís, no ano de 2010, e fatores associados à violência do tipo psicológica e do grupo físico-sexual. Aplica questionário junto a 971 gestantes, entre a 22^a e 25^a semanas gestacionais, preferencialmente. Descreve características demográficas, socioeconômicas e comportamentais de entrevistadas. Apresenta aspectos da vida de parceiros íntimos e chefes de famílias. Encontra taxas de 50,26%, 49,23% 12,87%, 2,68% e 14,01%, nessa ordem, para violência geral e dos tipos psicológica, física e sexual e do grupo físico-sexual. Parceiro íntimo atual é o sujeito que mais pratica violência psicológica e físico-sexual. Utiliza o Modelo de Regressão de Poisson para análise. Reconhece como fatores associados à violência do tipo psicológica: gestante adolescente (p-valor 0,010; RP 1,27; IC 95% 1,03;1,58), jovem não-adolescente (p-valor 0,010; RP 1,23; IC 95% 1,06;1,44), divorciada/desquitada (p-valor 0,003; RP 1,52; IC 95% 1,15;2,01), com ocupação de gerente/funções de nível superior (p-valor 0,038; RP 1,70; IC 95% 1,18;2,45), com inadequado apoio social afetivo/interativo (p-valor <0,001; RP 1,72; IC 95% 1,40;2,12), que fazia uso abusivo de álcool frequentemente (p-valor <0,001; RP 1,53; IC 95% 1,23;1,89) e pertencia a família com chefe autônomo/empregador (p-valor 0,020; RP 1,19; IC 95% 1,03;1,37). Para o desfecho violência físico-sexual, identifica os seguintes fatores associados: gestante jovem (p-valor <0,001; RP 1,90 IC 95%; 1,31;2,74); com renda familiar inferior ao salário mínimo nacional (p-valor 0,007; RP 1,76; IC 95% 1,16;2,67); com inadequado apoio social afetivo/interativo (p-valor 0,033; RP 1,91; IC 95% 1,05;3,47) e com chefes de família “outros” (exceto gestante e parceiro íntimo) (p-valor 0,042; RP 1,60; IC 95% 1,09;2,36) e autônomo/empregador (p-valor <0,001; RP 1,79; IC 95% 1,29;2,49). Mostra a violência como um fenômeno comum no período gestacional e a necessidade de sua vigilância quando na consulta pré-natal.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal. Gestantes. Modelos estatísticos. Violência contra a mulher. Violência doméstica.

ABSTRACT

Rates, types, perpetrators and factors associated to violence against pregnant women users of the pre-natal services of São Luís City (Maranhão/Brazil), in the year of 2010. This Thesis is an analysis of the violence against pregnant women. The expression violence against women condensates complex social phenomena, dynamic, contradictory e and historically determined. It represents, ordinarily, different forms of power to which the female gender is and was submitted in distinct societies. It is a situation lived by women of different race/ethnic, age, educational levels and socioeconomic conditions. It echoes in the family life and in the society. It has in the main feminist movements the principal subject in the struggle for implementation of Public Policies to face it. It is a notorious fact that women omit the violence suffered against them by their intimate partners. One of its manifestations is the violence against pregnant women. This Transversal Study using a convenience sample, analyzed the rates of violence practiced against pregnant women users of pre-natal services on São Luís City, in the year of 2010 and the factors associated to psychological violence and physical-sexual abuses. It was applied the questionnaire with 971 pregnant women, between the 22nd and 25th gestational weeks. It was described demographic, socioeconomic and behavioral characteristics of the interviewed subjects. It was also presented aspects of the intimate partners and householder's life. It was found 50,26%, 49,23%, 12,87%, 2,68% and 14,01% rates, for general violence and psychological, physic, sexual and the physic-sexual types, respectively. Current intimate partner is the subject that most practices psychological and physical-sexual violence. The Poisson Regression recognized as associated factors to the psychological violence: pregnant adolescent (p-value 0,010; RP 1,27; 95% CI 1,03;1,58); pregnant young (p-value 0,010; RP 1,23; 95% CI 1,06;1,44); divorced/separated pregnant (p-value 0,003; RP 1,52; 95% CI 1,15;2,01); with occupation of manager/ superior level functions (p-value 0,038; RP 1,70; 95% CI 1,18;2,45); with inadequate social support affective/interactive (p-value <0,001; RP 1,72; 95% CI 1,40;2,12); that alcohol abuse was often (p-value < 0,001 RP 1,53; 95% CI 1,23;1,89); and who belonged to the family householder autonomous/employer (p-value 0,020; RP 1,19; 95% CI 1,03;1,37). When physical-sexual violence was the outcome, the factors associated were young pregnant woman (p-value < 0,001; RP 1,90; 95% CI 1,31;2,74); family income below the nacional minimum wage (p-value < 0,001; RP 1,76; 95% CI 1,16;2,67); with inadequate social support affective/interactive (p-value 0,033; RP 1,91; 95% CI 1,05;3,47) and who belonged to the family householder (except pregnant women and intimate partner) (p-value 0,042; RP 1,60; 95% CI 1,09;2,36) and autonomous/employer (p-value <0,001; RP 1,79; 95% CI 1,29;2,49). The violence was a common phenomenon on the gestational period, so it is necessary a vigilance at the pre-natal consultation.

Keywords: Prenatal care. Pregnant Women Models, Statistical. Violence Against Women. Domestic violence.

LISTA DE TABELAS

	p
Tabela – 1 Coabitar com parceiro íntimo segundo grupos etários das gestantes. São Luís-MA, 2010.....	124
Tabela – 2 Trabalho remunerado segundo grupos etários das gestantes. São Luís-MA, 2010.....	127
Tabela – 3 Trabalho remunerado segundo último nível de ensino das gestantes. São Luís-MA, 2010.....	128
Tabela – 4 Violência geral segundo grupos etários das gestantes. São Luís-MA, 2010.....	141
Tabela – 5 Autores da violência geral segundo grupos etários das gestantes. São Luís-MA, 2010.....	143
Tabela – 6 Análise bivariada de características demográficas das gestantes e violência psicológica. São Luís-MA, 2010.....	148
Tabela – 7 Análise bivariada de características socioeconômicas das gestantes e violência psicológica. São Luís-MA, 2010.....	152
Tabela – 8 Análise bivariada de características comportamentais das gestantes e violência psicológica. São Luís-MA, 2010.....	155
Tabela – 9 Análise bivariada de características socioeconômicas e demográfica de parceiros íntimos e violência psicológica. São Luís-MA, 2010.....	156
Tabela – 10 Análise bivariada de características demográficas e socioeconômicas de chefes de família e violência psicológica. São Luís-MA, 2010.....	159
Tabela – 11 Análise ajustada de características de gestantes, parceiros íntimos e chefes de família e violência psicológica. São Luís-MA, 2010.....	165
Tabela – 12 Análise bivariada de características demográficas das gestantes e violência física-sexual. São Luís-MA, 2010.....	177
Tabela – 13 Análise bivariada de características socioeconômicas das gestantes e violência física-sexual. São Luís-MA, 2010.....	181
Tabela – 14 Análise bivariada de características comportamentais das	

gestantes e violência física-sexual. São Luís-MA, 2010.....	183
Tabela – 15 Análise bivariada de características socioeconômicas e demográfica de parceiros íntimos e violência física-sexual. São Luís-MA, 2010.....	185
Tabela – 16 Análise bivariada de características demográficas e socioeconômicas de chefes de família e violência física-sexual. São Luís-MA, 2010.....	187
Tabela – 17 Análise ajustada de características de gestantes, parceiros íntimos e chefes de família e violência física-sexual. São Luís-MA, 2010.....	191

SUMÁRIO

	p.
1	INTRODUÇÃO 13
2	VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES, MOVIMENTOS FEMINISTAS OCIDENTAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS DO ESTADO BRASILEIRO PARA O ENFRENTAMENTO 39
2.1	Algumas considerações sobre a categoria violência..... 40
2.2	As múltiplas formas de vivenciar, definir e analisar a violência contra mulheres..... 54
2.3	Desigualdades de gênero e violência contra mulheres..... 64
2.4	Movimentos feministas brasileiros, o enfrentamento da violência contra mulheres e Políticas Públicas de Saúde..... 72
3	VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTES E SUAS TAXAS, PERPETRADORES E FATORES ASSOCIADOS 84
4	CAMINHOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS 98
4.1	Aspectos éticos..... 99
4.2	Desenho do estudo..... 101
4.3	O município de São Luís como campo da pesquisa 103
4.4	Revisão de literatura..... 104
4.5	Definição dos instrumentos de coleta de dados 105
4.6	Caracterização das variáveis de interesse 107
4.7	Seleção e treinamento das entrevistadoras..... 112
4.8	Definição da amostra e controle do erro amostral..... 113
4.9	Estudo-piloto 113
4.10	Seleção dos sujeitos da pesquisa e cadastramento..... 114
4.11	O trabalho de campo: a aplicação dos questionários..... 115
4.12	Processamento dos dados..... 116
4.13	Estatísticas descritiva e indutiva e discussão dos resultados 117
4.14	Divulgação da Tese..... 119
5	VIOLÊNCIA PRATICADA CONTRA GESTANTES USUÁRIAS DE SERVIÇOS DE PRÉ-NATAL DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS 120
5.1	Identificando as primeiras 971 gestantes da pesquisa BRISA 121

5.2	Taxas, tipos, perpetradores, recorrências e complicações da violência contra mulheres gestantes	134
5.3	Taxa, perpetradores, recorrência e características demográficas, socioeconômicas e comportamentais associadas à violência psicológica.....	144
5.4	Taxa, perpetradores, recorrência e características demográficas, socioeconômicas e comportamentais associadas à violência física-sexual.....	173
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	195
	REFERÊNCIAS	201
	APÊNDICES.....	213
	ANEXOS.....	259

INTRODUÇÃO

A expressão *Violência contra mulheres* condensa fenômenos sociais complexos, dinâmicos, contraditórios e historicamente determinados. Ordinariamente, ela tem representado a violência de gênero produzida por relações desiguais de poder, com primazia do masculino sobre o feminino (BRASIL, 2007d; BRASIL, 2008; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1996; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005b).

Contudo, em vez de *violência contra mulheres*, a que nos pareceu melhor representar a pluralidade de ser mulher e de se encontrar em situação de violência, *violência contra a mulher*, com o sujeito que sofre a ação apresentado no singular, foi a expressão difundida pelos movimentos feministas brasileiros que se organizaram no período da Ditadura Militar (1964-1985).

A construção da categoria *violência contra mulheres* esteve ligada às lutas feministas (mulheres ativistas e/ou teóricas) em defesa da igualdade de direitos entre homens e mulheres. No mundo ocidental, movimentos feministas emergidos de diferentes países e momentos históricos se articularam, ao final do século XX, e denunciaram históricas situações de violência a que mulheres de diferentes nações continuavam sendo submetidas. No âmbito das Nações Unidas, essas manifestações resultaram em vários tratados internacionais para o enfrentamento da violência contra mulheres.

Evidenciamos primeiro a *Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra mulheres*. Naquele contrato, de que o Brasil foi signatário (com reservas) no ano de 1984, foi utilizada a expressão *discriminação contra mulheres* para caracterizar

[...] toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo (UNITED NATIONS, 1979, p. 194).

A *Convenção* em tela conclamou os Estados Partes das Nações Unidas a elaborarem normas legais e desenvolverem Políticas Públicas com o objetivo de garantir a igualdade entre homens e mulheres e eliminar todos os tipos de discriminação contra o sexo feminino (UNITED NATIONS, 1979).

Nos anos de 1970, feministas elegeram a categoria *gênero* para mostrar não existir determinismo biológico, mas convenções e interesses sociais que configuraram e ainda reproduziam as relações sociais, tanto no âmbito do doméstico quanto no domínio do público (SCOTT, 1990). Desde então, teóricas feministas passaram a utilizar essa categoria para analisar o caráter relacional das diferenças entre sexos (ALMEIDA; 2007; ROCHA, 2005).

Ao final dos anos de 1980, o Comitê estabelecido na *Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra mulheres* recomendou aos Estados Partes que incluíssem, nos relatórios a ele endereçados, informações sobre estatísticas de violência contra mulheres, legislação vigente de proteção à mulher contra qualquer tipo de maus tratos, outras medidas de erradicação dessa forma de violência e serviços de apoio às mulheres submetidas a agressões. Lembrou-os quanto ao compromisso assumido por eles, tendo assinado a *Convenção*, de proteger toda mulher contra qualquer tipo de violência que ocorresse no âmbito da família, no ambiente do trabalho e em qualquer outro espaço da vida social. A Resolução Geral nº 12 trouxe em seu título a expressão *violência contra a mulher* (NACIONES UNIDAS, 1989).

Na versão em espanhol da Recomendação Geral nº 19, o *Comitê para eliminação da violência contra mulheres* deixou evidente que a definição de discriminação contra a mulher proposta pela *Convenção* incluía a violência com base no sexo e que a mulher a sofria pelo fato de ser do sexo feminino. Maus tratos psicológicos, físicos e sexuais e a privação da liberdade ou a ameaça de cometê-los foram considerados violência. A *Convenção* reforçou, junto aos Estados Partes, os compromissos por eles assumidos para diagnóstico (a exemplos de taxas, determinantes e consequências), prevenção e erradicação da violência contra a mulher e assistência à mulher que houvesse sofrido qualquer tipo de ameaça ou agressão (NACIONES UNIDAS, 1992).

Em 1994, a *Declaração sobre a eliminação de violência contra mulheres* definiu o tipo de violência de que tratou como qualquer ameaça ou ato de violência com base em gênero, que cause ou pareça resultar em danos ou sofrimentos físico, sexual ou psicológico à mulher, assim como a coação ou privação arbitrária da liberdade, e de ocorrência quer no âmbito do público quer no domínio do privado. O abuso sexual das meninas no lar e a violência relacionada com o dote foram citados como exemplos de violência praticada no ambiente familiar. O assédio sexual no trabalho, em instituições educacionais e em outros lugares públicos, foi apontado como manifestação de violência na comunidade em geral. O Estado também foi indicado autor quer por tolerar quer por praticar violência (UNITED NATIONS, 1994).

Entendemos que essa concepção tornou-se hegemônica, fundamentando inclusive a definição apresentada na *Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher* (1994), mais conhecida como *Convenção de Belém do Pará*. *Violência contra a mulher* foi definida como qualquer “[...] ato ou conduta com base em gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (ORGANIZATION OF AMERICAN STATES, 1994, p. 2). Os Estados Partes expressaram a importância de se prevenir e erradicar, no âmbito da Organização Panamericana de Saúde, qualquer forma de violência contra a mulher e assistir integralmente às mulheres vítimas de violência, através da implementação de Políticas Públicas. E se comprometeram a garantir que fossem investigadas prevalências, causas e conseqüências da violência contra a mulher (ORGANIZATION OF AMERICAN STATES, 1994).

No ano de 1995, na *IV Conferência mundial sobre a mulher (Conferência de Beijing)*, de que resultaram os documentos Declaração de Beijing e Plataforma de ação, se reafirmou que a expressão *violência contra a mulher* abrangia diferentes formas de violência com base em gênero, inclusive a praticada pela ação ou omissão do Estado (violência institucional). Naquela ocasião, reiteraram-se compromissos assumidos em tratados internacionais anteriores, reconheceram-se os impasses para efetiva proteção à mulher e propuseram-se estratégias a serem colocadas em prática pelos governantes, pelos organismos internacionais e pela Sociedade Civil (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1996).

A Lei brasileira de nº 11.340/2006 configurou *violência doméstica e familiar contra a mulher* como quaisquer omissão ou atos de violência dos tipos física, psicológica, sexual, patrimonial e moral que resultem em dano ou morte à mulher, os quais tenham por base o gênero e sejam praticados quer na unidade doméstica (espaço de convívio permanente de pessoas) quer no âmbito das relações familiares (incluiu os aparentados) quer de qualquer relação íntima de afeto atual ou anterior, independentemente de coabitação e de orientação sexual (BRASIL, 2006). A Lei Maria da Penha, como é mais conhecida a Lei nº 11.340, se constituiu no principal instrumento jurídico para o enfrentamento desse tipo de violência no Brasil, desde que foi sancionada, no ano de 2006.

No bojo da discussão sobre a pluralidade de situações objetivas e subjetivas reunidas em *violência contra mulheres*, as pesquisadoras Schraiber e D'oliveira (1999) utilizaram a expressão em tela para exprimirem a complexidade de as mulheres vivenciarem diferentes formas de violência. Naquele final de século XX, elas chamaram atenção para o caráter polissêmico do termo violência, o que englobava “[...] as formas mais cruéis de tortura e do assassinato em massa, até aspectos mais sutis, mas considerados opressivos na vida moderna cotidiana, como a burocracia, a má distribuição de renda, certas normas culturais, dentre outros.” (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999, p. 12).

Nessa perspectiva, Ellsberg e Heise (2005) afirmaram não haver consenso quanto à terminologia para se referir à violência praticada contra o sexo feminino. Declararam que várias expressões vinham sendo utilizadas para representar essa manifestação fenomênica da violência, as quais eram empregadas com diferentes significados, considerando-se regiões, disciplinas e perspectivas teóricas diversas. E utilizaram, indistintamente, *violência com base em gênero* e *violência contra mulheres* no documento *Pesquisando violência contra a mulher: um guia prático para pesquisadores e ativistas* (ELLSBERG; HEISE, 2005).

Por sua vez, Almeida (2007) criticou o emprego das construções semânticas *violência contra a mulher*, *violência doméstica*, *violência intrafamiliar* e *violência de gênero* como sinônimos, porque “Os diversos significados de tais categorias, contudo, têm implicações teóricas e práticas.” (grifos nossos)

Recentemente, o *II Plano nacional de Políticas para as mulheres* (2008) justificou o uso da expressão *violência contra mulheres* “[...] para dar visibilidade às diversidades étnico-raciais, geracionais, de orientação sexual, de deficiência e de inserção social, econômica e regional existentes entre as mulheres.” (BRASIL, 2008, p. 91). Foi a categoria escolhida por nós, pesquisadora e orientador, para a construção do **objeto de estudo** de que trata esta Tese, a saber, ***taxas, tipos, perpetradores e fatores associados a violências contra gestantes usuárias de serviços de pré-natal do município de São Luís***, visto que não existe uma única forma de ser gestante e porque o termo *violência* expressa múltiplos significados e manifestações objetivas, ainda que utilizado no singular. Empregamos a expressão *violência contra gestantes* para nos referirmos às ameaças e agressões praticadas contra gestantes.

Ademais, Minayo (2006) afirmou que atos de violência são fenômenos da ordem do vivido, portanto, carregados de emotividade e de subjetividade tanto para quem os vivenciam como para os que teorizam sobre eles. Nesse âmbito, Schraiber e colaboradores (2003) publicaram os resultados de uma pesquisa realizada com 322 usuárias de um serviço de saúde da rede pública do município de São Paulo e mostraram que 69,6% delas relataram ter passado por algum tipo de humilhação, desrespeito ou agressão física ou sexual. Todavia, quando indagadas se tinham sofrido violência alguma vez na vida, apenas 24% responderam afirmativamente.

No bojo dessa discussão, Domenach (1978), Wieviorka (1997) e Zaluar (1999) consideraram que as percepções sobre o que seria violência variavam cultural e historicamente. Por sua vez, Minayo (2006, p. 25) discorreu sobre impossibilidade de uma única definição contemplar a multiplicidade de situações representadas como violentas, quando declarou: “[...] querer encerrar a noção de violência numa definição fixa e simples é expor-se a reduzi-la, a compreender mal a sua evolução e sua especificidade histórica [...].”

Outrossim, comungamos com o pensamento de haver intencionalidade quando se pratica violência. Nessa perspectiva, ela foi distinguida da “agressividade humana”, compreendida como um “impulso natural” do ser humano para sua sobrevivência (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA; COUTO, 2009). (grifos das autoras)

Esta nossa análise epistemológica inicial teve como finalidade externar ao leitor que comungamos com o pensamento de não haver uma definição de *violência contra mulheres* que possa reunir o que entendem os teóricos do assunto, a Justiça, os movimentos feministas, os profissionais de saúde e de outras áreas do conhecimento, os agressores, as famílias e as mulheres em situação de violência. Exemplos para justificar a nossa escolha não faltaram! Agora, em 2010, em ao menos um dos casos de convívio marital entre pai e filha que residiam em um município da zona rural do Estado do Maranhão, e do qual teriam nascido sete crianças, a filha/companheira pareceu não ter a mesma compreensão sobre incesto daqueles que indiciaram o pai/companheiro como réu. Há aproximadamente três anos, uma jovem portadora de várias deficiências, que havia ficado grávida pela segunda vez sem que se comprovasse o(s) responsável(eis), foi levada por sua mãe e pela autora a um serviço de assistência à saúde de mulheres em situação de violência sexual. Presenciamos a reação de terror da jovem quando ela percebeu que conversávamos sobre a possibilidade de abortamento.

Não devemos esquecer que mulheres também impõem relações desiguais de poder umas às outras! Não respeitar os limites de jornada máxima de trabalho semanal é exemplo dos mais conhecidos. Nas atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão que temos desenvolvido com alunos da Universidade Federal do Maranhão, em um bairro da cidade de São Luís (Maranhão/Brasil), não tem sido raro ouvir relatos sobre maus tratos praticados por familiares do sexo feminino contra gestantes adolescentes. Ordinariamente, os episódios de violência foram do tipo psicológico e havia relacionamentos conturbados anteriores à gestação, os quais se perpetuaram ou se agravaram diante de situações não comungadas.

A despeito de múltiplas significações e definições e do uso de diferentes palavras ou expressões, compartilhamos com o pensamento de que qualquer ato de *violência contra mulheres* deverá ser considerado violação aos direitos humanos e problema de Saúde Pública, ao colocar em risco a saúde e a vida de mulheres e, por conseguinte, de seus filhos e o da família como um todo (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2007d; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1998; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005a).

No bojo dessa discussão, Minayo (2007) expressou não ser a violência, em si, uma questão de Saúde Pública, visto que sempre esteve presente na história da Humanidade. Disse que ela se transformava em problema para área ao afetar a saúde individual e coletiva. Sendo assim, acrescentou, exigia a implementação de Políticas Públicas e a organização de práticas e serviços específicos para prevenção e enfrentamento. Na sua forma de pensar, os gastos com emergência, assistência e reabilitação, em consequência da violência, eram mais onerosos para o Sistema Único de Saúde que a maioria dos procedimentos médicos convencionais.

Especificamente com relação à violência contra mulheres, além de lesões e doenças sexualmente transmissíveis, que mais facilmente podem ser a ela imputados, quadros de ansiedade, fobias, depressão, suicídio, síndromes de dor crônica e o uso abusivo de álcool e de outros tipos de drogas já foram apontados como consequências de maus tratos. Atraso no início do pré-natal, abortamentos, infecções geniturinárias e ganho inadequado de peso pela mulher durante o período gestacional também têm sido associados à violência contra gestantes (ELLSBERG; HEISE, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005b).

No âmbito da Pediatria, nascimento pré-termo (o que acontece antes de 37 semanas gestacionais) e baixo peso ao nascer (peso na primeira hora de vida inferior a 2.500 gramas) já foram associados a atos de violências praticados contra gestantes, embora os resultados de pesquisas tenham se mostrado conflitantes (BOY; SALIHU, 2004, DURAND; SCHRAIBER, 2007). Revisão sistemática com metanálise, realizada por Murphy e colaboradores (2001), encontrou associação estatística significativa entre baixo peso ao nascer e violência dos tipos física, sexual e psicológica. Esses dois problemas de saúde têm sido responsabilizados por um grande número de mortes infantis (no primeiro ano de vida da criança) e por adoecimentos ao longo da vida (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2008, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

A área da Saúde lentamente foi incluindo a violência como assunto de seu interesse e que as ações de profissionais de saúde vêm ocorrendo de forma pontual e especificamente para assistência aos traumas, lesões e mortes (MINAYO, 2007). Entendeu Minayo (2007, p. 19) que a inclusão de tipos de violência no grupo "causas externas" da Classificação estatística internacional de doenças e problemas

relacionados à saúde (CID 10), significou que a violência “[...] não advém de distúrbios orgânicos e funcionais, mas é fruto de um problema criado e reproduzido pela ação humana, em seu processo social de construção e de construção da vida.” (grifos da autora)

Entretanto, a ampla divulgação da problemática pelos movimentos feministas e por organizações não governamentais e a implementação de Políticas Públicas em diferentes nações parecem não ter resultado em produção de conhecimentos que expusessem a magnitude da violência contra mulheres. Ellsberg e Heise (2005) consideraram serem escassos os estudos populacionais que pudessem até aquele momento configurar a realidade desse problema e as pesquisas sobre violência sexual impetrada por um parceiro íntimo e sobre violência do tipo psicológica. E afirmaram que o uso de diferentes termos e metodologias dificultava comparar resultados de pesquisas.

No Brasil, o Ministério da Saúde enfatizou que mulheres brasileiras comumente omitiam serem vítimas da violência doméstica e sexual, o que dificultava sobremaneira o diagnóstico, com agravamento das conseqüências (BRASIL, 2005b). Mais recentemente, através da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, a Presidência da República do Brasil atestou não existirem estatísticas sistemáticas e oficiais que apontassem para a magnitude dos vários tipos de violência contra mulheres (BRASIL, 2008).

No âmbito dessa discussão, nas atividades de Extensão Universitária implementadas por uma equipe de professores pediatras da Universidade Federal do Maranhão, em um bairro circunvizinho ao Campus do Bacanga (São Luís/Maranhão/Brasil), para atenção à saúde materno-infantil, temos observado que uma relação sexual não desejada (ou determinada forma de praticá-la) pode não ser compreendida como um ato de violência pela mulher. Não tem sido raro ouvir de gestantes que elas mantiveram relações sexuais com respectivos parceiros para evitar que eles “procurassem nas ruas o que diziam não ter em casa”. Ordinariamente, essas mulheres não completaram o Ensino Fundamental nem trabalhavam e muitas delas eram adolescentes e viviam em famílias com renda mensal inferior a dois salários mínimos.

Na perspectiva de minimizar problemas metodológicos e de comparar dados sobre os diversos tipos de violência perpetrada por parceiro íntimo, a Organização Mundial de Saúde desenvolveu o *OMS Estudo multi-países sobre Saúde da Mulher e violência doméstica contra a mulher*. Os dados foram coletados em 15 localidades de 10 países (Brasil, Bangladesh, Etiópia, Japão, Namíbia, Peru, Samoa, Sérvia e Montenegro, Tailândia e Tanzânia). Naqueles países que tiveram o trabalho de campo realizado em duas localidades, a exemplo do Brasil, foram escolhidas uma grande cidade e uma região com características rurais, para que diferentes realidades pudessem ser comparadas. Entre 2000 e 2003, mais de 24.000 mulheres com idades de 15 a 49 anos foram entrevistadas, sendo 1.473 brasileiras residentes na Zona da Mata de Pernambuco e 1.172 na cidade de São Paulo. No Brasil, o *OMS Estudo multi-países* foi coordenado pela professora e pesquisadora Lilia Blima Schraiber (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005b).

O *OMS Estudo multi-países* teve como objetivos específicos: a) Estimar a prevalência da violência contra mulheres, com ênfase nos tipos física, sexual e psicológica praticadas por parceiros íntimos; b) Avaliar a associação entre violência infligida por um parceiro íntimo e consequências para a saúde da mulher (resultados não publicados); c) Identificar fatores de proteção e de risco para essa forma de violência; e d) Documentar e comparar estratégias e serviços que as entrevistadas utilizavam para enfrentá-la (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005b).

Violência do tipo física infligida por um parceiro íntimo variou de 12,9% a 61,0%, sendo menor em Yokohama, uma grande cidade do Japão, e maior em Cusco, uma província do Peru. Violência do tipo sexual foi mais prevalente em um grande distrito rural da Etiópia (58,6%) e menos em Belgrado (6,3%), então capital de Sérvia e Montenegro, e Yokohama (6,2%). Nos doze meses anteriores à data da entrevista, a prevalência de um ou mais tipos de violência psicológica variou de 11,7% em Belgrado a 57,5% na zona rural da Etiópia. Violências dos tipos física e/ou sexual praticadas por parceiros íntimos foram mais prevalentes nas idades de 15 a 19 anos, entre divorciadas, separadas e que coabitavam sem formalizarem a união e naquelas com menor nível educacional. Além de parceiros íntimos, os principais autores de atos de violência dos tipos física e/ou sexual foram familiares do sexo masculino (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005b).

Os resultados do Brasil revelaram que 436 (46,4%) de 940 paulistanas e 644 (54,2%) de 1.188 pernambucanas, as quais haviam tido ao menos um parceiro íntimo, foram vítimas de um ou mais tipos de violência praticadas por parceiros íntimos, sendo a psicológica mais prevalente na vida e nos 12 meses anteriores à entrevista. As mulheres da cidade de São Paulo tinham maior nível de escolaridade, menor número de filhos e maior participação na renda familiar. Os episódios mais graves de violência física estiveram presentes para 57% (146/256) de paulistanas e 59,3% (237/401) de pernambucanas submetidas a esse tipo de violência. A prevalência de ao menos um episódio de violência do tipo sexual na vida das entrevistadas foi de 10,1% na cidade de São Paulo e 14,3% na Zona da Mata de Pernambuco. No Brasil, parceiro íntimo foi caracterizado como o companheiro atual ou ex-companheiros, independente de coabitação, e namorados com quem as mulheres mantiveram relações sexuais (SCHRAIBER et al., 2007).

O *OMS Estudo multi-países* mostrou que o percentual de mulheres que sofreram violência física durante gravidez atual ou anterior variou de 1% (em uma grande cidade do Japão) a 28% (uma pequena cidade do Peru). No Brasil, a prevalência foi de 8% em São Paulo e 11,1% em Pernambuco. Entre as entrevistadas que foram vítimas de violência física na gestação, 25% a 50% receberam agressões em região do abdome. Em média, parceiros íntimos foram responsáveis por violências contra gestantes em mais de 90% dos relatos. Todavia, estar grávida foi considerado fator de proteção porque os episódios de agressões físicas mantiveram-se em número ou diminuíram e foram considerados pelas vítimas como menos graves nessas ocasiões (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005b).

A Organização Mundial de Saúde reconheceu não ser o estudo transversal, método epidemiológico utilizado para coleta de dados, ideal para investigar a relação causa-efeito de um agravo. Todavia, julgou relevantes os resultados que indicaram associação entre violência física e/ou sexual e problemas de saúde física e mental. Mulheres agredidas por parceiros íntimos foram as que mais referiram, nas quatro semanas anteriores às entrevistas, angústias, pensamentos suicidas, dores, corrimento vaginal, tonturas, problemas de memória, dificuldades de locomoção e para desenvolver suas atividades diárias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005b).

Os serviços de saúde foram apontados como um dos elementos fundamentais de proteção às mulheres agredidas por um parceiro íntimo pelo que se segue: a) Podem proporcionar apoio, informações e estimular as vítimas a buscarem outros serviços públicos de defesa dos direitos humanos (assessoramento jurídico, refúgios, etc.) e as redes informais (família, amigos, etc.); b) São amiúde utilizados por mulheres para resolver problemas relacionados à saúde reprodutiva, o que os torna um espaço especial na prevenção e na detecção precoce desse tipo de violência. No entanto, a Organização Mundial de Saúde disse serem muito poucos os profissionais de saúde com conhecimentos e sensibilidade suficientes para relacionar problemas de saúde da mulher à violência praticada contra elas. Família e vizinhos foram os principais sujeitos de quem as 80% das brasileiras confessaram ter sofrido violência física (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005b).

Em nível de Brasil, relatório elaborado pela Secretaria Nacional de Segurança Pública revelou taxa de 16,48 estupros para 100.000 mulheres brasileiras tanto em 2004 como em 2005. O total de ocorrências registradas desse tipo de violência sexual, nos dois anos pesquisados, foi 28.710. Naqueles anos, as maiores taxas foram documentadas em Roraima (34,55 e 42,40) e Amapá (38,12 e 36,81). Entretanto, as ocorrências foram registradas principalmente em São Paulo (3.985, no ano de 2004, e 3.903, em 2005), que teve o percentual de cobertura, em 2005, de 100%. O Maranhão, com percentuais de cobertura de 85,7%, em 2004, e 100% em 2005, teve taxas de 9,94 e 11,44. A taxa de São Luís, no ano de 2004, foi 12,6 (BRASIL, 2007a). Com relação à idade das vítimas, os maiores percentuais foram para as faixas etárias entre 12 a 17 anos (44,4%) e 18 a 24 anos (21,7%). Os agressores se encontravam principalmente com idades de 18 e 24 anos (34,1%) e de 35 a 64 anos (24,7%) (BRASIL, 2007b).

No município de São Luís, local de trabalho de campo da pesquisa desta Tese, o Setor de Estatística da Secretaria de Segurança Pública do Estado do Maranhão produziu relatório sobre as 8.065 ocorrências registradas na Delegacia da Mulher, do município de São Luís, no ano de 2010. Os dados foram coletados do Sistema Integrado de Gestão Operacional (SIGO). O percentual caracterizado como violência doméstica atingiu 76%. No âmbito da violência doméstica, as ocorrências mais registradas foram lesão corporal dolosa (2.390 casos), ameaça (1.835 casos),

vias de fato (1.070 casos) e injúria (758 casos). Entre aquelas que chamamos de comunitárias, ameaça (517 casos), lesão corporal dolosa (329 casos), injúria (245 casos) e vias de fato (116 casos) foram as mais documentadas. Com relação aos 33 casos de estupros denunciados, 10 (30,3%) foram praticados no domínio do domicílio. Houve 12 denúncias por tentativa de homicídio, sendo que seis delas foram caracterizadas como violência doméstica. A maioria das denunciantes tinha mais de 25 anos (79,69%). O total de denunciantes que registraram mais de um Boletim de Ocorrência foi 134. Foram solicitadas 1.232 medidas protetivas de urgência (MARANHÃO, 2011).

Nesse município, dados de 312 processos, que haviam sido distribuídos à *Vara especial de violência doméstica e familiar contra a mulher da Comarca de São Luís*, entre 7 de março a 30 de junho de 2008, foram analisados e tiveram seus resultados divulgados. A Delegacia Especial da Mulher (DEM) foi responsável por 53% das denúncias. Aproximadamente 90% das mulheres representantes denunciaram parceiros íntimos atuais ou com os quais conviveram. A faixa etária com maior número de denunciantes foi a de 31 a 35 anos (23%). Violência física foi o tipo mais referido pelas representantes (43%). As agressões foram reincidentes para 233 (75%) mulheres. Em 77% dos relatos, os episódios de violência ocorreram no âmbito do domicílio. O uso de armas pelo representado ficou registrado em 77 (25%) processos. A solicitação de medidas protetivas de urgência (a exemplos de suspensão ou restrição do porte de armas pelo agressor, afastamento do agressor da ofendida e seus familiares e das testemunhas e prestação de alimentos provisórios) constava em 268 processos e foram concedidas 160. Não satisfazer os requisitos legais ou terem sido outorgadas por outras Varas Criminais foram os motivos apontados para a não concessão (MARANHÃO, 2009).

Diante dos fatos, evidenciamos que a violência infligida por um parceiro íntimo ainda se constitui fato do cotidiano da vida de casais, a despeito das lutas pela igualdade de direitos entre os sexos (BRASIL, 2007a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005b). No nosso trabalho de Extensão Universitária, acolhemos gestantes que receberam tapas ou escutaram “que são sustentadas” quando ousaram desafiar parceiros íntimos. Extraordinariamente essas “brigas de casais” têm terminado na Delegacia da Mulher ou em Varas da Família. Quando não mais

suportam os sofrimentos, e se os companheiros não as abandonaram, buscam romper essas relações ou porque decidem assumir os encargos de um novo núcleo familiar e/ou porque se sentem amparadas por familiares ou amigos.

Veza por outra, atos de violência contra mulheres se tornam casos de comoção nacional no Brasil! Encerramos o primeiro semestre de 2010 com dois crimes amplamente noticiados na mídia nacional brasileira. Parceiros íntimos foram indiciados, em companhia de terceiros, pelos assassinatos premeditados de Mércia Nakashima e Eliza Samudio. Ciúme e término do relacionamento pela vítima parecem ter sido as motivações para agressões físicas, uso de arma de fogo e tentativa de afogamento contra Mércia Nakashima. No assassinato de Eliza Samudio, desentendimentos por recusa de paternidade e denúncias em Delegacia Específica da Mulher, por tentativa de abortamento forçado, resultaram em agressões físicas, possível esquartejamento e ocultação de cadáver.

Foi para buscar reverter uma realidade ainda pouco conhecida no Brasil do século XXI que os movimentos feministas brasileiros das décadas de 1980 e 1990, apoiados por influentes organismos internacionais e por várias organizações não-governamentais, pressionaram o Estado brasileiro no sentido de formular e implementar Políticas Públicas de enfrentamento da violência contra mulheres (BRASIL, 2008). Resultaram principalmente em serviços públicos de atendimentos a mulheres em situação de violência (delegacias especializadas de atendimento à mulher, casas-abrigo, serviços de saúde, etc.) e na criação de conselhos municipais, estaduais e nacional de direitos das mulheres. Também foram criadas organizações não-governamentais para assistência à mulher em situação de violência, além de órgãos executivos de Políticas para as Mulheres, a exemplo da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (2003).

Atendendo ao movimento global de defesa dos direitos da mulher, a Constituição Federal de 1988 trouxe para o Estado brasileiro a responsabilidade de promover, proteger e recuperar a saúde da população brasileira, de forma universal e igualitária, através do Sistema Único de Saúde (SUS). Como resultado da grande mobilização de mulheres brasileiras, a Carta Magna de 1988 tornou homens e mulheres iguais em direitos e deveres, responsabilizando o Estado brasileiro em coibir a violência no âmbito das relações familiares (BRASIL, 1988).

Dois anos após a promulgação da Constituição de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente determinou punição na forma da lei a qualquer ato de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão à criança e ao adolescente, que devem receber atendimento integral à saúde, indistintamente, pelo Sistema Único de Saúde. Tornou obrigatória a comunicação ao Conselho Tutelar de qualquer caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente (BRASIL, 1990).

Em 1999, foi publicado o documento *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*, destinado aos profissionais da Área da Saúde. O Estado brasileiro deixou claro que determinadas formas de violência atingiam de modo diferenciado os sexos masculino e feminino (contra as mulheres brasileiras era praticada a violência sexual, especialmente no ambiente doméstico); reconheceu ser responsável em assistir as mulheres que sofreram violência sexual; revelou que os Serviços de Saúde não possuíam as condições necessárias para oferecer assistência adequada a essas mulheres; e reafirmou a necessidade da integralidade das ações para a devida atenção às mulheres e às adolescentes submetidas à violência sexual (BRASIL, 1999).

Entretanto, ficou a impressão de que essa Norma restringiu a participação de profissionais da Área da Saúde à realização de procedimentos técnicos para prevenção de gravidez e de Doenças Sexualmente Transmissíveis e o atendimento às mulheres com gravidez decorrente de estupro que optassem pela interrupção da gestação. Como se a atenção integral à saúde da mulher se encerrasse na dimensão biológica!

Neste início de século XXI, as respostas do Estado brasileiro às lutas feministas para o enfrentamento da violência contra mulheres foram-se avolumando. Em 2003, foi criada a *Secretaria especial de Políticas para as mulheres* (ligada à Presidência da República) e o Governo Federal passou a formular e a implementar a *Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres*. Também foi o ano da promulgação da Lei nº 10.778/2003, que determinou aos serviços de saúde a notificação compulsória, em todo território brasileiro e com caráter sigiloso, de todo caso de violência contra mulheres (BRASIL, 2003). No ano de 2004, representantes

do poder público e da Sociedade Civil fizeram acontecer a primeira *Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres*. Como resultado dessa Conferência, ainda em 2004, foi elaborado o *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. A *Central de atendimento à mulher – ligue 180* foi ativada no ano seguinte. Em 2006, foi finalmente sancionada a Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha). A *II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres* e a aprovação do *Pacto nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres* ocorreram no ano de 2007. O lançamento do *II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres* aconteceu em 2008. Na Área da Saúde, o enfrentamento da violência doméstica e sexual foi incluído na *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher* (2004).

A *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher* teve como um dos objetivos específicos promover atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Ela fez referência à heterogeneidade dos municípios brasileiros, a exemplo do acesso dos usuários aos serviços de saúde, e ao fato de determinados problemas afetarem de maneira distinta homens e mulheres, enfatizando que a violência doméstica e sexual atingia principalmente o sexo feminino. Como resultados dessa Política, manuais técnicos foram elaborados com o objetivo de qualificar as equipes de serviços de saúde na assistência às mulheres em situação de violência sexual (BRASIL, 2004a).

Através da *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher*, o Ministério da Saúde reconheceu as múltiplas desigualdades e discriminações na vida das mulheres brasileiras e suas repercussões na saúde e no adoecimento, ao expressar:

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais freqüentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (BRASIL, 2004a, p. 9).

Exemplificando tais desigualdades, atestaram-se a precariedade da atenção à saúde das mulheres indígenas e rurais, uma maior dificuldade de acesso de mulheres negras, em comparação às mulheres brancas, aos serviços de saúde e uma maior vulnerabilidade do sexo feminino à violência de gênero (BRASIL, 2004a).

Por sua vez, a *Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres*, que foi estruturada a partir do *Plano nacional de políticas para as mulheres*, declarou ter como finalidade:

[...] estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional. (BRASIL, 2007, p. 3).

O Estado brasileiro reconheceu que mulheres de diferentes classes sociais, etnias, raças, escolaridades e regiões se encontravam em situação de violência com base em gênero, problemática apontada como pouco pesquisada e documentada inclusive no Brasil. Declarou que a compreensão de violência contra as mulheres apresentada no documento final teve por base o conceito elaborado na *Convenção de Belém do Pará* e definiu os vários tipos de violência, assim como os significados de enfrentamento e rede. Foram apontados como princípios dessa Política: a) igualdade e respeito à diversidade; b) equidade; c) autonomia das mulheres; c) laicidade do Estado; e) universalidade das políticas; f) justiça social; g) transparência dos atos públicos; e h) participação e controle social (BRASIL, 2007).

Não obstante, sabendo-se do privilégio dado pelo Estado brasileiro neoliberal à dimensão econômica em detrimento ao social, e tendo como resultado a implementação de Políticas Públicas fragmentadas e focalizadas, suscitam-se dúvidas no que tange à qualidade da assistência à saúde de mulheres em situação de violência no Brasil. Principalmente se forem negras, pobres e dependentes economicamente de seus parceiros íntimos, pensamos nós. Ainda mais na contemporaneidade, diante da atual crise estrutural do capital que atingiu todas as economias mundiais e exigiu a intervenção também do Estado brasileiro para salvaguardar especialmente aglomerados do setor privado.

Com relação ao financiamento da ampliação e consolidação da rede de serviços especializados de atendimento às mulheres em situação de violência, no Portal da Transparência do Governo Federal, foi possível verificar que o gasto público federal reduziu de R\$ 14.661.306,80, no ano de 2008, para R\$ 7.209.079,14, em 2009. Também foi menor a despesa em relação à rubrica *apoio a iniciativas de prevenção à violência contra as mulheres* (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010).

Quanto à assistência à mulher em situação de violência, entendemos que não serão atuações isoladas dos campos da Saúde, da Assistência Social, da Psicologia e da Justiça, os mais solicitados quando a violência já se efetivou, os quais irão “resolver” os múltiplos e complexos problemas da vida da maioria das mulheres brasileiras em situação de violência. Sobretudo quando efetivados de forma desarticulada e sem levarem em consideração a realidade dos sujeitos. Ficarão desacreditados pela população usuária!

É necessário participar ao leitor que essas reflexões foram sendo acumuladas à medida que a autora avançou no Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), para o qual foi aprovada como aluna, no ano de 2007. O conhecimento apreendido nos dois primeiros anos motivou-a a permanecer com o tema escolhido por ocasião da seleção, desde então percebendo a problemática *violência contra mulheres grávidas* enquanto processo saúde-doença e como parte das relações entre capital, trabalho, Estado e Sociedade, em um país com uma trajetória histórica que ainda repercute negativamente na vida de grande parte de sua população.

No bojo dessa discussão, não devemos esquecer que o Brasil foi explorado e colonizado pelos portugueses, teve sua população nativa praticamente dizimada, tolerou a escravidão de negros africanos e de seus descendentes por mais de três séculos, permitiu a concentração da propriedade fundiária, reproduziu ideologias da sociedade patriarcal europeia, viu crescerem as suas primeiras indústrias em 1930, foi governado por uma Ditadura Militar de 1964 a 1988 e adotou o Neoliberalismo nos anos de 1990.

Assumimos que o processo saúde-doença tem caráter histórico-social. Saúde e doença são partes dinâmicas de uma totalidade, com determinações políticas, econômicas, culturais e sociais. Estão condicionadas pela forma com que coletividades e sujeitos se inserem em cada modo de produção, em diferentes momentos históricos e localidades (BARATA, 2005; BREILH, 2006).

Nessa forma de pensar a realidade, a captação precoce de gestantes pelos serviços de saúde para realização do pré-natal, a atenção do profissional ao diagnóstico de violência na gestação, o apoio oferecido às gestantes em situação de violência, a articulação dos serviços à rede de atendimento à mulher em situação de violência, o número de consultas de pré-natal realizadas, a qualidade dessas consultas e do atendimento ao parto, entre outros condicionantes, influenciarão na saúde materno-infantil, no adoecimento e na superação de problemas.

Na contemporaneidade brasileira, o processo saúde-doença está sendo condicionado pelo processo de reestruturação produtiva e pelo redesenho da divisão internacional do trabalho e do capital (e de suas crises), os quais têm repercutido no Brasil neoliberal, tendo como consequências, entre outras: a) terceirização e novas formas de gestão da força-de-trabalho; b) flexibilização e desregulamentação dos direitos sociais; c) obscurecimento dos laços de pertencimento de classe; d) superexploração da força-de-trabalho, em especial sobre o trabalho feminino; e f) maior miséria para muitos e riqueza para poucos brasileiros (ANTUNES, 2006).

O envolvimento com a Extensão Universitária, após o término do Mestrado em Saúde e Ambiente/Universidade Federal do Maranhão, em atividades de atenção à saúde materno-infantil, já havia despertado o interesse da autora pelo Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão e pelo **tema** *violência contra gestantes*. Em um grupo de 90 adolescentes grávidas, seis haviam sofrido estupro em período anterior da vida e nove afirmaram não ter desejado a primeira relação sexual, que teria acontecido por insistência de parceiros íntimos. Foi conhecida uma adolescente que teve sua primeira relação sexual aos 11 anos de idade, com um homem de 60 anos e casado. Ele teria aproveitado os momentos em que garota estava só, para seduzi-la com presentes. Essa era uma realidade distante da autora até então: suas experiências médicas haviam sido principalmente na assistência às doenças prevalentes na infância.

O fato de termos assistido a adolescentes gestantes com problemas familiares fez ver que não poderíamos restringir a pesquisa à violência praticada por sujeitos do sexo masculino. A mãe de uma garota, além de ofender e ter dito que batia na filha para “corrigi-la”, decidiu entregar o neto (no segundo mês de vida) a uma tia da adolescente para adoção. Entendemos essa situação como violência contra mulheres, ainda que autora e vítima fossem do sexo feminino.

A análise dessas questões culminou com a enunciação da **tese** a seguir: violência dos tipos psicológica, física e sexual contra gestantes usuárias de serviços de pré-natal do município de São Luís (Maranhão/Brasil) é predominantemente violência de gênero e será mais ou menos frequente, a depender de características de vida das gestantes e de parceiros íntimos e chefes de família, bem como do apoio social que contam essas mulheres.

A possibilidade e o desafio de participar de uma grande pesquisa sobre fatores etiológicos do nascimento pré-termo, a qual envolveria dois grandes núcleos de pesquisas brasileiros, a saber, o Núcleo de Pesquisas em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão e o Núcleo de Estudos de Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, haviam consolidado a definição do objeto de estudo por ocasião do concurso, a saber, *conseqüências perinatais de violência contra gestantes*.

Todavia, a complexidade da pesquisa resultou em atraso no seu início. Depois, a captação de gestantes por semana foi bem menor do que esperávamos. Em meados de 2010, percebemos que não teríamos tempo para realizar o estudo epidemiológico pretendido. Redefinimos, então, nosso **objeto de estudo** para *taxas, tipos, perpetradores e fatores associados à violência contra gestantes usuárias de serviços de pré-natal do município de São Luís*. Retomamos a busca de literatura em bases de dados e de teses e dissertações, principalmente.

No bojo da discussão apresentada, tivemos como questionamentos: quais seriam as taxas de violência dos tipos psicológica, física e sexual praticadas contra gestantes usuárias de serviços de pré-natal implementados no município de São Luís (Maranhão/Brasil), no ano de 2010? Esses atos de violência seriam recorrentes? Como os tipos de violência se distribuiriam segundo características

demográficas (idade cronológica, situação conjugal, componentes das famílias, números de filhos e etc.), socioeconômicas (último nível de ensino, tipo de ocupação, relação de trabalho, apoio social, renda familiar e etc.) e comportamentais (idade gestacional na primeira consulta de pré-natal, tipo de serviço onde realizava as consultas de pré-natal e consumos de álcool e de drogas ilícitas) das gestantes? E de parceiros íntimos e chefes de família? Quem seriam os perpetradores da violência? Que fatores estariam associados à violência?

Por conseguinte, investigamos as seguintes **hipóteses**: a) Violência psicológica é o tipo mais frequente durante a gestação e para adolescentes (faixa etária de 10 a 19 anos), se distribui indistintamente em grupos de diferentes níveis socioeconômicos e os seus principais perpetradores são familiares das entrevistadas; b) *Violência do tipo física é praticada principalmente contra mulheres de menor nível educacional, que recebem inadequado apoio social, com idades até 24 anos e seus principais perpetradores são parceiros íntimos*; c) Violência do tipo sexual é o menos freqüente e está associado ao apoio social inadequado e ao abuso de álcool e de drogas ilícitas pelas mulheres e os perpetradores apontados pelas mulheres excepcionalmente são os atuais maridos/companheiros/namorados; e d) Não ter trabalho e renda está associado aos três tipos de violência.

E constituímos em **objetivo geral** da presente pesquisa: analisar taxas de violência praticada contra gestantes usuárias de serviços de pré-natal do município de São Luís (Maranhão/Brasil), no ano de 2010, e fatores associados à violência dos tipos psicológica, física e sexual. E, **especificamente**, pretendemos: a) Descrever características demográficas, socioeconômicas e comportamentais de vida das entrevistadas, assim como de parceiros íntimos e chefes de família; b) Especificar as taxas de violência geral, física, sexual, psicológica, doméstica e familiar, comunitária e com complicações praticadas contra as gestantes; c) Estabelecer a recorrência e as características dos maus tratos para os três tipos de violência; d) Identificar os perpetradores da violência dos tipos psicológica, física e sexual, tanto no âmbito doméstico e familiar como em nível comunitário; e e) Analisar características das gestantes e de parceiros íntimos e chefes de família associadas à violência dos tipos psicológica, física e sexual.

Outra justificativa para a pesquisa proposta foi a escassez de publicações científicas brasileiras sobre o objeto de estudo aqui proposto. Neste âmbito, não foram encontradas revisões sistemáticas quando da consulta à base de dados COCHRANE (coleção de fontes de informações com boa evidência em saúde). Identificamos sete artigos, na base de dados LILACS (literatura latino-americana), os quais tratavam sobre pesquisas realizadas em municípios brasileiros. Um oitavo artigo foi um estudo da produção científica de 2000 a 2005. Na base MEDLINE (literatura anglo-saxônica acessada via BVS), identificamos um artigo de autoria de pesquisadores brasileiros. Todos os trabalhos da base de dados ADOLEC (área da Adolescência) foram executados no exterior. No banco de Teses da CAPES, encontramos 11 resumos de trabalhos de conclusão de cursos de Pós-Graduação que tiveram interesse sobre taxas de um ou mais tipos de violência contra gestantes e fatores associados. Três dissertações e duas teses produziram artigos aceitos na base de dados LILACS. Nenhum dos trabalhos brasileiros teve o município de São Luís como local da pesquisa. Ao final, 14 publicações nacionais foram analisadas.

Medina e Penna (2008), quando da revisão de publicações brasileiras sobre violência na gestação, as quais foram divulgadas no período de 2000 até 2005, encontraram apenas uma pesquisa que analisou taxa de violência contra gestantes e fatores associados, a qual foi selecionada em nossa busca.

Três pesquisas brasileiras tiveram seus trabalhos de campo realizados no município de Recife, capital do Estado de Pernambuco, que ocupa a 14ª posição no Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal/IFDM¹ 2007. Uma delas apenas investigou se houve violência durante a gestação de mulheres assistidas em um centro de apoio a mulheres em situação de violência (HENRIQUES, 2004). Pelas características da população estudada, não será utilizada em nossas análises. No Estado de São Paulo, o terceiro melhor IFDM 2007, cinco pesquisas foram desenvolvidas em três municípios, a saber, na capital São Paulo (cenário de três pesquisas) e em Campinas e Ribeirão Preto. No município do Rio de Janeiro, capital do Estado do Rio de Janeiro (6ª posição no IFDM 2007), três pesquisas resultaram em cinco publicações.

¹ O Índice Firjan do Desenvolvimento Municipal considerou emprego/renda, Educação e Saúde e estabeleceu um ranking para os municípios brasileiros (FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2010).

Em doze pesquisas, foram investigadas especificidades da violência contra gestantes. Nesta perspectiva, no município de Recife (Pernambuco/Brasil), Menezes e colaboradores (2003) tiveram interesse por violência física doméstica e Paz (2006) por violência dos tipos psicológica, física e sexual perpetrada por parceiros íntimos. Em municípios da Região Sudeste, cinco pesquisas analisaram violência por parceiros íntimos (DURAND; SCHRAIBER, 2007; MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010; MORAES; REICHENHEIM, 2002; OLIVEIRA, 2008; RIBEIRO, 2009). Violência doméstica na gestação foi tema de cinco publicações (AUDI et al., 2008; OKADA, 2007; RODRIGUES, 2007; SANTOS et al., 2010; SILVA, 2007). Todas essas pesquisas utilizaram entrevistadores para aplicação de questionários.

As taxas de violência contra gestantes apresentadas por essas pesquisas expressaram amplas variações. Ordinariamente, as maiores e as menores taxas foram para violência psicológica e sexual, respectivamente. Moraes e Reichenheim (2002) encontraram taxa de 61,7% para violência psicológica contra gestante, a maior delas. Violência sexual variou de 0,8% a 7,8%. Violência física por parceiros íntimos teve taxa de até 37,85% (RIBEIRO, 2009).

Em um artigo de revisão sobre prevalência de violência contra mulheres gestantes, Mezey e Bewley (1997) reconheceram que era difícil estimá-la. Entretanto, expressaram que a violência contra grávidas parecia ser, desde que investigada rotineiramente, mais frequente que complicações comuns da prática obstétrica, a exemplo de pré-eclâmpsia. Consideraram que a presença do parceiro nas consultas pré-natais era obstáculo para o diagnóstico e que mulheres omitiam suas experiências quer por vergonha quer por receio de retaliações.

Gazmararian e colaboradores (1996), Campbell, García-Moreno e Sharps (2004), Jasinsk (2004) e Taillieu e Brownridge (2010), revisaram a literatura sobre violência contra gestantes e chamaram atenção para a utilização de diferentes terminologias, tipos de estudo (retrospectivo ou prospectivo), instrumentos para o diagnóstico de violência, locais de entrevistas, tamanho de amostras, tipos de violência (física, psicológica e/ou sexual), forma de aplicação do questionário (auto-aplicado ou por entrevistador), perpetrador da violência e diferenças culturais, dificultando a comparabilidade dos resultados.

Sobre os fatores associados à violência na gestação, apenas Taillieu e Brownridge (2010) apresentaram uma análise abrangente, em sua revisão de literatura. Aspectos da vida das gestantes, a exemplos de idade jovem, ser divorciada/separada, menor nível educacional, não ter ocupação e renda, menor renda familiar, baixo status socioeconômico (SES), ser múltipara, usar drogas lícitas e ilícitas e entrada tardia no pré-natal foram associados à violência, em alguns estudos. Todavia, esses resultados ficaram restritos, quase sempre, à análise bivariada, desaparecendo quando do emprego da análise multivariada. Ademais, chamaram atenção para o fato de as pesquisas serem realizadas, ordinariamente, em serviços de saúde e não em âmbito populacional. Quanto aos perpetradores, esses pesquisadores afirmaram que a literatura havia lhes dado mínima atenção.

Outra justificativa para a realização da pesquisa, que originou esta Tese, residiu no fato de o Fórum Estadual de Mulheres Maranhenses, realizado no ano de 2003, ter lamentado quanto à falta de investigações científicas sobre o assunto violência contra mulheres, no Estado do Maranhão. Naquela ocasião, apenas 20 trabalhos haviam sido produzidos pela comunidade acadêmica da Universidade Federal do Maranhão. Nenhum deles sobre o objeto de estudo aqui proposto. O referido Fórum chamou atenção para a necessidade de dar visibilidade à temática em tela e “[...] modificar e transformar as relações de gênero, que se encontram profundamente marcadas pela desigualdade existente entre homens e mulheres [...]” (FÓRUM ESTADUAL DE MULHERES MARANHENSES, 2003, p. 49).

Desde então, nenhuma pesquisa relacionada ao tema *violência contra gestantes* foi realizada, no Município de São Luís. Também desconhecemos qualquer investigação que buscasse identificar seus perpetradores ou tentasse associar aspectos da vida dos sujeitos envolvidos a essa forma de violência, o que torna esta Tese de interesse de gestores, de profissionais de Saúde, das organizações que defendem os direitos humanos, da comunidade científica e, em especial, da população feminina ludovicence.

Para dar fins ao objeto de estudo, tivemos de fazer escolhas teórico-metodológicas. Assumimos que realizamos um estudo do âmbito da Epidemiologia Crítica, próximo às ideias de Breilh (2006). Os pressupostos teórico-metodológicos que resgatamos do autor foram os que se seguem: a) A pesquisa epidemiológica

enquanto ato ético e político deve ser um instrumento de emancipação coletiva; b) Fenômenos sociais devem ser analisados enquanto “processos”; c) Há relação entre modo de produção, dominação social e processo saúde-doença; d) A realidade é complexa, multicultural e requer o aperfeiçoamento da consciência “objetiva”; e) A relação sujeito-objeto se realiza no seio da práxis, assume mediações diferentes e se realiza por meio dos simbolismos da linguagem, de formas culturais, do método e de bases de informação na prática científica; e f) O objeto de estudo tem dimensões ontológicas (do ser social), epistemológica (de sua conceituação) e práxica (de suas formas práticas).

Minayo (2007, p. 24) nos trouxe sua contribuição sobre como deveríamos analisar o nosso objeto de estudo, quando afirmou: “[...] não se pode estudar a violência fora da sociedade que a gera, porque ela se nutre dos fatos políticos, econômicos e culturais, traduzidos nas relações micro e macrosociais [...].”

Uma vez mais, queremos deixar claro quanto ao nosso entendimento sobre a pluralidade dos sujeitos da pesquisa. Mulheres gestantes não são iguais em suas gestações, em suas formas de viver e enfrentar a violência. Uma segunda gravidez de uma mulher necessariamente não será igual à primeira. Um problema de saúde poderá não determinar os mesmos desfechos em diferentes realidades sociais.

No bojo da discussão sobre diferentes realidades sociais, colhemos com Arendt (2007, p. 16) que “A pluralidade é a condição da ação humana pelo fato de sermos todos os mesmos, isto é, humanos, sem que ninguém seja exatamente igual a qualquer pessoa que tenha existido, exista ou venha a existir.”

Atendendo aos pressupostos teórico-metodológicos, aprofundamos nossas discussões sobre conceitos e significados de *violência*, *violência de gênero*, *violência contra mulheres* e *violência doméstica e familiar contra a mulher*. Analisamos o conteúdo das perguntas do questionário *OMS Estudo multi-países sobre Saúde da Mulher e violência doméstica contra a mulher*, as quais identificam a presença de violência contra mulheres. Ademais, oferecemos ao leitor, de forma concisa, a historicidade das relações de dominação-exploração impostas por homens sobre mulheres no mundo ocidental, em diferentes modos de produção,

ênfatizando as situações de subordinação social, econômica, política e cultural das mulheres brasileiras. Também discorremos sobre os movimentos feministas ocidentais pós-década de 1960 e evidenciamos os principais tratados e normas internacionais para o enfrentamento da violência contra mulheres. Finalmente, contextualizamos as principais respostas do Estado brasileiro Pós-Ditadura Militar às lutas dos movimentos feministas brasileiros, nos dois principais campos de atuação das Políticas Públicas para enfrentamento da violência contra mulheres, a saber: a Justiça e a Saúde. É o que abordamos nos Tópico 2, o primeiro de fundamentação teórica.

No tópico 3, analisamos e confrontamos metodologias e resultados de pesquisas brasileiras que foram utilizadas para a discussão do conhecimento produzido nesta Tese. Tivemos interesse, sobretudo, por taxas, tipos, perpetradores e fatores associados à violência contra gestantes. É a segunda parte da fundamentação teórica.

Respaldados por uma bibliografia que permitiu aprofundar nossos conhecimentos sobre o objeto de estudo e sobre como proceder em relação à metodologia, partimos para as atividades em campo. Os processos de entrada em campo e de pesquisa foram apresentados no tópico 5. Mostramos por que entendemos termos realizado uma pesquisa próxima à Epidemiologia Crítica de Jaime Breilh.

No tópico seguinte, apresentamos e analisamos os resultados. Entendemos que a escolha da metodologia quantitativa não exige que os resultados sejam apresentados separados de suas análises.

Com as Considerações Finais esperamos contribuir para a constante (re)construção do conhecimento científico sobre o tema *violência contra mulheres* e, especialmente, sobre taxas, tipos, perpetradores e fatores associados à violência contra gestantes. Também, para auxiliar Políticas Públicas implementadas a transformar a realidade de mulheres em situação de violência, no sentido de oferecer-lhes promoção, proteção e assistência de que necessitam.

Temos o compromisso de divulgar esta Tese para os sujeitos da pesquisa (através de palestras, entrevistas e publicações), equipe técnica (por ocasião da defesa da Tese e em reuniões científicas), comunidade científica (publicação de artigos em periódicos, Tese no Periódico CAPES, livro a ser enviado às Bibliotecas da Universidade Federal do Maranhão e apresentação em congressos), gestores de Políticas Públicas (resumo ampliado) e Organizações não-governamentais (resumo ampliado).

2 VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES, MOVIMENTOS FEMINISTAS OCIDENTAIS E TRATADOS INTERNACIONAIS PARA O ENFRENTAMENTO

Neste tópico, em um primeiro momento, analisamos a categoria *violência*. Mostramos que atos de violência sempre estiveram presentes na História da Humanidade. Apresentamos a etimologia de violência e a explicação de Jean-Marie Domenach para ela ter passado a ser vista como um fenômeno negativo e indesejado e se tornado objeto de estudo do conhecimento científico. Trouxemos as análises de estudiosos do assunto sobre a dificuldade de conceituar violência e o pensamento da Organização Mundial de Saúde sobre tipologia. Entendemos que a apreensão desse conhecimento foi fundamental para a construção de nossas concepções teórico-metodológicas sobre violência contra mulheres.

Num segundo instante, apresentamos definições de *violência contra mulheres*, enfatizando a compreensão de *violência doméstica e familiar contra a mulher* proposta pela Lei Maria da Penha. Também apontamos vantagens e limites nas perguntas do questionário utilizado no *OMS Estudo multi-países* para o diagnóstico acurado de violência dos tipos física, psicológica e sexual contra mulheres. Embora tenhamos utilizados autores de diversas áreas do conhecimento, esta é uma pesquisa que analisa a violência sob a ótica da Saúde Pública.

Em seguida, oferecemos ao leitor, de forma concisa, a historicidade das relações de dominação e exploração impostas pelo sexo masculino ao feminino, no mundo ocidental, em diferentes modos de produção. Pontuamos os principais tratados e encontros internacionais para o enfrentamento da violência contra mulheres.

Finalmente, discorremos sobre os movimentos feministas ocidentais pós-década de 1960, enaltecendo aqueles que se organizaram no Brasil. Evidenciamos as situações de subordinação social, econômica, política e cultural das mulheres brasileiras. Contextualizamos as principais respostas do Estado brasileiro Pós-Ditadura Militar às lutas dos movimentos feministas brasileiros, no campo da Saúde, para o enfrentamento da violência contra mulheres.

2.1 Algumas considerações sobre a categoria violência

As histórias de Civilizações Ocidentais e Orientais têm sido narradas, não raro, tomando-se como pano de fundo uma multiplicidade de fenômenos apontados como violentos no mundo ocidental contemporâneo, quer por sua comunidade científica quer na consciência popular.

Na forma de pensar de Domenach (1978, p. 777), “A violência é tão velha quanto o mundo; cosmologias, mitologias e lendas mostram-na vinculada às origens, acompanhando sempre os heróis e os fundadores [...]”. Para Minayo (2006, p. 8), “[...] Como fenômeno sócio-histórico, a violência acompanha toda a experiência da humanidade [...]”.

Nessa perspectiva, guerras e outros embates foram retratados através das Artes Plásticas. Antes da invenção da escrita, a Pintura e a Gravura rupestres indicaram ter havido hostilidades entre os primeiros seres humanos que habitaram a Terra. A *Estela dos abutres*, um fragmento de pedra esculpido, por volta de 2.500 a.C, documentou a comemoração da vitória do Rei Eannttum, que governava a cidade-estado de Lagash, sobre as tropas de Umma, as quais estavam localizadas na Suméria (sudoeste do Iraque), considerada uma das primeiras civilizações e onde se desenvolveu a escrita cuneiforme.

Nas Literaturas, com alguma influência da imaginação de quem as escreveram, poemas épicos e romances históricos sempre despertaram a curiosidade de leitores. A *Ilíada*, um dos primeiros poemas épicos, cuja autoria foi atribuída a Homero, nos fez conhecer a discutível Guerra de Troia. O rapto de Helena, rainha de Esparta, pelo príncipe troiano Páris, teria desencadeado a guerra entre gregos e troianos. Exemplo dos mais conhecidos de violência contra mulheres, embora narrado com certo romantismo. A vida da francesa Joana D’Arc, uma das poucas heroínas na História das civilizações ocidentais, foi tema central de romances históricos. Porque liderou as tropas de seu país em batalhas da Guerra dos Cem Anos contra o domínio inglês, foi capturada, acusada de heresia e queimada em praça pública.

A Revolução Francesa, iniciada em 1789, reuniu uma série de acontecimentos que caracterizamos como violentos. Foram eles protagonizados principalmente pelo Terceiro Estado francês (trabalhadores, camponeses e a pequena burguesia) contra o Absolutismo do rei. Como exemplo, Luís XVI e Maria Antonieta foram guilhotinados. A Assembleia Constituinte promulgou a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, mas não contemplou os anseios de mulheres revolucionárias com relação à igualdade entre sexos, o que foi denunciado por Olympe de Gouges na *Déclaration des droits de la femme et de la citoyenne*. Por manifestar-se contra o governo também foi guilhotinada em praça pública.

A Primeira Grande Guerra Mundial teve início no ano de 1914, como resultado de políticas imperialistas e nacionalistas de países europeus. Entre as consequências dessa guerra, salientamos: incapacitações e mortes de milhões de civis e militares, genocídios, desmembramento de países, alterações no mapa geopolítico continental, mudanças comportamentais (o mercado de trabalho absorveu mulheres em substituição aos homens que foram para os campos de batalhas), sanções políticas e econômicas aos países perdedores e clima de hostilidades inclusive entre países que saíram vencedores.

As insatisfações com os resultados da Primeira Guerra Mundial contribuíram para a eclosão da Segunda Guerra Mundial, em 1939. O Holocausto de judeus e de outros povos considerado “racialmente” inferiores pelos nazistas ainda tem sido motivo de discriminação ao povo alemão. Os lançamentos de bombas atômicas nas cidades de Hiroshima e Nagasaki mataram milhares de civis japoneses em segundos e determinaram a rendição do Japão. Ao final seu final, a Guerra Fria instituída pelos Estados Unidos e a então União Soviética aterrorizou o mundo pela possibilidade de destruição de grandes contingentes populacionais.

No mundo globalizado do século XXI, acompanhamos, muitas vezes por transmissão ao vivo, o desenvolvimento de novas modalidades de violência. O ato terrorista de “11 de Setembro” contra a segunda das Torres Gêmeas do World Trade Center pôde ser assistido no Brasil, no momento de sua ocorrência. Por sua vez, a criminalidade organizada em rede (a exemplo do tráfico de drogas e de armas) tem aterrorizado famílias de diferentes níveis socioeconômicos, também pela inclusão de seus filhos adolescentes e jovens em facções criminosas.

Outrossim, religiões usualmente têm realizado seus ensinamentos através de conflitos entre povos e de desavenças familiares. O assassinato de Abel por seu irmão Caim foi narrado em Gênesis, o Livro que descreve a origem do mundo e da Humanidade, segundo o Cristianismo. O apedrejamento por transgressão de leis humanas foi registrado em livros bíblicos e ainda é prática no século XXI.

Essas e outras formas de violência foram-se constituindo, cada vez mais, em preocupações de governantes e da Sociedade Civil. As guerras, por exemplo, causavam temor porque dizimavam populações, transformavam perdedores em escravos ou colonos, facilitavam a disseminação de epidemias, provocavam deslocamentos populacionais de grandes montas e contribuía para a miscigenação dos povos e misturas de culturas. Foram justificadas quer para ampliar o domínio de Civilizações quer para defendê-las quer para buscar a paz.

Contudo, governantes também têm protagonizado e legitimado atos de violência contra populações que representam, ou ao menos a segmentos delas. Na Inglaterra, país onde teve início a Revolução Industrial, os campos abertos foram cercados (*enclosures*) em nome do progresso da Nação inglesa, a partir do século XVI. Tal fato ocorreu à revelia dos camponeses e a favor de interesses dos nobres. A apropriação das terras comunais foi legalizada pelo Estado inglês. Posteriormente, a intensificação da divisão do trabalho e o desenvolvimento da propriedade privada resultaram no deslocamento do trabalho produtivo do campo para a cidade e do interior das residências para a indústria (expropriação dos meios de produção do operário) e na transformação do trabalhador inglês em mercadoria (passou a vender sua força-de-trabalho) e no seu empobrecimento (POLANYI, 2000).

No Brasil, a violência também tem estado presente em toda a sua História. A aculturação dos indígenas e a escravização dos negros pelos portugueses, as ditaduras políticas, as desigualdades sociais e o comportamento patriarcal e machista que perpetua abusos contra mulheres e crianças são exemplos dos mais conhecidos (MINAYO, 2007). Passados mais de 500 anos de sua colonização, persistem o trabalho escravo (inclusive nos grandes latifúndios de quem se diz representante do povo), o desrespeito às minorias, a expulsão de lavradores de suas terras, o assassinato de mulheres, o extermínio de crianças e adolescentes e o cerceamento dos direitos de grande parte da população brasileira.

O Estado brasileiro já foi réu, pela Justiça Internacional, por ter tolerado a violência contra mulheres. Em 1998, a cearense Maria da Penha Maia, que deu nome a Lei 11.340, juntamente com o Centro para a Justiça e o Direito Internacional e o Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher, acusou o Estado Brasileiro de omissão junto à Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Passados mais de 15 anos de sua condenação por tentativa de homicídio, o ex-marido continuava em liberdade. A Comissão, no ano de 2001, responsabilizou o Estado brasileiro por negligência, omissão e tolerância em relação à violência doméstica e familiar contra mulheres, obrigando-o, entre outras determinações, a finalizar o processo que motivou a denúncia e a instituir Políticas Públicas para o enfrentamento desse tipo de violência.

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde reportou que mais de um milhão de pessoas morriam, a cada ano e em todo o mundo, por violência. Estimou que, em nível global, um número maior de pessoas padecia em consequência de injúrias não-fatais. Afirmou ser a violência uma das principais causas de mortes entre pessoas de 15 a 44 anos de idade. Disse que era difícil precisarem-se os gastos globais anuais com cuidados de saúde pela violência, mas que eles foram estimados em bilhões de dólares americanos e que outros bilhões devem ter sido gastos pelos países com dias perdidos de trabalho, execução de leis e perda de investimentos. Ademais, expressou que era impossível dimensionar o custo humano com a aflição e a dor e que a violência invisível era maior do que aquela que chegava ao conhecimento da Sociedade (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Em que pese essas e outras situações apontadas como violentas no mundo ocidental contemporâneo, Arendt (1994) e Domenach (1978) puserem em foco que apenas recentemente a violência havia-se constituído em objeto de análise nas diversas áreas do conhecimento científico. Domenach (1978) atribuiu a Georges Sorel (1847-1922) a iniciativa de refletir sobre a violência, ao menos na forma negativa em que estava sendo pensada nas últimas décadas do século XX e em suas dimensões psicológica, moral e política. Sobre essa mudança na forma de compreender a violência, Domenach (1978, p. 778) nos trouxe sua contribuição, ao expressar:

Indiscutivelmente, é o progresso do espírito democrático que dá origem ao conceito moderno de violência e o colore, ao mesmo tempo, com uma matiz pejorativa. A partir do momento que cada pessoa é chamada à categoria de cidadão, em que reconhece o seu direito à liberdade e à felicidade, a violência não pode ser confundida com a força, já não é da ordem das necessidades físicas (calamidades natural) ou políticas (hierarquias do direito divino): é agora um fenômeno que tem relação com a liberdade e que pode e deve ser combatido e superado [...].

A antropóloga brasileira Cecília Minayo, tomando Jean-Marie Domenach e François Chesnais como base para sua análise, também imputou à ideia de cidadania nas sociedades democráticas a forma negativa de a Humanidade compreender a violência. Disse a autora em tela:

[...] atribuir a um ato de exploração, de dominação, de agressão física, emocional ou moral o caráter negativo de violência significa um *status* superior da consciência social a respeito dos direitos dos indivíduos e de coletividades. Tal compreensão acompanha o progresso do espírito democrático. [...] (MINAYO, 2006, p. 16-17). (grifo da autora)

No Brasil, a violência passou a ser publicizada, em mídia nacional e através de documentos elaborados pela comunidade científica e por movimentos sociais, no final dos anos de 1970. Os assassinatos do jornalista Vladimir Herzog (1975) e do metalúrgico Manuel Fiel Filho (1976), em celas do Destacamento de Operações de Informações e Centro de Operações de Defesa Interna (DOI/CODI), os quais protestavam contra o Regime Militar, e de Ângela Diniz (1976) por seu parceiro íntimo, Doca Street, foram amplamente divulgados inclusive pela imprensa internacional. Órgãos de defesa dos direitos humanos e movimentos sociais pressionaram o Estado brasileiro por respostas. Sobre a percepção de violência, pela Sociedade brasileira da década de 1970, escreveu Minayo (2006, p. 17):

[...] o final da década de 1970 e o início da década seguinte coincidem, ao mesmo tempo, com a consciência nacional sobre o acirramento da violência social e com os processos de abertura democrática no país. A partir de então, crescem os movimentos em prol dos direitos civis e sociais e da emancipação da mulher, da criança, dos negros e de outros grupos excluídos.

No bojo dessa discussão, pesquisadores do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde (CLAVES) realizaram revisão bibliográfica da produção intelectual brasileira, do período de 1990 a 2000, sobre acidentes e violência. As conclusões de Minayo (2007, p. 23) sobre 534 publicações da Área da Saúde analisadas foram as que se seguem: “[...] a maioria dos trabalhos limitou-se a descrever os problemas e apresentar propostas de soluções, sem aprofundar as problemáticas referenciais [...]”

De posse desses conhecimentos, passamos ao interesse pela Etimologia da palavra violência e o auxílio veio do Latim. *Violentia* é uma palavra latina que foi traduzida para a língua inglesa como o uso irracional de força praticada contra outros. Também como uma força destrutiva ou esmagadora, a exemplo daquela protagonizada por fenômenos naturais (OXFORD UNIVERSITY PRESS, 1968). Por sua vez, Bueno (1974, p. 4262) nos informou que *violentia* era o “[...] part. pres. pl. n. de violare², substantivado como palavra abstrata.”

Outrossim, Domenach (1978) chamou atenção para o fato de as palavras força e violência derivarem de um mesmo vocábulo latino, a saber, *vis*. Não obstante, enfatizou que a violência era um fenômeno essencialmente humano. Na sua forma de pensar, não havia violência quando animais matavam para obter alimentos ou para defender seus territórios. Para esse intelectual francês, só a espécie humana era capaz de destruir-se. Caracterizou violência como o “[...] uso de uma força, explícita ou oculta, com o fim de obter de um indivíduo ou de um grupo o que não querem consentir livremente.” (DOMENACH, 1978, p. 779).

Zaluar (1999), Xavier (2008) e Minayo (2007) também fizeram referência à estreita relação entre violência e força no Latim. Para Minayo (2007, p. 25), o termo *vis* se “[...] refere às noções de constrangimento e de uso de superioridade física sobre o outro. [...]”. Transgressão ou destruição da ordem foram condições apontadas por Xavier (2008) para que uma força fosse caracterizada como violenta. Zaluar (1999, p. 8) deu a entender que tal força deveria resultar em perturbação e sofrimento e que o limite para identificá-la como violenta variava em função dos contextos histórico e cultural e da subjetividade dos sujeitos, quando declarou:

² Particípio presente plural nominal do verbo *violare*. E sendo particípio presente implica que exista agente, ação, atividade. Daí, qualquer violência articula-se com a idéia de ato, potência, ação.

Esta força torna-se violência quando ultrapassa um limite ou perturba acordos tácitos e regras que ordenam relações, adquirindo carga negativa ou maléfica. É, portanto, a percepção do limite e da perturbação (e do sofrimento que provoca) que vai caracterizar um ato como violento, percepção esta que varia cultural e historicamente. As sensibilidades mais ou menos aguçadas para o excesso no uso da força corporal ou de um instrumento de força, o conhecimento maior ou menor dos seus efeitos maléficos, seja em termos do sofrimento pessoal ou dos prejuízos à coletividade, dão o sentido e o foco para a ação violenta. [...].

Após conhecermos a etimologia de violência, buscamos autores que analisaram as formas como ela vinha sendo definida pela comunidade científica e compreendida na Sociedade Civil. No bojo dessa discussão, Zaluar (1999) disse que era difícil conceituá-la, visto que ela englobava uma variedade de fenômenos subjetivos e objetivos. Outros estudiosos do assunto afirmaram não ser possível reunir todos os aspectos relacionados à violência numa enunciação (DOMENACH, 1978; MINAYO, 2007). No âmbito dessa discussão, Abramovay, Cunha e Calaf (2009, p. 20) nos trouxeram as suas colaborações:

O conceito de violência depende do momento histórico, da localidade e do contexto sociocultural, o que lhe atribui o dinamismo próprio da vida social. [...] é preciso olhar cenários, situações e processos sociais quando o tema é a violência. Ou seja, é preciso reconhecer que só pode ser compreendida em um contexto em que alguns atos serão classificados como violências e outros, não. Mais, em determinados momentos históricos, é possível que atos antes considerados violentos passem a não sê-lo e vice-versa.

Por sua vez, Minayo (2006, p. 14) expressou que o fato de a violência ser um “[...] fenômeno da ordem do vivido, cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia [...]” fazia com que fosse difícil conceituá-la.

Em que pese esses e outros pensamentos sobre a dificuldade em definir-se violência, a Organização Mundial da Saúde entendeu que tal procedimento se fazia necessário, a fim de que esse problema de Saúde Pública pudesse ser analisado cientificamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Essa influente organização disse que associou intencionalidade e realização do ato em si, independentemente de suas consequências, na sua definição de violência, que foi caracterizada como se segue:

O uso intencional da força física ou poder, como ameaça ou real, contra si mesmo, a outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, transtornos de desenvolvimento ou privação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, p. 5).

A Organização Mundial de Saúde afirmou ter colocado a palavra “poder” em seguida à expressão “uso intencional da força física” para que a definição contemplasse os atos resultantes de relações de poder, a exemplos de ameaças e intimidações, assim como a negligência ou omissão, além da violência dos tipos física e sexual e o suicídio e a autoagressão. Entendeu que esse conceito apontava consequências da violência não tão aparentes, como os problemas psicológicos, a privação e os transtornos de desenvolvimento, que não resultavam em morte, mas impunham grandes cargas aos indivíduos, às famílias, às comunidades e aos sistemas de assistência à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A intencionalidade também foi condição apontada por Schraiber, D'Oliveira e Couto (2009) para caracterização de um fenômeno como violento. Essas pesquisadoras distinguiram ‘violência’ (gesto cultural) de ‘agressividade’ humana (impulso natural), “[...] porque enquanto a agressividade associa-se a necessidades de sobrevivência, a violência é fenômeno criado na vida em sociedade: ato de intenção socialmente construído.” (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA; COUTO, 2009, p. S216). Grifos das autoras

Tendo apresentado essa discussão conceitual, desejamos evidenciar cinco características da violência que não devem ser esquecidas quando do planejamento e do trabalho de campo de uma pesquisa científica que tomou esse fenômeno como tema de investigação e também por ocasião da análise dos resultados. Conseguimos resumi-las nos seguintes itens: a) A violência é múltipla em suas manifestações objetivas; b) A violência também é um fenômeno subjetivo; c) Ela expõe a existência de conflitos de poder e intencionalidade; e d) Existem fenômenos difíceis de serem definidos e analisados porque têm múltiplas dimensões; e e) A violência é um fenômeno sócio-histórico (ABRAMOVAY; COUTO; CALAF, 2009; DOMENACH, 1978; MINAYO, 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; XAVIER, 2008; ZALUAR, 1999).

No campo dessa discussão, uma situação considerada violenta em determinado momento e local não seria obrigatoriamente classificada como tal, em outra época e espaço. Ou o que seria violência para um sujeito não o poderia ser para outrem, posto que

[...] Mutante, a violência designa, pois – de acordo com épocas, locais, circunstâncias –, realidades muito diferentes. Há violências toleradas e há violências condenadas. E, desde o nascimento do *homo sapiens* e, mais especificamente, desde o início da modernidade, ela se enriquece de novas formas, cada vez mais complexas e, ao mesmo tempo, mais fragmentadas e articuladas. [...] (MINAYO, 2007, p. 25). (grifo da autora)

Por sua vez, Wieviorka (1997, p. 5-7) afirmou: “A violência não é a mesma de um período a outro [...]”. Entendia esse sociólogo francês que o mundo havia sofrido grandes transformações, a partir dos anos de 1960 e 1970, e que a violência, na era da globalização, “[...] renovou-se profundamente nos significados de suas expressões mais concretas [...]”. Na sua forma de pensar, mais do que as continuidades, dever-se-iam acentuar as rupturas e inflexões da violência. Para ele, os terrorismos de extrema-esquerda e direita haviam perdido a magnitude de outrora. Outrossim, declarou que a violência nacionalista de então estava mais associada à proteção de ameaças externas e das homogeneidades religiosa e étnica e havia se constituído no “[...] elemento mais espetacular da renovação da violência [...]”.

A violência, segundo Wieviorka (1997, p. 8), havia mudado também porque “[...] não se considera mais o fenômeno no que ele apresenta de mais concreto, de mais objetivo, mas as percepções que sobre ele circulam, nas representações que o descrevem [...]”. Apontou o Brasil como um dos países onde a violência era “[...] tolerada ou suportada, percebida quase como inscrita no funcionamento normal da sociedade [...]”.

Na tessitura da discussão sobre as transformações resultantes da globalização, Wieviorka (1997, p. 14) propôs um novo paradigma para a violência e, ao mesmo tempo, abordou a complexidade de seus múltiplos determinantes. A sua tese foi enunciada como se segue:

[...] esse paradigma pede que a violência seja analisada no interior de um espaço teórico complexo, capaz de integrar o campo do conflito e o da crise. Indo mais além, ampliando-se, de um lado no sentido de levar em consideração o sujeito, impossível, frustrado ou que funciona fora de qualquer sistema ou de normas, e de outro levando em consideração condutas que mais além da crise são reveladoras de uma verdadeira desestruturação ou de desvios capazes de levar ao caos e à barbárie.

Nessa perspectiva, disse não existir uma teoria sociológica de violência que reunisse indivíduo, Estado, Sociedade e o sistema de relações internacionais e que havia certo consenso sobre ser ela negativa para a Sociedade. Em nível do sistema internacional, apontou como mudanças maiores: a) O fim da Guerra Fria, que fez aparecer (ou deu visibilidade) à violência localizada; b) A “globalização da economia” e suas conseqüências, a exemplos de economias nacionais interdependentes, capital financeiro maior que o produtivo, mercados de trabalho sem condições de absorver pessoas em idades produtivas, grandes desigualdades e a exclusão social, migrações internacionais (e da economia criminosa), homogeneização de culturas e discriminação às consideradas inferiores, nacionalismos e “mundialização” da violência. Na sua forma de pensar, “[...] a *mundialização da economia*, e sua ligações diretas com a fragmentação cultural e social, contribui para a *mundialização da violência* com suas formas fragmentárias.” (WIEVIORKA, 1997, p. 17-18). (grifos do autor)

Quanto ao Estado, distinguiu que ele vinha tendo papel central na análise da violência. Declarou que não existia uma “[...] representação unificada e linear da evolução da fórmula do Estado e de sua adequação aos problemas políticos de nossa época [...]” (WIEVIORKA, 1997, p. 20). Aos que acreditavam que o Estado contemporâneo se encontrava enfraquecido com a mundialização da economia e para aqueles que diziam ser ele uma instituição corrompida e ineficiente que empregava a força física para se legitimar, respondeu:

[...] Nem tudo é enfraquecimento, decomposição, no que concerne ao Estado. [...] é preciso ser prudente e reconhecer que à tendência à crise à fórmula clássica do Estado (e mais ainda do Estado-nação), pode-se opor a imagem, menos forte, mas ainda assim pertinente, de sua perenidade, e mesmo do seu futuro (WIEVIORKA, 1997, p. 20).

Com relação às mutações sociais no Ocidente, o autor nos lembrou quanto ao pensamento evolucionista (sobretudo o “*one best way*” norte-americano) dos anos de 1950 e 1960, segundo o qual com a modernização (principalmente com o desenvolvimento econômico e a democratização) os problemas sociais, inclusa a violência, seriam resolvidos (WIEVIORKA, 1997). (grifo do autor)

Disse mais: que desenvolvimento político e econômico convivia com desemprego, precarização do trabalho, exclusão social, sindicatos e relações profissionais enfraquecidas, expectativas políticas exacerbadas com poucos espaços de mediação e crise social, fatores estes que alimentavam a violência. Sobretudo quando reunidos com problemas de identidades culturais, nacionais, étnicas e religiosas (WIEVIORKA, 1997). (grifos do autor)

Sobre o crescente individualismo contemporâneo, expressou que ele apresentava duas faces complementares, e eventualmente opostas. O indivíduo desejava participar da modernidade (começar e continuar a consumir), mas também ter autonomia enquanto sujeito de uma coletividade. Nesse âmbito, a violência poderia ser consequência do desejo não satisfeito de consumir e da frustração de não ser reconhecido (WIEVIORKA, 1997).

Finalizando sua discussão sobre esses quatro níveis, Wieviorka (1997) inferiu que era possível analisar a violência por um deles. Todavia, não recomendava a especialização em um desses níveis. Entendia que só se tinha a ganhar com a complementaridade.

Recentemente, o autor em tela reafirmou que a violência havia mudado, assim como as percepções e os comportamentos com relação a ela. Declarou que seria preciso compreendê-la em sua face atual. Com o fim da Guerra Fria, declarou, diminuíram os conflitos armados e aqueles em que morriam mais de 1000 pessoas e os golpes de Estado. Ao contrário, o terrorismo e o crime organizado adquiriram dimensão global, com mortes em maior número de civis que de militares. Esse autor expressou que, com o declínio de movimentos institucionalizados, a exemplo do operário, os atores passaram a falar em seus nomes, através da violência (WIEVIORKA, 2006).

Nessa perspectiva, Minayo (2006, p. 13) deu a sua contribuição assim: “[...] É preciso dar relevo à lógica da perda e da sobrecarga, dos excessos e da falta de sentido que pervertem, preservam ou também asseguram a sobrevivência dos sujeitos no mundo pós-industrial e na atual sociedade dos indivíduos.”

Analisando e concordando em parte com Wierviorka sobre globalização e criminalidade em rede, essa cientista brasileira acrescentou:

Mas o mundo da globalização e da criminalidade em rede é também a era da demanda de reconhecimento, no espaço público, de identidades particulares e da exigência de reparação de injustiças ancestrais. É a era dos movimentos de mulheres, de homossexuais, de indígenas, de negros, de deficientes físicos ou de doentes mentais, de idosos, de descendentes de vítimas de genocídio, da cidadania de crianças e dos adolescentes. Esses personagens que foram crescendo como atores políticos no decorrer do século XX e, principalmente, no mundo depois da Segunda Guerra Mundial, ao se constituírem, passaram a influir na cena pública, transformando sua opressão e seu sofrimento em causas sociais [...] (MINAYO, 2006, p. 22).

Outros aspectos também lançados à violência estiveram relacionados ao uso do poder como forma de dominação e a sua legitimação legal ou através dos costumes e hábitos sociais.

[...] No seu sentido material, o termo parece neutro, mas quem analisa os eventos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e à busca de domínio e aniquilamento do outro, e que suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas, segundo normas sociais mantidas por aparatos legais da sociedade ou por usos e costumes naturalizados (MINAYO, 2007, p. 25).

Nessa perspectiva, entendemos a proibição do trabalho extradomiciliar feminino pelo cônjuge, em sociedades ocidentais, como um dos exemplos dessa afirmativa. Foi explicada e justificada como forma de amar e proteger a esposa durante séculos. Principalmente através dos discursos dos movimentos feministas ocidentais dos anos de 1960, tem sido mostrada como uma das formas de o homem cercear a liberdade da mulher. Não faz muito tempo, maridos assassinaram suas esposas em nome da honra masculina e da defesa da família e foram considerados inocentes em seus crimes pelo Estado brasileiro.

Com relação às explicações sociológicas e filosóficas para a violência, Minayo (2006) reuniu-as em três grupos: a) A violência seria expressão de crises sociais pela falta de respostas adequadas quer da Sociedade quer do Estado a um grupo social em desvantagem (os atores seriam “vítimas” ou “deserdados”); b) A violência seria um meio para atingir fins específicos (os atores tinham consciência do que praticaram); e c) A violência acontecia quando faltassem mecanismos institucionais de mediação dos conflitos. (grifos da autora)

A Organização Mundial de Saúde trouxe à baila que algumas causas poderiam ser percebidas facilmente. Outras estavam profundamente enraizadas nos tecidos social, cultural e econômico. Nesse âmbito, características biológicas e outros elementos individuais interagiriam com fatores familiares, comunitários, culturais e outros aspectos ambientais favorecendo a ocorrência de violência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Na forma de pensar de Minayo (2007, p.13), “[...] não se pode estudar a violência fora da sociedade que a gera, porque ela se nutre dos fatos políticos, econômicos e culturais, traduzidos nas relações micro e macrosociais [...].”

Porque sempre esteve presente na história da Humanidade, Minayo (2007) expressou não ser a violência, em si, uma questão de Saúde Pública. Não obstante, declarou que ela se transformava em problema para essa Área do conhecimento ao afetar a saúde individual e coletiva.

Em 1996, a Organização Mundial de Saúde pôs em proeminência ser a violência problema global de Saúde Pública. Entre as justificativas dadas para tal consideração, salientamos aqui: a) o grande aumento da incidência de traumatismos intencionais a pessoas de todas as idades e para ambos os sexos, em todo o mundo, e principalmente contra crianças e mulheres; b) as repercussões negativas para a saúde do indivíduo, famílias e comunidade (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1996). Solicitou aos Países-membros que implementasse atividades com o objetivo de [...] caracterizar os diferentes tipos de violência, definir sua magnitude e avaliar as causas da violência e suas repercussões de saúde pública, incorporando na análise uma perspectiva baseada nas diferenças entre os sexos (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1996, p. 2)

Quanto à tipologia, a Organização Mundial de Saúde expressou que as classificações taxonômicas eram poucas e nenhuma delas havia-se mostrado completa e aceita como consenso. Segundo as características de quem cometia violência, essa Organização apontou três tipos, a saber: a) autoinfligida, quando o sujeito comete violência contra si; b) interpessoal, a perpetrada por outro indivíduo ou um grupo pequeno de pessoas; e c) coletiva, quando praticada por um grande número de pessoas, a exemplo do Estado. Violência interpessoal foi dividida em duas categorias: a) familiar e violência por parceiro íntimo; b) comunitária, a que se produzia entre pessoas sem parentesco ou desconhecidas. Violência coletiva foi dividida em três subtipos: a) social; b) política; e c) econômica. Quanto à natureza, a violência foi classificada em quatro tipos: a) física; b) sexual; c) psíquica; e d) as que incluíam privações ou descuidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

No âmbito da discussão apresentada, entendemos que a violência tem seu lado objetivo e subjetivo e que os seus determinantes são múltiplos (indo do individual ao coletivo e do local ao global), os quais interagem de forma complexa e influenciam e são influenciadas pelo todo. Assumimos que o termo reúne fenômenos os mais variados possíveis, alguns deles condenados de modo consensual na contemporaneidade, outros aceitos em algumas sociedades.

No bojo dessa discussão sobre a definição de violência, procuramos deixar claro que o texto da Organização Mundial de Saúde reforçou o nosso pensamento e reflexão quanto à necessidade de termos bem definida a categoria *violência contra mulheres*. Ainda que concordássemos que nenhum conceito tenha dado conta de sua complexidade e abrangência, fizemos escolhas.

Com base nessas considerações, construímos a segunda parte dessa fundamentação teórica. Ao longo do texto, procuramos responder a algumas perguntas que orientaram as nossas leituras. Enunciamos aquelas que estabelecemos como mais importantes. A primeira delas: que definição parece ter melhor representado as múltiplas formas de violência vivenciadas por mulheres ou os fenômenos caracterizados como violentos por quem trabalha com o enfrentamento? Outra delas: como identificar tais fenômenos? Uma terceira: a que sujeitos a Lei Maria da Penha protegeu e quem pode ser enquadrado como réu?

2.2 As múltiplas formas de vivenciar, definir e analisar a violência contra mulheres

Com relação às perguntas que encerraram o tópico 2.1, poderia parecer fácil responder ao menos à terceira delas. Todavia, fomos surpreendidos, agora em 2010, com a declaração da juíza do III Juizado da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher de Jacarepaguá (Rio de Janeiro/Brasil) quanto ao fato de ela não ter beneficiado Eliza Samudio, no ano de 2009, com medidas protetivas contra posteriores atos de violência por parte de Bruno, goleiro do Flamengo. Ouvimos em mídia nacional a juíza declarar o motivo de não ter aplicado a Lei Maria da Penha quando da solicitação da Delegacia Especial de Atendimento à Mulher de Jacarepaguá: a relação entre Eliza (grávida na época) e Bruno havia sido de caráter eventual e sexual e não íntima de afeto como exigia a Lei e eles não formavam uma família. Talvez tenha havido esse despacho judicial porque Eliza, desaparecida desde junho de 2010, fosse apontada como “garota de programa”, e Bruno era o goleiro de um dos maiores e mais apaixonantes times do Brasil.

Tentando responder à primeira pergunta, analisamos expressões que fundamentaram as Políticas Públicas brasileiras para o enfrentamento desse tipo de violência. Apresentamos definições, os contextos em que elas foram propostas e as críticas recebidas. Não tivemos pretensão de esgotar uma discussão que se vem estabelecendo desde a década de 1980.

Sobre as diversas expressões usualmente empregadas para caracterizar a violência praticada contra mulheres, pela comunidade científica e em nível de Estado e de organizações não governamentais, Almeida (2007, p. 23) nos esclareceu:

Essa violência que insiste em entrar no debate acadêmico depois de ter deixado inúmeras, diversificadas e profundas marcas em mulheres, em escala global, ainda não foi nominada apropriadamente. [...] De fato, tanto no meio acadêmico quanto na enunciação de políticas e práticas sociais, são utilizadas, com sentido equivalente, distintas expressões: violência contra a mulher, violência doméstica, violência intrafamiliar e violência de gênero. Os diversos significados de tais categorias, contudo, têm implicações teóricas e práticas.

De âmbito internacional, a primeira definição proposta para mostrar existirem relações desiguais entre os sexos masculino e feminino foi *discriminação contra mulheres*. Ela foi enunciada no texto da *Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra mulheres*, lei internacional proposta pelos Estados Partes das Nações Unidas, no ano de 1979 (UNITED NATIONS, 1979). Consideramos que significou em grande avanço para o reconhecimento legal quanto a igualdade de direitos entre homens e mulheres. Todavia, não tratou especificamente de *violência*.

Assinando a *Convenção*, os Estados Partes se comprometeram a eliminar qualquer tipo de distinção, exclusão ou restrição que tivessem até então os sujeitos do sexo feminino com relação ao masculino. Também a seguir uma política internacional que determinava a obrigatoriedade de consagrarem o princípio da igualdade de direitos entre homens e mulheres, inclusive em suas constituições nacionais se não o tivessem feito, e a garantir esse princípio com medidas legislativas e jurídicas e com outras ações em diferentes áreas. Para tal finalidade, foi proposta uma agenda para o enfrentamento das discriminações. No Artigo 17, ficou estabelecida a criação de um *Comitê* com a finalidade de acompanhar os progressos dos Estados Partes, de receber seus relatórios e encaminhá-los à Assembléia das Nações Unidas e de fazer recomendações para que fossem efetivados os direitos das mulheres. A necessidade de proteção à gestante apareceu nos Artigos 11 e 12 (UNITED NATIONS, 1979).

O Brasil foi signatário desse tratado internacional no ano de 1984. Naquele momento, o Estado brasileiro fez reservas ao parágrafo 4º do Artigo 5 (tratou do direito à liberdade de movimento e de escolha de residência e domicílio de homens e mulheres) e das alíneas a,c, g e h do Artigo 16 (estabeleceram iguais direitos entre homens e mulheres nas relações familiares e conjugais). Essas reservas foram retiradas em 2002. Permaneceram as reservas ao parágrafo 2º do Artigo 29, que tratou sobre as controvérsias entre Estados Partes (BRASIL, 2002).

No ano da elaboração da *Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra mulheres*, o contexto mundial era o de uma crise global do modelo econômico do pós-guerra (taxas de crescimento baixo e de inflação elevada), de contenção dos gastos sociais, da Terceira Onda de

Redemocratização, do desenvolvimento de novas tecnologias da informação, de defesa dos direitos humanos especialmente aos grupos minoritários e de internacionalização dos movimentos ambientalista e feminista. Entretanto, o mundo ocidental ainda era essencialmente machista e os acordos internacionais sobre direitos da mulher talvez fossem vistos com restrição.

Em 1989, o Comitê deixou evidente que a definição de discriminação contra mulheres proposta pela *Convenção* incluía a violência contra mulheres e lembrou, aos Estados Partes, os artigos que os obrigavam a dar proteção à mulher contra qualquer tipo de violência que se produzisse na família, no trabalho ou em qualquer outro âmbito da vida social (UNITED NATIONS, 1989).

Alguns anos depois, o mesmo Comitê deixou claro que a violência com base no sexo acontecia pelo fato de a mulher ser do sexo feminino. Exemplificou formas de violência, a exemplo da preferência de pais por gerarem filhos homens. Disse que a dependência econômica da mulher a mantinha em situação de violência, que, por sua vez, limitava suas participação política e oportunidades de emprego e o seu acesso a níveis educacionais mais altos. Reforçou que os documentos enviados pelos Estados Partes nem sempre refletiam de maneira adequada a relação entre discriminação contra a mulher, a violência contra o sexo feminino e as violações dos direitos humanos e das liberdades individuais. Lembrou aos Estados Partes que eles se comprometiam a implementar ações positivas para eliminação de todas as formas de violência contra a mulher, ao assinarem a *Convenção* (NACIONES UNIDAS, 1992).

A expressão *violência contra a mulher* foi adotada e difundida amplamente ao menos pelos movimentos feministas brasileiros e na mídia dos anos de 1980 e 1990. Os documentos das Nações Unidas, na língua inglesa, traziam a palavra *women*. Os documentos na versão espanhola utilizaram *la mujer*. Talvez a tradução dos textos em espanhol para a língua portuguesa tenha contribuído para a divulgação da expressão com os sujeitos das lutas feministas no singular.

O emprego da expressão *violência contra a mulher* foi criticada por Almeida (2007), porque colocava a mulher como objeto de uma ação, como vítima passiva e não como sujeito capaz de reagir e superá-la. Na sua forma de pensar:

“*Violência contra a mulher* enfatiza o alvo contra o qual a violência é dirigida. É uma violência que não tem sujeito, só objeto; acentua o lugar da vítima, além de sugerir a unilateralidade do ato. Não se inscreve, portanto, em um contexto relacional.” (ALMEIDA, 2007, p. 23). (grifo da autora)

A nosso ver, essa definição teve seus méritos. A palavra “contra” colocou a intencionalidade de quem a praticou, o que tem ajudado quem recorre à Justiça. Em nível popular, é uma expressão clara no seu significado.

Outra expressão utilizada para exprimir a violência contra mulheres, nos anos de 1980, foi *violência familiar* (ELLSBERG; HEISE, 2005; SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999). Nos trabalhos científicos brasileiros da atualidade e em outros tipos de textos, ela aparece mais frequentemente para delimitar o âmbito da violência contra a mulher. Principalmente com a *violência doméstica* o locus privado da violência. *Violência doméstica e familiar contra a mulher* foi bem difundida, no Brasil, com a lei Maria da Penha.

Segundo Ellsberg e Heise (2005), a expressão *violência familiar* tem representado maus tratos praticados contra mulheres no domínio da família (e especialmente por um parceiro íntimo). Todavia, afirmaram que ela se referia a todos os tipos de abuso familiar, independente de idade e sexo do perpetrador e da vítima. Para Schraiber e D’Oliveira (1999), atos de violência praticados por familiares contra mulheres e meninas eram muito mais frequentes do que contra meninos, homens, crianças e idosos, mas que diziam respeito a todos estes sujeitos.

Já a expressão *violência doméstica* tem sido compreendida, usualmente, como aquela praticada no interior do domicílio, embora haja sido empregada como sinônimo da violência impetrada por um parceiro íntimo contra sua companheira (ALMEIDA, 2007; ELLSBERG; HEISE, 2005; SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999). O mérito dessa expressão, segundo Almeida (2007), foi ter mostrado que o âmbito do privado não colocava a mulher a salvo de violência. Para Schraiber e D’Oliveira (1999, p. 13), feministas norte-americanas e brasileiras tornaram “[...] pública e condenável uma situação antes corriqueira e estritamente do domínio privado.”

A terceira perífrase difundida nos anos de 1980 foi *violência de gênero*. A categoria gênero passou a expressar, ordinariamente, a construção sociocultural da identidade de homens e mulheres (SCOTT, 1995). Destarte, a ordem compulsória entre sexo e gênero foi criticada por teóricas e ativistas feministas (BUTLER, 2003; FARAH, 2004; NICHOLSON, 2000). Por sua vez, Saffioti (2004) criticou a substituição da teoria do Patriarcado pela de Gênero, porque a primeira melhor explicitava a hierarquia e as desigualdades históricas e legitimadas entre o homem e a mulher, com primazia política, econômica, sócio-familiar e cultural masculina.

Entretanto, Rocha (2007) deixou claro que as concepções sobre gênero eram variadas. Essa pesquisadora e ativista maranhense na área dos direitos das mulheres, disse que gêneros são “[...] construídos nas relações sociais, em que se constroem os papéis masculino e feminino, correspondentes às necessidades e interesses de determinada sociedade, em determinado momento histórico.” (ROCHA, 2007, p. 11),

Nessa perspectiva, Schraiber e D’Oliveira (1999, p.14), afirmaram que masculino e feminino são construções sociais, “[...] o que se contrapõe à noção da essencialidade dos comportamentos sociais com base nas características sexuais: o homem sempre poderoso e agressor; a mulher sempre desprotegida e vítima [...].

Almeida (2007) e Rocha (2007) declararam que a expressão *violência de gênero* carregava o mérito de expor: a) A hierarquia e as desigualdades de poder nas relações entre homens e mulheres, em que as mulheres historicamente têm sido colocadas em posição subalterna; b) A necessidade de se combater desigualdades e não diferenças entre homens e mulheres; e c) Que o sujeito social das Políticas Públicas para o enfrentamento da violência é múltiplo e contraditório, segundo gênero, classe social e raça/etnia.

Ainda que haja sido criticada, inclusive por teóricas e ativistas feministas, a expressão *violência com base em gênero* ganhou stáтус internacional, nos anos de 1990. Fundamentou a definição de violência contra mulheres em nível das Nações Unidas. Tem orientado as lutas de grupos feministas brasileiros da atualidade. Constou, inclusive, na definição adotada pela *Política nacional de enfrentamento à Violência contra mulheres*.

Na década de 1990, os acordos internacionais sobre direitos da mulher e para o enfrentamento da violência contra mulheres multiplicaram-se. O Neoliberalismo instalado em grande parte do mundo ocidental, o colapso do Comunismo, o fim da Guerra Fria, a expansão da Democracia, a Globalização da economia, a massificação da informação, o agravamento das desigualdades sociais, um maior número de mulheres chefes de família, o encolhimento do Estado Social e maior reconhecimento dos direitos femininos marcaram os anos de 1990.

Em 1994, a Assembleia Geral das Nações aprovou a *Declaração sobre a eliminação de violência contra mulheres*, um marco no enfrentamento da violência contra mulheres (UNITED NATIONS, 1994). A Resolução de nº 48/104 afirmou que a violência praticada contra mulheres era um dos tipos de violação aos direitos humanos; reconheceu que essa forma de violência expressava manifestações de poder desiguais entre homens e mulheres, com supremacia dos primeiros; se mostrou preocupada com as mulheres em situação de maior vulnerabilidade para essa forma de violência; e disse estar convencida quanto a necessidade de apresentar uma definição completa e clara de violência contra mulheres, que foi expressa como

[...] “violência contra mulheres” significa todo ato de violência com base em gênero, que resulte ou pareça resultar em danos ou sofrimentos físico, sexual ou psicológico à mulher, incluindo ameaças de tais atos, assim como a coação ou privação arbitrária da liberdade, quer a de ocorrência na vida pública quer na vida privada (UNITED NATIONS, 1994, p. 3). (grifo da autora)

Como ganhos com essa definição, salientamos os seguintes: a) A ameaça também se tornou um tipo de violência; b) A violência no âmbito da vida privada passou a ser responsabilidade da Sociedade, do Estado e de organismos internacionais de defesa dos direitos humanos.

A concepção de violência dessa Declaração fundamentou as definições apresentadas na *Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher/Convenção de Belém do Pará* (1994) e na *Lei Maria da Penha* (2006).

Para os efeitos da *Convenção de Belém do Pará, violência contra a mulher* “[...] é qualquer ato ou conduta com base em gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (ORGANIZATION OF AMERICAN STATES, 1994, p. 2). Ela foi adotada pela *Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres* e pelo *II Plano Nacional de Política para as mulheres* (BRASIL, 2007d; BRASIL, 2008).

A *Convenção de Belém do Pará* entendeu que essa forma de violência abrangia a violência dos tipos física, sexual e psicológica que ocorressem em quaisquer das seguintes circunstâncias: a) no domínio da família ou na unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, quer o autor coabitasse ou não com a mulher agredida; b) na comunidade em geral ou em espaços restritos (ambiente de trabalho, instituições educacionais, serviços de saúde e em outros espaços públicos); e c) perpetrada ou tolerada pelo Estado (ORGANIZATION OF AMERICAN STATES, 1994, p. 2).

No ano de 2006, foi sancionada a Lei brasileira de nº 11.340, mais conhecida como Lei Maria da Penha. Essa Lei criou mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, dispôs sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabeleceu medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar (BRASIL, 2006).

O Artigo 5º da Lei Maria da Penha configurou *violência doméstica e familiar contra a mulher* como

[...] qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial:

I - no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas;

II - no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa;

III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.

Parágrafo único. As relações pessoais enunciadas neste artigo independem de orientação sexual.

No Artigo 7º, foram especificados e caracterizados os tipos de violência. A Lei 11.340 entendeu violência física “[...] como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;” e violência moral por “[...] qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.” (BRASIL, 2006, p. 17-18).

Por sua vez, violência psicológica foi estabelecida como

[...] qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação; [...] (BRASIL, 2006, p. 17).

Também violência do tipo sexual esteve contemplada pela Lei, que a caracterizou como

[...] qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2006, p. 17-18).

Na Lei Maria da Penha, violência patrimonial foi concebida como qualquer “[...] conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades [...]” (BRASIL, 2006, p. 17).

Achamos importante informar ao leitor que o Capítulo I, no seu Artigo 8º, determinou que “A política pública que visa coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher far-se-á por meio de um conjunto articulado de ações da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e de ações não-governamentais [...]” (BRASIL, 2006, p. 18).

Outrossim, uma das diretrizes indicadas pela Lei Maria da Penha para essa Política Pública apontou para a necessidade de serem estabelecidos diagnósticos, através de pesquisas, visando-se o conhecimento da realidade e a avaliação de ações implementadas. Disse a Lei ser necessária

[...] a promoção de estudos e pesquisas, estatísticas e outras informações relevantes, com a perspectiva de gênero e de raça ou etnia, concernentes às causas, às conseqüências e à frequência da violência doméstica e familiar contra a mulher, para a sistematização de dados, a serem unificados nacionalmente, e a avaliação periódica dos resultados das medidas adotadas [...] (BRASIL, 2006, p. 18).

Com relação à assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar, a Lei 11.340 determinou que deva acontecer de forma articulada, conforme “[...] os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso.” (BRASIL, 2006, p. 19).

A Lei Maria da Penha se constituiu em importante instrumento da Justiça para o enfrentamento da violência contra mulheres. Entretanto, diferentes formas de pensar têm resultado em distintas interpretações de seus conteúdos. Inadequado aparelhamento do Estado e a Políticas Públicas desarticuladas dificultam que mulheres em situação de violência se beneficiem dos direitos que lhes são oferecidos pela Lei nº 11.340.

De posse desses conhecimentos, analisamos três instrumentos que permitem identificar mulheres em situação de violência e seus perpetradores e estabelecer tipos de violência. Ao *Abuse Assessment Screen* e o *Revised Conflict Tactics Scales*, nos decidimos pelo *OMS Estudo multi-países*. O primeiro não possibilita o diagnóstico de violência psicológica isolada e o segundo é específico para analisar aspectos das relações entre parceiros íntimos.

No *OMS Estudo multi-países*, as questões de diagnóstico de violência psicológica investigam ocorrências de insultos, humilhações, depreciações, intimidações e ameaças e foram enunciadas como se segue:

- a) Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?
- b) Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?
- c) Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito (p.ex.: a forma como ele a olha, como ele grita, como ele quebra coisas)?
- d) Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta? (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000, p. 25).

Sobre violência física, o questionário *OMS Estudo multi-países* apontou os atos de agressões físicas mais comuns, ainda que não as tenha esgotado, quando incluiu as seguintes perguntas para serem feitas às entrevistadas:

- a) Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?
- b) Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão?
- c) Machucou-a com um soco ou com algum objeto?
- d) Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?
- e) Estrangulou ou queimou você de propósito?
- f) Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você? (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000, p. 25).

Quanto à violência sexual, o questionário *OMS Estudo multi-países* caracterizou os atos como:

- a) Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?
- b) Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?
- c) Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante? (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000, p. 25).

Entendemos que essas perguntas deram conta de grande parte das situações de violência vivenciadas por mulheres. Elas nos pareceram claras, objetivas e adequadas à realidade brasileira, ao menos para as mulheres com domínio da leitura. Todavia, alguns atos de violência física não foram contemplados, a exemplo de tentativa de atropelamento. Na violência do tipo psicológica, ficaram de fora algumas situações que não são raras: proibição de a mulher frequentar determinados locais públicos e impedir que utilize métodos contraceptivos. Quanto à violência sexual, não foi lembrada a situação de a mulher assistir, contra sua vontade, filmes que mostrem pessoas mantendo relações sexuais.

Recentemente, o *II Plano nacional de Políticas para as mulheres* (2008) declarou ter preferência pela expressão *violência contra mulheres*, a fim de que se visualize que mulheres são diferentes segundo características étnico-raciais, geracionais, de orientação sexual, de deficiência e de inserção social, econômica e regional (BRASIL, 2008).

Finalizando, não podemos deixar de comentar que as várias formas de violência foram inseridas principalmente no Capítulo XX – *causas externas de morbidade e mortalidade e problemas relacionados à saúde*, da *Classificação estatística internacional de doenças*. Foi possível identificar códigos para natureza da lesão, tipos de agressões e ocorrências segundo o sujeito impetrante e tipo de relação mantida entre o impetrante e a vítima (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

2.3 Desigualdades de gênero e violência contra mulheres

As relações entre homens e mulheres do mundo ocidental foram-se modificando com as transformações sociais, nos diferentes modos de produção. Elas se processaram por necessidades sociais (como exemplo, as mulheres precisaram ocupar funções tidas como masculinas durante as guerras porque os homens iam para os campos de batalhas), familiares (mulheres se transformaram em chefes de família, entraram para o mercado de trabalho e passaram a participar mais ativamente da esfera pública) e pessoais (ressaltamos a luta de mulheres por direitos que lhes eram negados).

Na Grécia Antiga, segundo Arendt (2007), as relações de dominação e exploração impostas aos escravos e à mulher, pelo chefe da casa, eram tidas como *naturais*. O que pode ser visto como violência, na contemporaneidade ocidental, era justificada como um ato pré-político na esfera da vida privada para tornar o chefe da casa livre das necessidades e das privações humanas, a fim de que pudesse atuar na vida pública e se tornar cidadão (ser político), através da ação e do discurso (tudo era decidido através da persuasão e não por violência). Na vida política da *polis*, todos eram iguais. (grifos da autora)

Essa filósofa e cientista política alemã afirmou que a esfera da família era formada por seres humanos desiguais. Arendt (2007, p. 40), quando disse “[...] O fato de que a manutenção individual fosse a tarefa do homem e a sobrevivência da espécie fosse a tarefa da mulher era tido como óbvio [...]”, buscou expressar a divisão de funções destinadas a homens e mulheres no âmbito do espaço privado na sociedade grega de então. (grifo da autora)

As casas gregas de famílias ricas possuíam um aposento destinado às mulheres, o gineceu, onde a dona-da-casa passava a maior parte do seu tempo, em companhia de escravas. Eram as mulheres que faziam os trabalhos domésticos e produziam os vestiários. Elas podiam frequentar as festividades públicas. As crianças gregas cresciam no gineceu, sendo que as meninas lá permaneciam, a maior parte do tempo, e aprendiam os trabalhos domésticos. Quando o menino atingia a idade de sete anos, começava o seu aprendizado da vida pública. Às mulheres de famílias pobres lhes era dada a oportunidade de trabalhar. As hetairas ou *companheiras* podiam freqüentar os locais públicos e almoçar com os homens, inclusive nas casas dos casados. Enquanto o marido tinha o direito de repudiar, com o divórcio, a esposa que não lhe deu um filho, nada justificava que a mulher pedisse a separação ao cônjuge. Em Esparta, possivelmente pelo seu caráter militar, as mulheres eram mais livres (ABRIL, 1997). (grifo da autora)

Engels (1997) discorreu sobre a opressão imposta às mulheres pelos homens, na civilização grega, após serem abolidos a filiação feminina e o direito hereditário materno, a fim de que os filhos dos proprietários dos rebanhos tivessem direito à herança paterna. O autor em tela afirmou ser desconhecido o processo que originou a forma patriarcal de família nos tempos pré-históricos.

Em Roma Antiga, as meninas e mulheres tinham mais liberdade que as atenienses gregas. Elas podiam frequentar a escola, mas precisavam também aprender os ofícios domésticos. Na casa romana, todos viviam sob a autoridade do chefe do lar, o *pater familias*, que nunca haveria de ser uma mulher. O homem poderia ter outras mulheres como companheiras, além da esposa, e manter relações sexuais com suas escravas. O marido que assassinava a esposa, que o havia traído, não era punido. O divórcio resultava em devolução do dote à família da mulher (ABRIL, 1997). (grifo da autora)

Cumprir ressaltar que na Grécia e Roma antigas, frequentemente os casamentos eram combinados, sem que os futuros cônjuges fossem consultados. Geralmente, a esposa não tinha mais que 12 ou 13 anos de idade (ABRIL, 1997).

Já na Idade Média, não havia separação entre o público e o privado. Nesse período da História, a estrutura econômica, social, política e cultural predominante na Europa Ocidental foi o Feudalismo, modo de produção que substituiu o escravismo greco-romano. A propriedade feudal era o centro de todas as relações de dominação e no senhor feudal concentravam-se as autoridades pública e privada. As mulheres, na sociedade feudal, eram vistas como uma categoria marginal aos fiéis, guerreiros e trabalhadores. Havia dois arquétipos opostos de mulheres, segundo as Escrituras cristãs: o da Virgem Maria, pura e casta, e o de Eva, pecadora. O casamento tinha como objetivos barrar as relações sexuais (o pecado), manter a procriação e estabelecer alianças entre famílias para reunião de riquezas. Porque seria vulnerável a uma infinidade de fraquezas e vícios, a mulher não poderia ocupar posições sociais hierarquicamente superiores (ABRIL, 1997).

A partir dos séculos XV e XVI, em algumas regiões da Europa Ocidental, ocorreram transformações socioeconômicas, culturais e no pensamento humano, a exemplo do crescimento populacional e do comércio, do desenvolvimento das transações financeiras, da expansão territorial, das lutas ideológicas, da crescente urbanização, do avanço das Ciências Naturais e da Tecnologia, da ascensão da Burguesia, do surgimento do modo de produção capitalista e da formação das monarquias centralizadas, os quais resultaram, em conjunto, no declínio do modo de produção feudal (MANDEL, 2001).

O comércio, a migração e as atividades missionárias que integraram o Colonialismo e o Imperialismo europeus, a partir do século XVI, provocaram mudanças nas identidades coletiva e individual e nos valores de gênero de populações conquistadas (a exemplo das Américas), pela imposição da visão européia de civilização e do papel social da mulher. Os resultados das intervenções variaram a depender dos objetivos dos contatos internacionais e de resistências das sociedades dominadas, bem como das rápidas e profundas mudanças que se processavam no próprio Continente Europeu (STEARNS, 2007).

Na segunda metade do século XVIII, o Capitalismo Industrial implantado nas nações ocidentais europeias mais desenvolvidas, a exemplo da Inglaterra, ao mesmo tempo em que propiciou o acúmulo de riquezas e de outras vantagens para a Burguesia inglesa, provocou miséria e opressão para a maior parte da população, possibilitando o desenvolvimento de uma consciência coletiva das desigualdades entre as classes sociais e entre homens e mulheres (MÉNDEZ, 2005).

Com a I Revolução Industrial, houve o deslocamento do trabalho produtivo do interior das residências para o espaço público e o ingresso de mulheres no mercado de trabalho, mesmo assim subempregadas e sacrificadas na produção. Ocupavam as piores funções, eram menos remuneradas que os homens, não tinham suas pautas específicas defendidas pelo movimento operário e precisavam suportar o assédio sexual nos locais de trabalho (RANGEL; SORRENTINO, 1994). Na esfera dessa discussão, consideramos que o Capitalismo fez surgir novas formas de violência contra o sexo feminino.

Às lutas pela consolidação do Capitalismo como modo de produção dominante e da Burguesia como classe hegemônica seguiram-se as lutas de mulheres francesas, inglesas, alemãs e norte-americanas, principalmente, para que fossem reconhecidas enquanto sujeitos de direitos. Apesar de participarem ativamente da Revolução Francesa, no ano de 1789, as mulheres revolucionárias francesas não tiveram contempladas as suas reivindicações quanto a uma nova estruturação das relações de gênero, o que foi denunciado por Olympe de Gouges na *Déclaration des droits de la femme et de la citoyenne* (RANGEL; SORRENTINO, 1994).

O acesso à Educação, o ingresso cada vez maior de mulheres proletárias no mundo de trabalho assalariado e de mulheres da classe média em profissões consideradas masculinas (jornalistas, professoras, etc.), a participação de operárias em ações coletivas (sindicatos, greves, etc) e a publicação de uma literatura que discutia o papel social da mulher, contribuíram para descortinar as relações históricas de dominação-exploração exercidas pelo sexo masculino sobre o feminino, ampliando as reivindicações feministas por direitos humanos que lhes eram negados (RANGEL; SORRENTINO, 1994).

Evidenciamos o fato de mulheres europeias questionarem o papel social a elas estabelecido, no século XIX, e terem iniciado um movimento em defesa de serem concedidos, a elas próprias, o direito ao voto, à formação superior, à participação política e à igualdade de direitos no matrimônio. Suas manifestações foram ouvidas no Velho e no Novo Continente, chegando também ao Brasil (MÉNDEZ, 2005). (grifo da autora)

Até então, num mundo dominado pelo ideário masculino, a mulher não aparecia nas estatísticas, nos arquivos privados e públicos e nas narrativas históricas (PERROT, 2005). Nesse âmbito, Rocha (2000) expressou que a história da mulher esteve oculta, quer no domínio da esfera pública quer no espaço privado doméstico e familiar. Esta autora afirmou não haver protagonistas do sexo feminino nos relatos históricos da Sociedade Cristã Ocidental e expôs a importância da produção de um conhecimento científico crítico para reconstruir a história da mulher (a sinédoque é uma figura de linguagem em que o sujeito é empregado no singular, mas expressa o plural).

No início do século XX, mulheres norte-americanas reivindicavam o direito ao voto e melhores condições de trabalho. Operárias russas, em 8 de março de 1917, também manifestaram-se pelo direito ao voto feminino e contra as péssimas condições de vida e contra o Czarismo. O *8 de março* foi consagrado como Dia Internacional da Mulher pelas Nações Unidas, em 1975.

Embora não abordasse especificamente os direitos da mulher, um tratado internacional de cooperação entre os países colocou a necessidade de igualdade de direitos entre os seres humanos, independentemente de sexo, raça e etnia, o qual tem merecido referência em grande parte desses documentos citados: a *Carta das Nações Unidas* (1945). Outro documento evidenciado nesses acordos e aprovado em Assembléia Geral das Nações Unidas foi a *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (1948).

Nesse breve resgate histórico das lutas mundial de mulheres para serem reconhecidas enquanto sujeitos de direitos, não podemos deixar de enaltecer a alemã Clara Zetkin e a francesa Simone de Beauvoir. A primeira propôs a criação de um dia comemorativo internacional para as mulheres, durante a *II Conferência*

internacional das mulheres socialistas (1910), o qual depois foi adotado pelas Nações Unidas. Clara Zetkin foi a primeira mulher a presidir a um Parlamento. Lutou contra o Nazismo e a favor do sufrágio universal e por outras igualdades de direitos entre homens e mulheres.

No ano de 1949, Beauvoir (1967) afirmou que o feminino era construído socialmente e contestou o pensamento determinista que se utilizava de características biológicas para explicar a considerada situação inferior, tanto física quanto intelectual, da mulher. Ela acreditava não ser possível analisar homens e mulheres, em separado, já que eles se definiam em suas relações. Expôs como acontecia a reprodução social do ser feminino, a fim de que se submetesse às situações de dominação/exploração que lhe eram impostas, quando declarou:

[...] as mulheres, quando se lhes confia uma menina, buscam, com um zelo em que a arrogância se mistura ao rancor, transformá-la em uma mulher semelhante a si próprias. E até uma mãe generosa que deseja sinceramente o bem da criança pensará em geral que é mais prudente fazer dela uma 'mulher de verdade', porquanto assim é que a sociedade a acolherá mais facilmente. [...] propõem-lhe virtudes femininas, ensinam-lhe a cozinhar, a costurar, a cuidar da casa, ao mesmo tempo que da *toilette*, da arte de seduzir, do pudor [...] Para ser graciosa, ela deverá reprimir seus movimentos espontâneos; pedem-lhe que não tome atitudes de menino, proibem-lhe exercícios violentos, brigas: em suma, incitam-na a tornar-se como as mais velhas, uma serva e um ídolo [...]. (BEAUVOIR, 1967, p. 23). (grifos da autora)

Outras feministas, nas décadas de 1960 e de 1970, passaram a denunciar a violência sofrida pela mulher nas esferas pública e privada. Movimentos isolados ocorridos em diferentes países foram-se multiplicando e repercutiram no mundo, resultando na articulação global em defesa dos direitos das mulheres e no enfrentamento da violência praticada contra elas. Culminaram com a adoção de vários tratados internacionais que influenciaram na formulação e na implementação de Políticas Públicas específicas para as mulheres, nos países signatários.

Ressaltamos que, nos anos de 1970, feministas propuseram a substituição da palavra sexo ao termo gênero para expressar que as relações sociais eram socialmente construídas (SCOTT, 1995).

Todavia, os direitos requisitados por mulheres europeias e norte-americanas foram lentamente acordados no Brasil. A violência contra a população brasileira imposta pela Ditadura Militar (1964-1985) resultou em movimentos de mulheres com outras lutas daquelas organizadas pelos movimentos feministas já estabelecidos na Europa e nos Estados Unidos. Lá, discutiam-se o prazer feminino, o aborto, os métodos contraceptivos e a violência contra mulheres. Aqui, as lutas eram pelo fim do regime ditatorial e por melhorias dos serviços públicos e das condições de vida da população em situação de pobreza (PINTO, 2003).

Nos anos de 1980, como resultado da eclosão da grande crise do modelo econômico do pós-guerra, assistiu-se ao triunfo da ideologia neoliberal nos países capitalistas desenvolvidos, a qual resultou em aprofundamento das desigualdades e dos conflitos sociais. O Neoliberalismo foi adotado pelo Brasil na década seguinte, tendo-se como um de seus resultados o privilégio dos Governos por políticas econômicas em detrimento das sociais.

Chamamos atenção para a *Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres* (1979), a *Declaração de eliminação da violência contra as mulheres* (1994), a *Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher* (1994) e a *Declaração de Beijing e a Plataforma para Ação*, que foram aprovados por ocasião da *4ª Conferência Mundial sobre a Mulher* (1996).

Outros tratados também mereceram a nossa atenção. Em nível de América, foi adotada a *Convenção interamericana sobre a concessão dos direitos civis à mulher*, aprovada durante a *IX Conferência Internacional Americana* (1948). Em 1951, a *Convenção Internacional do Trabalho de nº 100* determinou a igualdade de remuneração da mão-de-obra feminina em relação à masculina, em trabalho de igual valor (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2007). Pela *Convenção sobre os direitos políticos da mulher*, aprovada no ano de 1955, os Estados Partes das Nações Unidas reconheceram que mulheres e homens tinham iguais direitos políticos para o direito ao voto e a elegibilidade para todos os organismos públicos em eleição, assim como para ocuparem todos os postos e funções públicas conforme legislações nacionais (BRASIL, 1963).

Quatro conferências mundiais sobre a mulher aconteceram desde 1975, nomeado Ano internacional da mulher, pelas Nações Unidas. A primeira delas ocorreu na cidade do México. Na *III Conferência mundial sobre a mulher* (1985), foi criado o *Fundo de desenvolvimento das Nações Unidas para a mulher* (UNIFEM).

Outros dois encontros mundiais também foram importantes para as lutas das mulheres pelos seus direitos e sua dignidade: a *II Conferência Mundial de Direitos Humanos* (1993) e a *III Conferência internacional sobre população e desenvolvimento* (1994).

Neste começo do século XXI, novos elementos estão sendo agregados às lutas feministas anteriores, exigindo novas formas de organizações para enfrentamento das mais diversos aspectos da *Questão Social*³. Os movimentos feministas, caracterizados por um grande pluralismo, estão-se articulando a outras forças sociais.

Wood (2006) expressou que os *novos movimentos sociais* têm sido apontados como estratégicos para a emancipação humana. Entretanto, os criticou porque suas lutas não estão direcionadas também para o campo *econômico*, o da luta de classes. Ao analisar as consequências da rígida separação conceitual entre o *econômico* e o *político* no modo de produção capitalista, Wood (2006, p. 27) evidenciou que tal distinção tem atendido aos interesses da ideologia capitalista, porque esvaziou “[...] o capitalismo de conteúdo político e social.” (grifo da autora)

Disse essa cientista social que tal separação tem servido para que se pense, de forma equivocada, que a emancipação humana poderá ser conseguida como resultado de lutas por bens extra-econômicos, a exemplo das lutas de mulheres pela emancipação de gênero (WOOD, 2006). (grifos da autora)

Recentemente, foram surpreendidos com uma nova crise estrutural do Capital. No Brasil, movimentos sociais vêm denunciando o Estado brasileiro porque houve diminuição de seus investimentos com Políticas Públicas. Nessa perspectiva,

³ Marx (1883) e Engels (1885) comprovaram que o modo de produção capitalista não só produzia mercadorias, mas gerava e multiplicava riqueza para poucos e pobreza para a maior parte da população e determinava as relações sociais. Paulo Netto e Braz (2007, p.139) afirmaram haver uma única *questão social*, que sofre mudanças com as transformações que se processam no próprio Capitalismo. (grifo dos autores)

o gasto público federal com ações de enfrentamento à violência contra mulheres reduziu-se em 50%, aproximadamente, quando comparamos o ano de 2009 com o de 2008.

Com esse pensamento, encerramos o terceiro tópico do marco teórico. Mostramos que a supremacia masculina, no Mundo Ocidental, perpassou todos os modos de produção, e está na raiz da violência contra mulheres, uma expressão da violência de gênero.

2.4 Movimentos feministas brasileiros, o enfrentamento da violência contra mulheres e Políticas Públicas de Saúde

Em resposta às pressões de movimentos de mulheres brasileiras, que se iniciaram na década de 1960 e se intensificaram com os movimentos feministas devidamente constituídos a partir de 1975, no Ano Internacional da Mulher, o Estado capitalista brasileiro ditatorial viu-se obrigado a formular e a implementar Políticas Públicas⁴ para a defesa dos direitos da mulher, as quais passaram a ser efetivadas em meados da década de 1980.

Nos anos de 1960, o sujeito central dessas lutas era, principalmente, a mulher *subversiva*. Ela ordinariamente pertencia à classe média e militava engajada nas diversas organizações clandestinas de esquerda que faziam oposição aos governos da Ditadura Militar. Suas lutas estavam relacionadas essencialmente à redemocratização do país, visto que grupos de esquerda ignoravam as demandas específicas das mulheres e a Igreja via as questões sexuais e reprodutivas como perturbadoras da ordem familiar (COLLING, 1977).

No município de São Luís (Maranhão/Brasil), local de realização do trabalho de campo da pesquisa que originou esta Tese, a médica comunista Maria Aragão foi exemplo maior de mulher da luta pela redemocratização.

⁴ Políticas Públicas são ações desenvolvidas para a concretização dos direitos humanos, sendo o Estado o sujeito principal desta realização. É uma forma de regulação ou intervenção do Estado na Sociedade, sendo condicionada por processos econômicos, políticos e sociais. Seu desenvolvimento se expressa por momentos articulados. Não existe neutralidade quando da formulação, implementação e avaliação de Políticas Públicas pelo fato de os sujeitos envolvidos possuírem diferentes interesses e racionalidades (SILVA, 2001).

Tendo como pano de fundo um modelo econômico concentrador e excludente, no período ditatorial, o Brasil passou por acelerados processos de industrialização, urbanização e transformação de sua estrutura social. Esse processo de modernização possibilitou que um número maior de mulheres tivesse acesso à educação formal e ao mercado de trabalho, ainda que de forma excludente. Aliada à efervescência cultural de 1968, a modernização fez aflorar alternativas de a mulher vivenciar a sua feminilidade, que foi propiciada principalmente pelo acesso aos contraceptivos, colocando em dúvida a lógica da dominação masculina (SARTI, 2004).

As intervenções do Estado ditatorial, de 1966 até meados da década seguinte, foram seletivas, heterogêneas e fragmentadas, implantando-se um padrão brasileiro de Bem-Estar Social do tipo Meritocrático-Particularista, onde cada indivíduo era responsável por suprir as suas necessidades (DRAIBE, 1990).

Mulheres da classe média constituíram-se novamente nos principais sujeitos dos movimentos feministas da década de 1970, que se fortaleceram articulados a outros movimentos sociais. Unidas às mulheres das camadas populares, dirigiram as demandas femininas ao Estado brasileiro. A pluralidade de interesses ainda tinha como questão central a luta contra a Ditadura Militar. Todavia, havia grupos que mantinham boas relações com as elites governamentais.

A partir de 1974, a crise econômica mundial, combinando baixo crescimento econômico e uma taxa de inflação elevada, repercutiu no Brasil. Agravou, por demais, a situação de pobreza no país, obrigando o Estado brasileiro a introduzir mudanças no aparelho estatal e a instituir medidas sociais, como forma de diminuir o descontentamento dos movimentos sociais e garantir a sua legitimação.

Nagahama e Santiago (2005) expressaram que o modelo de atenção à saúde vigente, nos anos de 1970, priorizava as ações assistenciais praticadas nos consultórios e hospitais da Previdência Social, as quais enfocavam a Doença e o cuidado médico individualizado. Esses autores trouxeram a informação do documento ministerial Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil (1971) e do Programa de Saúde Materno-Infantil (1975) serem destinados às mulheres em idade fértil e às crianças de 0 a 4 anos. Na Área da Mulher, foi prevista

a criação de programas de assistência ao parto, ao puerpério e à gravidez de alto risco. Denunciaram que ficou oculta a intenção de garantir-se a reprodução de uma força-de-trabalho para perpetuação do sistema capitalista.

O ano de 1975, celebrado Ano Internacional da Mulher, foi um marco para as lutas feministas! Os vários movimentos feministas não mais encontravam as fortes resistências iniciais nos partidos de esquerda e na Igreja para militarem por interesses específicos do sexo feminino. Nesse sentido, junto à ação política da mulher pela redemocratização afluíram a exigência pela igualdade de direitos entre homens e mulheres, no final dos anos 70, facilitada pelo processo da abertura política, chamando-se atenção para a volta de feministas exiladas no exterior, fato este propiciado pela Lei da Anistia (SARTI, 2004).

Nos anos de 1980, mulheres trabalhadoras rurais e outros movimentos de liberação (a exemplos dos negros e dos homossexuais) integraram-se aos movimentos feministas, expondo ainda mais a heterogeneidade de campos de conflitos e das relações sociais. Novas demandas, como direitos reprodutivos e violência contra a mulher passaram a fazer parte das discussões feministas. Nessa década, grupos feministas começaram a se organizar, no Estado do Maranhão

Desde então, o tema *violência contra a mulher* se tornou uma das importantes bandeiras das lutas feministas, englobando as mais diversas situações. A *violência doméstica*, uma das múltiplas facetas da *violência contra a mulher*, quer a impetrada pelo parceiro quer a praticada por outro sujeito no espaço do domicílio, foi exposta pelos movimentos feministas (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999). Até então considerada como fenômeno do âmbito da vida privada, a *violência doméstica* deixou de ser vista como um problema pessoal, mas de Políticas Públicas.

Uma questão fundamental perpassou as reflexões feministas no período da Ditadura Militar: a distinção entre luta de classes e lutas específicas das mulheres, com certa tensão entre “[...] aquelas que pensavam que o feminismo tinha de estar associado à luta de classes e aquelas que associavam o feminismo a um movimento libertário que dava ênfase ao corpo, à sexualidade e ao prazer.” (PINTO, 2003, p. 55).

Muraro (1996) acusou o Estado brasileiro dos anos de 1980 de defender os interesses das classes dominantes e de legitimar as desigualdades sociais. Criticou os grupos de esquerda por não relacionarem a situação de opressão vivida pela mulher à acumulação do capital. Citou a remuneração paga à mulher inferior ao do homem quando em iguais situações de trabalho e a dupla jornada de trabalho feminino como exemplos de discriminações econômicas com base no sexo.

Nessa década, com o avançar do processo de redemocratização, houve divisão entre as feministas, posto que “[...] de um lado ficaram as que lutavam pela institucionalização do movimento e por uma aproximação com a esfera estatal e, de outro, as autonomistas, que viam nessa aproximação um sinal de cooptação.” (PINTO, 2003, p. 68).

A partir da metade dos anos de 1980, o Estado brasileiro passou a formular e a implementar Políticas Públicas de defesa dos direitos da mulher, incluso o enfrentamento da violência contra a mulher. Resultaram em serviços públicos de atendimentos a mulheres em situação de violência, na criação de conselhos de direitos das mulheres e de órgãos executivos de Políticas Públicas.

Na Área da Saúde, como resultado das pressões de movimentos sociais que clamavam por mudanças na Política de Saúde para efetivação dos direitos da mulher e respondendo às pressões internacionais para o controle do crescimento populacional nos países em desenvolvimento, em 1984, o Estado brasileiro lançou o *Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher-PAISM*. Foi considerado um grande avanço, pelo enfoque da abordagem integral (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Todavia, não fez referência à violência contra a mulher, nem expôs as desigualdades de acesso aos serviços de saúde entre mulheres de diferentes classes sociais, por exemplo.

Atendendo ao movimento global de defesa dos direitos da mulher, a Carta Magna de 1988 trouxe para o Estado brasileiro a responsabilidade de promover, proteger e recuperar a saúde da população brasileira, de forma universal e igualitária, através do Sistema Único de Saúde (SUS). Determinou inclusive formas de financiamento desse Sistema, que é caracterizado como uma rede regionalizada e hierarquizada integrando ações e serviços públicos, a qual tem a descentralização,

a integralidade das ações e a participação comunitária como diretrizes. Como resultado da grande mobilização de mulheres brasileiras, a Constituição de 1988 tornou homens e mulheres iguais em direitos e deveres, responsabilizando o Estado brasileiro em coibir a violência no âmbito das relações familiares (BRASIL, 1988).

Draibe (1990, p. 29) expressou que a Carta Magna representou um avanço significativo do padrão brasileiro de proteção social até então vigente e que as normas constitucionais propostas naquele momento, à primeira vista, projetavam “[...] um certo deslocamento que vai do modelo meritocrático-particularista em direção ao modelo institucional-redistributivo, isto é, em direção a uma forma mais universalista e igualitária de organização da proteção social no País”.

Dois anos após a promulgação da Carta Magna, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no seu Artigo 3º, garante à criança e ao adolescente os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, a fim de que possam desenvolver-se de forma integral (BRASIL, 1990).

A década de 1990 iniciou-se com o sentimento de democratização da Saúde, pela promulgação da Constituição de 1988, pela realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, pela implantação do Sistema Único de Saúde e pela aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente. Feministas desse período passaram a pressionar o Estado brasileiro no sentido de serem realmente inseridas as questões reprodutivas no bojo da atenção integral à saúde da mulher, que, por sua vez, deveria estar incluída na política de defesa dos direitos da mulher.

Contudo, nessa década, as consequências da segunda crise global de um modelo social de acumulação capitalista levaram o Estado brasileiro a adotar os princípios do Neoliberalismo, com (des)construção progressiva dos ganhos dos movimentos sociais.

No final dos anos 90, foi elaborado o documento *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*, que foi destinado especificamente aos profissionais da Área da Saúde. Tratou especialmente sobre prevenção de gravidez e de Doenças Sexualmente Transmissíveis e o atendimento às mulheres com gravidez decorrente de estupro

que desejassem a interrupção da gestação (BRASIL, 1999). Perdeu-se, assim, a oportunidade de analisar o fenômeno violência de gênero na vida de mulheres e de sistematizar ações de defesa da mulher contra outros tipos de violência.

No ano seguinte, o Ministério da Saúde, publicou o documento *Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos*, destinado aos gestores e aos profissionais de saúde. Propôs que a assistência pré-natal aconteça nas unidades básicas de saúde, as quais foram indicadas como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Afirmou que a proximidade com os contextos familiar e social facilita a abordagem integral, melhorando a qualidade da atenção à saúde (BRASIL, 2000a). Todavia, o Estado brasileiro não apontou a violência contra a mulher como fator de risco para a saúde materno-infantil nem a colocou como um dado a ser coletado sistematicamente na consulta obstétrica.

Também o documento *Gestação de alto risco*, elaborado em 2000, pelo Ministério da Saúde, não fez referência à violência contra a mulher. Apenas apontou “[...] situação conjugal insegura [...]” como um dos fatores de risco na gravidez para morbimortalidade materno-infantil, sem descrever o significado da expressão (BRASIL, 2000b, p. 13).

Em 2003, a Lei nº 10.778 determinou aos serviços de saúde a notificação compulsória, em todo território brasileiro, em caráter sigiloso, de qualquer caso de violência contra a mulher (BRASIL, 2003). Dois anos depois, a Lei nº 8.279/2005 dispôs sobre a obrigatoriedade de profissionais de serviços de urgência e emergência, públicos e privados, bem como na rede básica de atendimento, notificarem todo caso de violência contra mulheres, no Estado do Maranhão (MARANHÃO, 2005).

Em 2003, como parte da reforma institucional governamental, foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), que abrigou o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, com o propósito de desenvolver ações conjuntas com outros órgãos do Governo.

Na *I Conferência nacional de políticas para as mulheres*, o Estado brasileiro reiterou o seu compromisso com a promoção da igualdade de direitos entre homens e mulheres. Representantes dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário nas esferas Federal, Estadual e Municipal e da Sociedade Civil deliberaram sobre a natureza, os princípios e as diretrizes da *Política nacional para as mulheres*. Entre as diretrizes, evidenciamos a que atribuiu à violência contra mulheres uma dimensão histórica e estrutural e a caracterizou como problema de saúde pública e que demandava por Políticas Públicas e a que determinou ao Estado garantir a distribuição de recursos para a implementação de Políticas Públicas para as mulheres. Dos trabalhos dessa Conferência resultou o *Plano nacional de Políticas para as mulheres* (BRASIL, 2004b).

Esse *Plano* indicou os pressupostos, princípios e diretrizes da *Política nacional para as mulheres*. Deixou claro que desigualdades sociais, econômicas e culturais são determinantes do processo de saúde-doença. Indicou o enfrentamento à violência contra mulheres como uma das quatro áreas estratégicas para a igualdade entre gêneros. Propôs como objetivos para o enfrentamento à violência contra a mulher, entre outros, implementar uma *Política nacional de enfrentamento à violência contra a mulher* (BRASIL, 2004c).

Em 2004, a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* fez referência à heterogeneidade dos municípios brasileiros (condições socioeconômicas e culturais, acesso aos serviços de saúde e tipos de gestão). Disse que a violência doméstica e sexual era um problema para o sexo feminino. Um dos objetivos específicos foi promover atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Manuais técnicos para qualificar as equipes de serviços de saúde na assistência às mulheres em situação de violência sexual foram necessidades apontadas por essa *Política* (BRASIL, 2004a).

Reeditado em 2005, o documento *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica* afirmou que a prevenção da violência doméstica e sexual contra a mulher e o tratamento dos agravos resultantes é um dos objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Registrou que mulheres comumente omitiam ser vítimas da violência doméstica e familiar, o que dificultava o

diagnóstico, com agravamento das consequências (BRASIL, 2005c). Percebemos que novos conhecimentos científicos foram acrescentados em relação à edição de 1999, além de serem introduzidas informações sobre Humanização e aspectos éticos e legais. Entretanto, priorizou a dimensão técnico-biológica da atenção à mulher submetida à violência sexual, expressão que não foi definida no documento. Não foi enfatizada a necessidade de os Serviços de Saúde estarem inseridos em redes de atenção às mulheres em situação de violência.

No mesmo ano, foi publicado o documento *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*, com finalidades de “[...] oferecer referência para a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normalização das práticas de saúde.” (BRASIL, 2005b, p. 8). Quanto à atenção às mulheres em situação de violência com base em gênero, a ênfase maior foi para as que sofreram violência sexual, com enfoque especial à prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Em 2006, foi sancionada a Lei 11.340, mais conhecida como Lei *Maria da Penha*, que representou uma vitória da luta de movimentos sociais para o enfrentamento da *violência doméstica e familiar contra a mulher* (BRASIL, 2006). Tem servido para punir com mais rigor os perpetradores da violência, mas não para evitar que mulheres sejam mortas nem maltratadas em suas relações.

A *II Conferência nacional de políticas para as mulheres* foi realizada no ano de 2007. Um de seus objetivos foi avaliar a implementação do *Plano nacional de Políticas para as mulheres*, no período de 2004 a 2007, em níveis federal, estadual e municipal. Uma vez mais o Estado brasileiro admitiu não haver estatísticas que pudessem dimensionar a problemática da violência doméstica contra a mulher (BRASIL, 2007c).

Por sua vez, a *Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres* foi estruturada a partir do *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*, em consonância com a Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) e com tratados e convenções internacionais de que o Brasil foi signatário. Elaborada pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, tem como objetivo

[...] explicitar os fundamentos conceituais e políticos do enfrentamento à questão e as políticas públicas que têm sido formuladas e executadas - desde a criação da SPM em janeiro de 2003 - para a prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como para a assistência às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2007d, p. 2).

Considerou que a violência contra mulheres era uma das principais formas de violação aos direitos humanos, comprometendo a saúde e colocando à perigo a vida de mulheres (BRASIL, 2007d). Fez referência ao fato de ainda serem escassas e esparsas as pesquisas que mostravam a realidade do problema e mostrou a necessidade da produção de conhecimento científico ao declarar:

Embora, no Brasil, a violência seja um fenômeno reconhecidamente presente na vida de milhões de mulheres, não existem estatísticas sistemáticas e oficiais que apontem para a magnitude deste fenômeno, com exceção de alguns poucos estudos realizados por organizações não-governamentais na área de violência doméstica (BRASIL, 2007d, p.3).

Disse mais: as mulheres brasileiras não estavam a salvo de violência com base em gênero em seus domicílios. Também afirmou que esse era um fenômeno que não tinha predileção por moradoras de uma região nem por mulheres de determinadas classes sociais ou raça/etnia (BRASIL, 2007d).

Essa Política adotou o conceito elaborado na *Convenção de Belém do Pará*, o qual considerou amplo e com o mérito de ter contemplado diferentes tipos de violência. Sobre o referido conceito, declarou o que se segue:

[...] o conceito de violência contra as mulheres, que tem por base a questão de gênero, remete a um fenômeno multifacetado, com raízes histórico-culturais, que é permeado por questões étnico-raciais, de classe e de geração. Falar em gênero, em construção social requer do Estado e demais agentes uma abordagem intersetorial e multidimensional na qual as dimensões acima mencionadas sejam reconhecidas e enfrentadas. Além do mais, uma política na área de violência contra as mulheres requer uma atuação conjunta para o enfrentamento (prevenção, combate, assistência e garantia de direitos) do problema pelas diversos setores envolvidos, tais como: a saúde, a educação, a assistência social, a segurança pública, a cultura, a justiça, entre outros; no sentido de dar conta da complexidade da violência contra as mulheres e de garantir a integralidade do atendimento à mulher, 2007d, p. 8).

O significado de enfrentamento mereceu explicações que até então não tínhamos observado em outro documento elaborado pelo Estado Brasileiro. Disse a Política em tela sobre o enfrentamento da violência contra mulheres:

[...] diz respeito à implementação de políticas amplas e articuladas, que procurem dar conta complexidade da violência contra as mulheres em todas as suas expressões. O enfrentamento requer a ação conjunta dos diversos setores envolvidos com a questão (saúde, segurança pública, justiça, educação, assistência social, entre outros), no sentido de propor ações que: desconstruam as desigualdades e combatam as discriminações de gênero e a violência contra as mulheres; interfiram nos padrões sexistas/machistas ainda presentes na sociedade brasileira; promovam o empoderamento das mulheres; e garantam um atendimento qualificado e humanizado às mulheres em situação de violência. Portanto, a noção de enfrentamento não se restringe à questão do combate, mas compreende também as dimensões da prevenção, da assistência e da garantia de direitos das mulheres (BRASIL, 2007d, p. 11-12).

Por sua vez, no *II Plano nacional de políticas para as mulheres*, o Estado brasileiro afirmou que a *Política nacional para as mulheres* era o eixo orientador para os planos nacionais e reiterou seu dever de promover a igualdade entre gêneros. Indicou como problemas a serem superados, entre outros: a) Muitos Estados e a maioria dos municípios brasileiros não possuíam organismos de políticas para mulheres; b) Baixo orçamento para as políticas destinadas às mulheres; c) A transversalidade das ações não aconteceu nas Políticas Públicas destinadas à população feminina; e d) Faltavam dados para conhecimento da realidade (BRASIL, 2008).

Sobre os avanços conseguidos, expressou que a ampliação da *Rede de atendimento às mulheres em situação de violência* foi um dos ganhos com a implementação de ações propostas no primeiro *Plano nacional de políticas para as mulheres* (BRASIL, 2008).

No Capítulo 3, intitulado *Saúde das mulheres, direitos sexuais e reprodutivos*, o *Plano* em tela discorreu sobre as desigualdades de poder entre homens e mulheres e seus impactos na vida e na saúde de mulheres brasileiras e sobre a necessidade de as Políticas Públicas de Saúde considerarem as questões de gênero como um dos determinantes do processo saúde-doença. Nesse sentido, o *II Plano* afirmou o que se segue:

As mulheres constituem a maioria da população brasileira e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde – SUS. Conformam, portanto, um segmento social fundamental para as políticas de saúde, não apenas pela sua importância numérica, mas, especialmente, porque neste campo as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam em forte impacto nas condições de saúde das mulheres, sendo as questões de gênero um dos determinantes de saúde a ser considerado na formulação das políticas públicas. Outras variáveis como raça/etnia e situação de pobreza aprofundam ainda mais tais desigualdades, e que também necessitam ser consideradas na formulação, implementação e avaliação de estratégias de intervenção governamental na área. (BRASIL, 2008, p. 69).

Ficou evidente que a violência contra mulheres é questão de Saúde Pública e que a forma de a violência acontecer varia segundo os sexos feminino e masculino. Expôs que tal situação se agravava segundo aspectos étnicos e raciais (BRASIL, 2008).

Não obstante, em que pese o Estado brasileiro neoliberal ter reconhecido a divisão social do trabalho e as desigualdades entre classes sociais, raça/etnia e gêneros, ele não explicou suas origens, quando expressou:

É no espaço social do trabalho que as discriminações e as desigualdades se tornam ainda mais evidentes. Além das desigualdades sociais, as desigualdades étnico-raciais e de gênero se somam, contribuindo para uma hierarquia que se repete em praticamente todos os indicadores analisados: homens e brancos estão, em geral, em melhores condições de inserção no mercado de trabalho do que as mulheres e negros. Destaque-se, ainda, que são as mulheres negras que sofrem a mais pesada carga de discriminação, vivendo uma situação de dupla diferenciação: de gênero e raça/etnia. [...] (BRASIL, 2008, p. 33).

Através do *II Plano nacional de políticas para as mulheres*, no Capítulo 4, que tratou especificamente sobre o enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres, uma vez mais o Estado brasileiro reconheceu que

[...] o acesso aos serviços e às políticas de Estado se dá de maneira diferenciada para cada grupo social, em função de situações de maior ou menor vulnerabilidade ou de contextos culturais diversos. Faz-se necessário, portanto, que o Estado brasileiro adote políticas de caráter universal, mas que também esteja atento para o desenvolvimento de políticas para grupos específicos de modo a garantir a real universalidade das políticas públicas (BRASIL, 2008, p. 93-94).

Breilh (2006, p. 46), por exemplo, expôs como entendia essas desigualdades, ao expressar: “[...] A equidade/inequidade de que um grupo desfruta/padece em determinado momento histórico resulta das relações de classe, de sua história étnicocultural e das características de suas condições de gênero. [...]”.

Contudo, suscitam-se dúvidas no que tange à assistência integral à mulher vítima de violência. Consideradas as adversidades, considera-se um desafio e até impossibilidade para o Estado brasileiro universalizar uma atenção que ofereça a todas as mulheres brasileiras oportunidades de superação do problema. As filas nos serviços públicos de Saúde, por exemplo, parecem contradizer o gigantismo do elenco de medidas assistenciais da Lei 11.340. Nesse sentido, não serão atuações isoladas dos campos da Saúde e da Justiça, os mais solicitados quando a violência já se efetivou, os quais irão “resolver” o problema da violência contra a mulher.

Encerramos esse capítulo trazendo algumas informações sobre serviços implementados para o enfrentamento da violência contra mulheres, no município de São Luís. A *Delegacia Especializada de Atendimento às Mulheres* (DEAM) foi instalada no ano de 1988 e a *casa-abrigo* na década seguinte (ROCHA, 2005). No ano de 2003, foi criada a Rede Amiga da Mulher, que articulou organizações governamentais e não-governamentais, em rede, para o enfrentamento à violência contra mulheres. A Secretaria de Estado da Mulher e a Coordenadoria Municipal da Mulher foram efetivadas no ano de 2007.

Conseguimos informações sobre outros serviços e produzimos um folder, que foi entregue às entrevistadas. O *Instituto Médico-Legal* vem trabalhando em regime de plantão, com legistas. Contudo, o atendimento psicológico tem sido oferecido em alguns turnos. O Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (Casa da Mulher), ligado à Coordenadoria Municipal da Mulher, oferece assistência social e psicológica e aconselhamento jurídico. Em 2008, foi criada a *Vara Especial de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher, a segunda do Estado do Maranhão*. Três maternidades e o Centro de Referência à Saúde da Mulher (Hospital da Mulher) oferecem assistência à saúde de mulheres em situação de violência. A Defensoria Pública e cursos de Direito de uma Universidade e de uma Faculdade privadas tem proporcionado assistência jurídica gratuita.

3 VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTES E SUAS TAXAS, PERPETRADORES E FATORES ASSOCIADOS

A gravidez é um processo biológico na vida de mulheres em idade reprodutiva (10 a 49 anos). Todavia, fatores biológicos, socioeconômicos, culturais e comportamentais podem interferir de forma a comprometer a saúde materno-infantil (BRASIL, 2005b).

No Brasil, a atenção pré-natal de qualidade e humanizada emergiu como um direito da gestante e do recém-nascido e obrigação do Estado brasileiro. Esse tipo de atenção exige provisão de recursos (financeiros, materiais, humanos e etc.), organização de rotinas adequadas às necessidades materno-infantis e o acolhimento da gestante (e de seus familiares) na condição de sujeito co-responsável no processo saúde-doença (BRASIL, 2005b)

No bojo dessa discussão, Estados e municípios deveriam estar organizados para implementar uma rede de referência e contrarreferência que garantissem atenção humanizada e de qualidade às gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. Para tal finalidade, algumas condições se fariam necessárias, entre os quais salientamos: a) Vinculação de unidades que oferecem atenção pré-natal às maternidades/hospitais; b) Garantia de recursos materiais, humanos, físicos e técnicos necessários, com indicação de critérios mínimos de funcionamento dos serviços; c) Captação da grávida com até 120 dias de gestação para início do pré-natal; d) Assistência às gestantes que procuram pelos serviços; e) Garantia dos exames laboratoriais preconizados pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento; f) Garantia de internação, quando necessária; g) Realização de seis consultas de pré-natal; h) Gestante ter classificado o risco gestacional, a cada consulta; e i) Gestante ter os seus dados registrados em prontuário e no Cartão da Gestante (BRASIL, 2005b).

Em nível de Sistema Único de Saúde (SUS), o monitoramento da atenção pré-natal tem sido feita através do software desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a saber, o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

(SISPRENATAL). Indicadores de processo, de resultado e de impacto compõem esse Sistema. Ao subsidiar órgãos gestores federal, estadual e municipal com informações, o SISPRENATAL tem permitido que se planeje, monitorize e avalie ações desenvolvidas (BRASIL, 2005b).

Nessa perspectiva, é reconhecido o papel decisivo do setor Saúde na prevenção da violência contra mulheres e na assistência às mulheres submetidas a maus tratos, as quais devem ser acolhidas integralmente pelos seus profissionais. A atenção a quem sofreu agressões deve articular o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e a referência a outros serviços que fazem parte da política local de atenção à mulher em situação de violência (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2005b).

Ademais, até pouco tempo assunto do âmbito do privado, ao menos quando não se tornava caso de polícia, a violência contra gestantes passou a ser mencionada como problema frequente do período gestacional e se tornou tema de pesquisas em países desenvolvidos e em desenvolvimento (DURAND, 2005; MAZEY; BEWLEY, 1997; TAILLIEU; BROWNRIDGE, 2010).

Na temática em tela, têm sido vários os objetos de estudo de interesse dos pesquisadores. Sobre as publicações consultadas, observamos o que se segue: a) Taxas e fatores associados variaram amplamente; b) A identificação de perpetradores não foi investigada ou pesquisadores tiveram interesse apenas pela violência praticada por parceiro íntimo; e c) Poucas estudaram a violência contra gestantes enquanto fator de risco para complicações neonatais.

Neste tópico, apresentaremos quatro revisões de literatura sobre taxas de violência contra gestantes. Duas delas abordaram também os fatores associados. A mais recente teceu comentários sobre perpetradores e outros aspectos da violência contra gestantes.

Quanto à prevalência de violência contra mulheres grávidas, em um artigo de revisão sobre o assunto, os autores reconheceram que era difícil estimá-la. Entretanto, expressaram que a violência contra gestantes parecia ser mais frequente que complicações investigadas rotineiramente durante o pré-natal, a exemplo de

pré-eclampsia, diabetes gestacional e placenta prévia. Consideraram que a presença do parceiro nas consultas pré-natais poderia fazer com que as gestantes ocultassem a violência por que passavam (MAZEY; BEWLEY, 1997).

A procura por melhores evidências nos fez encontrar quatro revisões de literatura relacionadas ao nosso objeto de estudo. A primeira delas foi realizada por Gazmararian e colaboradores (1996). Eles consultaram as bases de dados MEDLINE, POPLINE, Psychological Abstracts e Sociological Abstracts e selecionaram mais de 300 trabalhos publicados, de 1963 a 1995, os quais pesquisaram sobre prevalência de violência contra gestantes e aspectos metodológicos empregados para medir a violência. Ao final, treze artigos foram selecionados. Todos os trabalhos de campo foram executados nos Estados Unidos e em outros países considerados por eles desenvolvidos. Nove estudaram apenas violência física.

Gazmararian e colaboradores (1996) nos fizeram ver que as taxas variaram de 0,9 a 20,1%, mas a maioria delas esteve situada entre 3,9% e 8,3%. A pesquisa com mais baixa taxa reuniu as seguintes características: foi realizada em uma clínica obstétrica privada (gestantes casadas, com elevada renda familiar e com 12 ou mais anos de estudo, em sua maioria); após a primeira consulta da gestante; e utilizou questionário autoaplicado, com uma pergunta sobre violência. A pesquisa com mais alta taxa aplicou questionário com múltiplas perguntas e mediu a violência física contra gestantes (aproximadamente 90% eram solteiras) usuárias de um serviço público, as quais se encontravam no terceiro trimestre gestacional.

Esses autores declararam que o tipo de estudo, o local da pesquisa (serviço público ou privado, por exemplo), características da população estudada, o tamanho da amostra, o instrumento utilizado para medir a violência, a forma como foram aplicadas as perguntas (questionário auto-aplicado ou por entrevistador), o período gestacional em que foi realizada a pesquisa (em um ou mais trimestres gestacionais) e os perpetradores investigados, entre outros aspectos, podem ter contribuído para as diferenças nos resultados. Observaram que as taxas se mostraram mais altas quando da coleta de dados através de entrevistadores. Os autores consideraram violência contra gestante como sério problema de saúde pública (GAZMARARIAN et al., 1996).

Uma segunda revisão sobre o tema em tela foi feita por Campbell, García-Moreno e Sharps (2004). Eles compararam resultados de prevalências encontradas em países considerados desenvolvidos e em desenvolvimento e investigaram sobre o período da vida da mulher em ocorreu a coleta de dados (gravidez, puerpério ou outras fases), tipos de violência estudados e perpetradores. Os 14 trabalhos analisados foram publicados de 1996 a 2003. Disseram que havia poucas publicações fora dos Estados Unidos e Canadá.

Expressaram que as taxas em países industrializados (Austrália, Suíça, Suécia e Inglaterra) variaram de 3,4% a 11%. Em países considerados como em desenvolvimento, as mais altas taxas foram observadas no Egito (31,5%), Índia (variou de 21% a 28% em três estudos) e Arábia Saudita (21%). Segundo eles, algumas pesquisas incluíram violência dos tipos psicológico e sexual, além da física. Dos 14 trabalhos analisados, três entrevistaram gestantes e outros três puérperas (após o parto, antes da alta). Três dessas pesquisas foram estudos com base em populações e mostraram taxas de 10% (na Etiópia, para violência dos tipos física e verbal), 16% (em Leon, na Nicarágua, para os tipos psicológico, físico e sexual) e 28% (na Índia, para violência física e psicológica). Disseram que as taxas foram mais elevadas para mulheres pobres dos Estados Unidos e de países em desenvolvimento quando comparadas com outras de melhores situações socioeconômicas. Os autores atribuíram às diferenças metodológicas e culturais as grandes variações nas taxas (CAMPBELL; GARCÍA-MORENO; SHARPS, 2004).

Em outra revisão, Jasinski (2004) analisou pesquisas norte-americanas que investigaram violência contra gestantes. Eles consultaram as bases de dados Sociological Abstracts, PsychINFO, CINAHL, MEDLINE, POPLINE, Social Services Abstracts e Ageline. Selecionaram 17 artigos publicados, a partir de 1996. Atribuiu às diferentes terminologias e metodologias empregadas as amplas variações de taxas. Disse que os estudos de prevalência foram os primeiros a serem publicados, mas que ainda havia muitas incertezas sobre as variações de taxas, que variaram de 1,5% a 23,9%. Observou que o Abuse Assessment Screen foi o instrumento mais utilizado para diagnóstico de violência. E afirmou que as prevalências estimadas em estudos populacionais eram bem menores do que as encontradas nas pesquisas realizadas em serviços de saúde.

Jasinski (2004) fez conhecer que alguns estudos mostraram associação entre violência na gestação e história anterior de violência, baixo status socioeconômico (medido por nível educacional, salário e trabalho), baixo nível de suporte social, ser pai e mãe pela primeira vez, gravidez não desejada e/ou não planejada e ser jovem. Que os resultados com relação à raça e etnia se mostraram inconclusivos. Expressou que a alguns desses fatores eram determinantes de estresse, o que poderia aumentar o risco de violência.

Recentemente, Taillieu e Brownridge (2010) revisaram sobre prevalência, natureza e padrões de violência praticada contra gestantes, além de fatores associados e pressupostos teóricos. Dezoito artigos foram selecionados por esses dois pesquisadores, os quais tiveram seus trabalhos de campo realizados em países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Sobre as taxas, expressaram o que se segue: a) Prevalência de violência física variou de 0,9% a 30%; b) A menor taxa de violência psicológica e/ou verbal foi 1,5% e a maior taxa atingiu 36%; c) Muitos estudos não investigaram violência do tipo sexual, mas que as taxas foram as mais baixas, variando de 1,5% a 3,9%; e d) Diferenças culturais e os graus de igualdade entre gêneros existentes poderiam explicar as variações de taxas entre países (TAILLIEU; BROWNRIDGE, 2010).

Esses autores também atribuíram, aos diferentes métodos empregados, as variações das taxas, que se mostraram mais elevadas quando a violência era medida através de vários itens e foram investigados diferentes tipos de violência. Expressaram que as menores prevalências foram estimadas em estudos com base populacional, quando do emprego de questionário autoaplicado e para mulheres não-jovens, casadas e em melhores situações econômicas (TAILLIEU; BROWNRIDGE, 2010).

Quanto à recorrência, expressaram que havia alguma indicação sobre maus tratos se repetirem no período gestacional e em mais de uma gestação (TAILLIEU; BROWNRIDGE, 2010).

Enquanto as três primeiras revisões investigaram ordinariamente taxas de violência contra gestantes, Taillieu e Brownridge (2010) analisaram de forma mais detalhada os fatores associados. História pregressa de violência foi apontada como um dos mais fortes preditores. Esses dois pesquisadores declararam que parecia haver maior risco de violência para mulheres mais jovens, solteiras e desempregadas. Contudo, evidenciaram que a associação para essas categorias desapareceu, quase sempre, quando da análise ajustada. Mulheres divorciadas/desquitadas e multíparas foram apontadas como em maior risco em pesquisas que controlaram fatores de confundimento. Consideraram inconsistentes os achados que mostraram associação entre violência na gestação e nível educacional, renda e status socioeconômico (SES) da gestante. Sobre a falta de apoio social e a entrada tardia no pré-natal, afirmaram que os resultados foram inconclusivos. Entenderam que o uso de drogas lícitas e ilícitas permaneceu associado em alguns trabalhos, quando da análise ajustada. Chamaram atenção para o fato de as pesquisas analisadas terem sido realizadas, ordinariamente, em serviços de saúde e não em âmbito populacional. Concluíram que os resultados sobre fatores associados à violência contra gestantes não deveriam ser generalizados.

Ademais, disseram que características de parceiros íntimos e dos perpetradores e dominação patriarcal raramente foram investigadas. Nesse âmbito, expressaram que os resultados de duas pesquisas mostraram maior risco de violência quando o parceiro íntimo estava desempregado. Chamaram atenção para o fato de uma terceira pesquisa não ter encontrado associação entre essa característica e o desfecho violência contra gestantes (TAILLIEU; BROWNRIDGE, 2010).

Consideraram serem poucas as explicações teóricas sobre o fenômeno violência contra gestantes e as resumiram como se segue: a) Segundo a perspectiva médica, a violência seria uma doença que necessitava ser curada com o afastamento do agressor; b) A perspectiva sociológica utilizava as desigualdades entre gêneros para explicar a violência contra gestantes; e c) Para a psicologia evolutiva, os homens estariam preocupados com a continuação de seus genes e a violência seria resultado da incerteza da paternidade (TAILLIEU; BROWNRIDGE, 2010).

Especificamente sobre a forma de coletar os dados, Kataoka e colaboradores (2010) publicaram os resultados um ensaio clínico randomizado com 328 gestantes usuárias de uma clínica de pré-natal de um hospital geral, localizado em uma área urbana do Japão. O trabalho de campo foi realizado de fevereiro a novembro de 2003. Concluíram que as taxas de violência contra gestantes foram mais altas quando do emprego do instrumento de forma autoaplicada quando comparado com a coleta de dados através de entrevistadores.

A partir de agora, mostramos alguns resultados que pesquisas brasileiras que tiveram interesse sobre taxas, perpetradores e fatores associados à violência contra gestantes. Ressaltamos que todos os 11 trabalhos de conclusão de cursos de Pós-Graduação tiveram mulheres como autores.

Nenhuma publicação apresentou taxa de violência geral que reunisse os tipos psicológico, físico e sexual e por outros perpetradores que não um parceiro íntimo. Quase sempre, o objeto de estudo esteve relacionado à violência praticada por parceiros íntimos ou à violência doméstica.

Em Recife (Pernambuco/Brasil), Menezes e colaboradores (2003) determinaram taxas de violência doméstica física e analisaram fatores associados. Entrevistadores do sexo feminino coletaram dados de 420 mulheres que tiveram seus partos assistidos em uma maternidade terciária, nos meses de fevereiro e março de 2001. Para diagnóstico de violência, usaram perguntas abertas e fechadas, a partir do questionário *Abuse Assessment Screen* (AAS), já validado no Brasil. Na análise final, os pesquisadores utilizaram a Regressão Logística Múltipla (método stepwise) para determinação do risco ajustado. Os perpetradores não foram identificados.

As taxas de violência doméstica física no último ano e durante o período gestacional foram, nessa ordem, de 13,1% e 7,4%. O grupo de gestantes com idades inferiores de 13 a 20 anos totalizou 132 mulheres e o grupo de entrevistadas com 20 ou mais anos contabilizou 288 grávidas. Com a análise ajustada, violência doméstica física antes e durante a gestação se mostrou associada às seguintes situações: a) uso de álcool pelo parceiro íntimo (Razão de Prevalências 5,69%; IC95% 5,01;6,38); b) gestante ter zero a três anos de estudo (Razão de Prevalências

3,32%; IC95% 2,47;3,76); c) história de violência na família da mulher (Razão de Prevalências 3,11%, IC95% 2,47;3,6); e d) ausência de trabalho remunerado do parceiro (Razão de Prevalências 2;02%, IC95% 1,37;2,70) (MENEZES et al., 2003).

Também no município de Recife, Paz (2006) determinou a taxa de violência por parceiro íntimo contra mulheres e analisou fatores associados. Nessa última pesquisa, foram entrevistadas 612 gestantes, com 31 ou mais semanas gestacionais, as quais estavam sendo acompanhadas pelo Programa de Saúde da Família de um Distrito Sanitário, no período de julho de 2005 a março de 2006. A pesquisadora utilizou o questionário do *OMS Estudo Multi-países* (Organização Mundial de Saúde). Os dados foram coletados por entrevistadores do sexo feminino. O Modelo de Regressão Logística Múltipla determinou o risco ajustado.

Os resultados da pesquisa de Paz (2006) apontaram que 94% das entrevistadas se encontravam na faixa etária de 18 a 34 anos. A taxa de violência praticada por parceiro íntimo contra as gestantes foi 29,9%, sendo 16,34% a psicológica exclusiva, 1,14% a física exclusiva, 7,52% a psicológica/física, 2,61% a sexual exclusiva e/ou associada aos outros tipos e 2,29% todos os três tipos de violência. A taxa de violência antes da gravidez foi de 29,74%. Com a análise ajustada, foi possível conhecer que violência por parceiros íntimos foi maior entre as mulheres solteiras (p-valor 0,04; Odds Ratio 2,13%; IC95%1,1;4,1), com prática religiosa uma vez na semana (p-valor 0,006; Odds Ratio 2,30%; IC95%1,3;4,2), que possuíam em suas residências menos de quatro bens duráveis (p-valor 0,0028 Odds Ratio 2,02%; IC95%1,3;3,2) e com história de violência antes da gravidez (p-valor <0,001; Odds Ratio 12,10; IC95% 7,6;19,2).

Já Henriques (2004) encontrou taxa de violência durante a gravidez de 9,2% para a população assistida em um serviço de referência para mulheres em situação de violência. A idade das mulheres variou de 20 a 88 anos, com mediana de 30 anos. Violência do tipo física foi o tipo mais relatado (78,4%). Parceiros e ex-parceiros íntimos foram os principais perpetradores da violência. Os agressores se encontravam principalmente na faixa etária de 20 a 35 anos e sob efeito de álcool no momento das agressões em 46,4% dos registros. A pesquisadora declarou que foi elaborado um questionário para coleta de dados de prontuários.

No município de São Paulo (Brasil), Durand e Schraiber (2007) estimaram a prevalência de violência praticada por parceiro íntimo contra gestantes usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo e verificaram sua associação com fatores sócio-demográficos, de saúde reprodutiva, sexual e mental. O instrumento utilizado para diagnóstico de violência foi o questionário da Organização Mundial de Saúde. Foram incluídas 1.992 mulheres com idades entre 15 e 49 anos com história de gravidez anterior, as quais foram entrevistadas em uma única ocasião, entre março e dezembro de 2002. A coleta de dados foi feita por entrevistadores. O Modelo de Regressão Logística Múltipla foi utilizado para estabelecer o risco ajustado. Alguns resultados apresentados no trabalho de conclusão de Mestrado de Durand (2005) complementaram os mostrados na publicação de Durand e Schraiber (2007).

A média de idade das entrevistadas foi de 32,1 anos (Desvio padrão \pm 9.0 anos). A prevalência de violência por parceiro íntimo durante gestação foi 20% (IC95% 18,2;21,8) (DURAND; SCHRAIBER, 2007). Violência dos tipos psicológica, física e sexual praticada por familiares durante gestação teve taxa de 7,8%, 2% e 0,1%, respectivamente (DURAND, 2005). Com a análise ajustada, os fatores associados à violência foram os que se seguem: a) recorrência de violência psicológica perpetrada por familiar na vida da gestante (p-valor 0,02; Odds Ratio 1,54; IC95% 1,10;2,14); b) recorrência de violência física perpetrada por familiar na vida da gestante (p-valor 0,02; Odds Ratio 1,98; IC95% 1,30;3,03); c) história de duas ou mais gestações (p-valor $<0,001$; Odds Ratio 2,43; IC95% 1,73;3,43); d) ter menos de 19 anos por ocasião da primeira relação sexual (p-valor $<0,001$; Odds Ratio 1,51; IC95% 1,13;2,01); e) recusa de uso do condom pelo parceiro (p-valor $<0,001$; Odds Ratio 1,62; IC95% 1,24;2,11); f) não residir com um parceiro (p-valor $<0,001$; Odds Ratio 2,22; IC95% 1,62;3,04); e g) transtorno mental comum (p-valor $<0,001$; Odds Ratio 2,16; IC95% 1,68;2,77) (DURAND; SCHRAIBER, 2007).

O segundo trabalho executado na capital paulista investigou a prevalência de violência doméstica contra a mulher e analisou aspectos da estrutura familiar e de vínculo com o parceiro associados a essa violência. Para tanto, entrevistou puérperas em uma única ocasião do pós-parto imediato, após sorteio, em uma maternidade filantrópica conveniada ao Sistema Único de Saúde, a qual estava

localizada na região Centro-Sul da cidade de São Paulo. A pesquisadora entrevistou 385 mulheres, entre maio e julho de 2006. Foi construído um questionário tendo como base o *Abuse Assessment Screen* (AAS) para diagnóstico de violência. Na análise bivariada dos fatores associados, foram utilizados os Testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher (OKADA, 2007).

As mulheres se encontravam na faixa etária de 13 a 42 anos, com média de 23,59 anos. A taxa de violência doméstica foi 12,7%, sendo a psicológica a mais frequente. O marido/companheiro foi o principal perpetrador de violência contra gestantes, nos três tipos de violência, seguido por membro da família da mulher. A análise bivariada mostrou associação entre violência e uso de bebida alcoólica pelo marido-companheiro (p-valor <0,001) (OKADA, 2007).

Também no município de São Paulo, Silva (2007) analisou taxas de violência dos tipos física e sexual praticadas contra gestantes e fatores de risco associados. Uma pesquisadora coletou dados de 344 puérperas, em uma maternidade terciária de assistência ao servidor público estadual. Na análise, foi utilizada Regressão Logística Multivariada (método stepwise) para determinação do risco ajustado.

As idades variaram de 15 a 46 anos, com média de 29,1 anos. Aproximadamente 79% residiam com um parceiro íntimo. A taxa de violência física durante a gravidez foi 4,1%, a qual esteve estatisticamente associada à ausência de trabalho remunerado da mulher (Odds Ratio 9,2; IC95% 2,2;37,8), ganho ponderal igual ou superior a 20 quilos (Odds Ratio 11,8; IC95% 1,3;14,4) ou inferior a sete quilos (Odds Ratio 5,5; IC95% 1,0;27,6) e início do pré-natal no segundo trimestre (Odds Ratio 9,5; IC95% 2,6;36,6). Parceiros íntimos foram os principais autores de violência física contra gestantes. A taxa de violência sexual durante a gestação foi 1,5%. Ex-parceiro íntimo foi que mais praticou violência do tipo sexual contra entrevistadas (SILVA, 2007).

Em Ribeirão Preto, Rodrigues (2007) determinou as taxas de violência doméstica contra mulheres antes e durante a gestação e analisou as diferentes formas de violência vivenciadas pelas entrevistadas e os principais fatores de risco associados à violência doméstica. Para tal finalidade, realizou estudo transversal

com 547 puérperas, entre 1º de julho e 30 de setembro, em uma maternidade filantrópica do município e conveniada ao Sistema Único de Saúde. As perguntas de diagnóstico de violência foram as do *OMS Estudo Multipaíses*. Todos os entrevistadores eram mulheres. A pesquisadora empregou os Testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher na análise bivariada, mas não estabeleceu risco ajustado.

A idade das entrevistadas variou de 18 a 46 anos, com mediana de 24 anos. As taxas de violência doméstica praticadas por parceiros íntimos e por familiares e outras pessoas do convívio das entrevistadas durante a última gestação foram, nessa ordem, de 19,6% e 15%. Violência psicológica praticada por um parceiro íntimo foi mais freqüente (18,1%) que a do tipo física (7,7%). Violência doméstica do tipo sexual foi a menos frequente (1,6%). Parceiros íntimos foram os principais responsáveis por violência contra mulheres durante o período gestacional. Com relação aos atos de violência do tipo psicológica, insultos e intimidações foram os mais comuns. As agressões físicas mais referidas pelas entrevistadas foram empurrões e tapas e a sexual foi manter relação sexual contra a vontade. Aspectos socioeconômicos e comportamentais estiveram mais associados à violência dos tipos psicológica e física/sexual praticadas contra gestantes que características biológicas (RODRIGUES, 2007).

Audi e colaboradores (2008) identificaram fatores associados à violência dos tipos psicológica e física e/ou sexual praticadas por parceiros íntimos contra gestantes que tiveram suas consultas pré-natal realizadas em unidades básicas de saúde do município de Campinas (São Paulo). Os pesquisadores utilizaram o questionário do *OMS Estudo Multi-países* para diagnóstico de violência. Entre julho de 2004 e julho de 2006, 1.379 gestantes foram entrevistadas em até duas ocasiões, durante o período gestacional, e no puerpério. Os dados foram coletados por entrevistadoras. Modelo de Regressão Logística foi empregado para obtenção do risco ajustado.

As taxas de violência psicológica e física/sexual foram, respectivamente, de 19,1% e 6,5%. A média de idade das gestantes foi de 23,8 anos (Desvio padrão de ± 5.5 anos). Com a análise ajustada, os fatores associados à violência psicológica foram os que se seguem: a) gestante com até oito anos de estudo (p-valor 0,013; Odds Ratio 1,44; IC95% 1,08;1,92); b) gestante responsável

economicamente pela família (p-valor <0,001; Odds Ratio 2,51; IC95% 1,65;3,83); c) transtorno mental comum na gestante (p-valor <0,001; Odds Ratio 1,77; IC95% 1,31;2;38); d) gestante presenciou agressão física antes de 15 anos de idade (p-valor <0,001; Odds Ratio 1,98; IC95% 1,42;2,76); e) gestante sofreu agressão física antes de 15 anos de idade (p-valor 0,029; Odds Ratio 1,52; IC95% 1,04;2,22); f) parceiro íntimo com idades inferiores ou igual a 19 anos (p-valor 0,019; Odds Ratio 1,74; IC95% 1,09;2,75); e g) uso de álcool duas ou mais vezes por semana pelo parceiro íntimo (p-valor <0,001; Odds Ratio 2,61; IC95% 1,84-3,71). Esses fatores também estiveram associados à violência física/sexual, além dos seguintes: a) parceiro íntimo desempregado (p-valor 0,048; Odds Ratio 1,77; IC95% 1,00;3,10); b) uso de drogas pelo parceiro íntimo (p-valor 0,015; Odds Ratio 2,28%; IC95% 1,17;4,42); e c) gestante com dificuldade em comparecer em consultas pré-natal (p-valor 0,014; Odds Ratio 2,31%; IC95% 1,18;4,51) (AUDI et al., 2008).

No município do Rio de Janeiro, Santos e colaboradores (2010) estimaram a taxa da violência doméstica durante a gestação e identificaram fatores associados e perpetradores. Foi utilizado o *Abuse Assessment Screen* para diagnóstico de violência na gestação. Durante o período de um ano (2006-2007), 331 mulheres no terceiro trimestre gestacional foram atendidas em um ambulatório público de pré-natal. A coleta de dados foi feita por graduandos do Curso de Medicina. A análise também ficou limitada à análise bivariada com os Testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher.

A idade das gestantes variou de 10 a 42 anos, com uma média de 24,45 anos. Aproximadamente 25% das entrevistadas tinham entre 10 e 19 anos. A prevalência de violência na gestação foi de 5,1%. Estiveram associados à violência doméstica: depressão durante a gestação, eventos estressantes da vida e abuso de álcool/drogas (SANTOS et al., 2010).

Também no município do Rio de Janeiro, Ribeiro (2009) apresentou um modelo preditivo para violência do tipo física entre parceiros íntimos, durante o processo gestacional e no pós-parto. Entre janeiro e junho de 2007, foram entrevistadas 811 mães que levaram seus filhos menores de cinco meses a cinco Unidades Básicas de Saúde. A pesquisadora utilizou a versão em português da *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2) para identificar violência física entre

parceiros íntimos e um modelo logito-multinomial para as projeções de prevalências segundo os descritores escolhidos. Todos os entrevistadores eram profissionais da área da Saúde e do sexo feminino.

A taxa de violência física durante a gestação foi de 37,85% (IC95% 34,51;41,20). Os fatores que mais aumentaram a probabilidade de ocorrência de violência entre parceiros íntimos durante a gestação e/ou nos primeiros cinco meses de vida da criança foram os seguintes: a) idade materna inferior a 20 anos; b) não ter completado o Ensino Médio; c) ter dois ou mais filhos menores de cinco anos; d) tabagismo materno; e) abuso de álcool pela mãe e/ou companheiro; f) uso de outras drogas pela mãe e/ou companheiro; e g) percepção materna sobre a saúde do bebê aquém da esperada. A probabilidade de ocorrer algum evento de violência física durante o período gestacional nas famílias que tinham todos esses preditores foi 59,42% (IC95% 40,94;77,90) e nas que não os tinham foi de 3,57% (IC95% 0,86;6,27). Abuso de álcool e uso de outras drogas pela mãe e/ou companheiro foram os aspectos que tiveram maior impacto nas prevalências estimadas (RIBEIRO, 2009).

Por sua vez, Oliveira (2008) utilizou o mesmo banco de dados da pesquisa anterior e investigou a violência grave entre parceiros íntimos como fator de risco para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. A taxa de violência física grave foi de 18,9%.

Moraes e Reichenheim (2002) determinaram taxas de violência dos tipos psicológica, física e sexual contra gestantes, a qual foi praticada por parceiros íntimos. Investigaram também fatores associados à violência física. Empregaram a versão em português da *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2). Entrevistaram 526 puérperas em maternidades públicas da cidade do Rio de Janeiro. Selecionaram amostra aleatória, a partir de um banco de dados de um estudo do tipo caso-controle que investigou se violência contra gestantes era fator de risco para nascimento pré-termo. As mulheres foram entrevistadas entre março de outubro de 2000, em uma única ocasião, através de entrevistas. Usaram o Teste Exato de Fisher para análises de subgrupos. Em 2010, utilizando o mesmo banco de dados, Moraes, Alana e Reichenheim (2002) investigaram violência física como fator de risco para má qualidade do pré-natal.

As prevalências de violência dos tipos psicológica, física e sexual contra gestantes foram, nessa ordem, de 61,7%, 18,2% e 7,8%. Injúria teve taxa de 9,5%. Ter menos de oito anos de estudo, ser mãe adolescente, comparecer a menos de seis consultas de pré-natal, apoio social inferior ao quinto quintil, abuso de álcool, abuso de drogas, más condições da vizinhança, ter filhos com idades inferiores a cinco anos e trabalho materno durante a gestação se mostraram associados com violência física, quer quando os episódios foram de menor gravidades quer quando graves (MORAES; REICHENHEIM, 2002).

Encerramos esse tópico dizendo que as principais justificativas dos autores para a realização de suas pesquisas na temática violência contra gestantes foram as que se seguem: a) Violência contra mulheres é problema de saúde pública (AUDI et al., 2008, DURAND; SCHRAIBER; 2007; MENEZES et al., 2003; MORAES; REICHENHEIM, 2002; PAZ, 2006; OKADA, 2007; RODRIGUES, 2007); b) obstáculo para o desenvolvimento socioeconômico (SILVA, 2007); c) desconhecimento da situação em municípios ou serviços (DURAND; SCHRAIBER; 2007; MENEZES et al., 2003; PAZ, 2006; OKADA, 2007); e d) fazer um diagnóstico para intervir na realidade (AUDI et al., 2008; DURAND; SCHRAIBER; 2007; OKADA, 2007; SILVA, 2006).

Chamamos atenção para o fato de as mulheres ordinariamente serem tomadas como vítimas e parceiros íntimos como principais autores (MENEZES et al., 2003; PAZ, 2006; OKADA, 2007; RODRIGUES, 2007; SILVA, 2006). Evidenciamos que os pesquisadores restringiram as suas discussões, quase sempre, às comparações de taxas, de fatores associados e de métodos empregados e às limitações do estudo (MENEZES et al., 2003; PAZ, 2006; RODRIGUES, 2007; SILVA, 2006).

Apenas Audi e colaboradores (2008), Durand e Schraiber (2007), Okada (2007) retomaram em suas discussões à forma como mulheres e homens tem se relacionado na vida social. Violência de gênero, ainda que tenha aparecido na fundamentação teórica, foi esquecida quando das discussões.

4 CAMINHOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Assumimos que realizamos uma pesquisa no âmbito da Epidemiologia Crítica, próxima às orientações de Breilh (2006). Epidemiologia porque o conhecimento que produzimos sobre violência contra gestantes foi pensado a partir e para a Saúde Coletiva. Crítico por ter sido elaborado para servir como mais um instrumento de transformação da realidade social. Nessa forma de pensar a Ciência, impõe-se caminhar com a Ética e a Política.

Alguns pressupostos teórico-metodológicos de sua Teoria orientaram as coleta de dados e análise dos resultados. O primeiro deles: a realidade é complexa e tem múltiplas dimensões e determinações. Sob tal ótica, o real é contraditório e está sempre em transformação: movimenta-se entre micro e macro, regularidade e irregularidade, reprodução e geração, geral e particular, equidade e inequidade, avanços e limitações, proteção e destruição, interno e externo e individual e coletivo. Nessa perspectiva, o conhecimento científico que elaboramos sobre violência contra gestantes se constituiu em uma aproximação da realidade objetiva (BREILH, 2006).

Outro pressuposto: fenômenos sociais devem ser analisados enquanto “processos” e não como objetos estáticos. Saúde e doença (violência e não-violência são partes dinâmicas de uma totalidade em movimento (BREILH, 2006).

Ademais, quando da construção do projeto definitivo, após o primeiro ano como aluna do Curso de Doutorado, tivemos o cuidado de dimensionar o fenômeno violência contra gestantes como objeto (dimensões ontológicas), como conceito (dimensão epistemológica) e como campo de ação (dimensão práxica). Procuramos pensar a violência no geral (da cidade de São Luís), no particular (da família e de outros grupos sociais) e no singular (do indivíduo). E oferecer possibilidades para o seu enfrentamento, a dimensão práxica (BREILH, 2006).

Porque tem uma dimensão epistemológica, a violência é polissêmica; seus significados são vários (BREILH, 2006). Nessa forma de pensar, uma definição de violência contra mulheres não conseguiria contemplar as subjetividades quer dos sujeitos que a vivenciam quer de quem produz conhecimentos científicos sobre ela.

No bojo dessa discussão, a violência praticada contra gestantes usuárias de serviços de pré-natal do Município de São Luís (Maranhão/Brasil) não foi compreendida de forma abstrata. Nessa perspectiva, assumimos que ela foi determinada pelas históricas relações de dominação/exploração produzidas e reproduzidas na vida social da cidade de São Luís, com primazia do masculino sobre o feminino; agravada por outras desigualdades, a exemplo de raça/etnia; e intensificada com as várias crises do Capital. Não obstante, com possibilidade de ser superada.

4.1 Aspectos éticos e políticos

A pesquisa BRISA (Coorte de Nascimento Brasileira Ribeirão Preto e São Luís), de onde se originou esta Tese, atendeu às exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CSN/196) e de suas normas complementares.

Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado para que as gestantes dos municípios de São Luís e Ribeirão Preto autorizassem a aplicação de questionários e a realização de exames (odontológico, urina, secreção vaginal, sangue e ultrassonografia obstétrica) da **Fase 1** da pesquisa ***Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras***. Ele continha as exigências para a realização de uma pesquisa envolvendo seres humanos. Entre outras informações, o Termo apresentou explicação completa e detalhada sobre a natureza da pesquisa (objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e possíveis incômodos e etc.); descreveu procedimentos que a entrevistada deveria tomar em caso de dúvidas ou problemas; e solicitou a anuência do sujeito da pesquisa ou de seu representante legal (APÊNDICE A).

O projeto, o termo de consentimento e tudo mais que se fez necessário para a realização da pesquisa BRISA, foram encaminhados ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra (Universidade Federal do Maranhão). O processo de nº 4771/2008-30 foi aprovado na reunião de 20/03/2009. (ANEXO A).

A partir de fevereiro de 2009, iniciamos os primeiros contatos e visitas aos principais órgãos que constituíam, naquele momento, a rede de atendimento às mulheres em situação de violência, no município de São Luís. Solicitamos aos seus representantes que indicassem os conteúdos para comporem um fôlder, que foi entregue às gestantes entrevistadas (APÊNDICE B).

O termo de consentimento foi assinado por todas as gestantes que participaram da pesquisa BRISA, antes da aplicação dos questionários e das coletas de exames. Também pelas mães ou responsáveis das adolescentes com até 17 anos de idade. Outros acompanhantes assinavam como testemunhas, quando o desejaram. Ajudamos as gestantes com dificuldades de leitura e esclarecemos as poucas dúvidas que surgiram, as quais estavam relacionadas, quase sempre, com o recebimento dos resultados dos exames.

Foi facultada a desistência sem qualquer prejuízo para a entrevistada e sua família, em todas as etapas da pesquisa. Apenas uma gestante preferiu não participar, quando de sua ida ao Centro de Pesquisas Clínicas (CEPEC) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), local de coleta de dados. Ela não concordou que se guardasse o sangue coletado para novos testes, conforme constava no termo de consentimento.

O processo de coleta de dados, em suas diferentes fases, contou com recursos humanos e materiais necessários que garantiram o bem-estar dos sujeitos da pesquisa. O preenchimento do cadastro e as aplicações dos questionários aconteceram em espaços que asseguraram a confidencialidade, a proteção da imagem e a não-estigmatização da gestante.

Com o objetivo de contribuir para a defesa de direitos humanos, a implementação de Políticas Públicas mais condizentes com a realidade social e melhoria das condições de saúde da mulher em situação de violência, e em especial de saúde de gestantes e de seus filhos, a equipe de trabalho assumiu o compromisso de comunicar os resultados da pesquisa às autoridades sanitárias, à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e à sociedade em geral.

4.2 Desenho do estudo

Para dar fins ao objeto de estudo, decidimo-nos por um Método Quantitativo, a saber, o Estudo Transversal. Este tipo de estudo epidemiológico analítico fornece um diagnóstico da situação de saúde/doença de uma população, em um determinado momento (PEREIRA, 2007).

Algumas características do Estudo Transversal determinaram que fosse a modalidade de estudo adotada pela autora e orientador, a saber: a) O pesquisador define o período de coleta de dados; b) Para cada unidade de observação, os dados são coletados uma única vez; c) Muitos fatores de risco podem ser investigados concomitantemente; e d) Ao final da coleta de dados, são formados os grupos segundo exposição e afeito (PEREIRA, 2007).

Pelas suas características, o Estudo Transversal apresenta vantagens com relação a outros que investigam a relação causa-efeito, a exemplo do Estudo de Coorte (exige o seguimento do grupo em observação). Tem mais baixo custo e é de mais fácil execução, porque os dados de cada unidade de observação são coletados em um único momento. Por estas facilidades, pode ser mais facilmente reproduzido, de forma a comparar resultados. É uma boa opção para descrever características dos eventos em uma população. Ademais, possibilita a identificação de novas doenças e de grupos de risco (PEREIRA, 2003).

Pereira (2003) apontou como limitações do Estudo Transversal: a) Quando a prevalência de um evento é baixa, há necessidade de amostra de grande tamanho; b) Existe a possibilidade de erro de classificação; c) Não permite conhecer incidência (número de casos novos); d) Baixo poder de análise da relação exposição-efeito; e e) A análise é dificultada pela presença de fatores de confundimento.

Todas essas considerações foram levadas em conta quando do planejamento da pesquisa que originou esta Tese. Também quando da análise de seus resultados.

A Fase 1 da pesquisa ***Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e conseqüências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras*** começou a ser planejada, de forma mais detalhada, no primeiro semestre de 2007, por pesquisadores do Núcleo de Pesquisas em Saúde Coletiva/Universidade Federal do Maranhão e do Núcleo de Estudos da Saúde da Criança e do Adolescente/Universidade de São Paulo/Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Os primeiros encontros entre a coordenação e demais componentes do Núcleo de Pesquisas em Saúde Coletiva tiveram como finalidade elaborar um projeto de pesquisa, atendendo às orientações do edital publicado pela Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA), em fevereiro de 2007, o qual tratava do Programa de Apoio a Núcleos de Excelência/PRONEX. O projeto teve como título ***Fatores etiológicos da prematuridade: uma abordagem integrada***. O início do trabalho de campo estava programado o ano de 2009.

Com a aprovação do projeto ***Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e conseqüências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras***, pela Fundação de Amparo à de Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), as reuniões de planejamento se tornaram mais regulares, inclusive por meio de videoconferência.

Todavia, a magnitude da pesquisa BRISA resultou em atraso do seu início. As duas coortes (pré-natal e nascimento) deveriam ser conduzidas concomitantemente. A coorte de nascimento precisaria ser iniciada no primeiro dia do ano. Não foi possível para o ano de 2009. Ter um grupo de entrevistadores nas principais maternidades de São Luís, diariamente, evitaria perdas na coorte iniciada no pré-natal.

Ter participado de reuniões de planejamento resultou em grande aprendizado pela autora. E facilitou o seu trabalho de supervisão no Centro de Pesquisas Clínicas (CEPEC) da Universidade Federal do Maranhão, local do trabalho de campo.

4.3 O município de São Luís como campo da pesquisa

A escolha do município de São Luís, capital do Estado do Maranhão, como referência para definição da população de estudo, se deveu ao fato de ser a cidade de trabalho da autora e de seu orientador.

São Luís, fundada no ano de 1.612, fica localizada na Ilha de Upaon-Açu, que contém três outros municípios: São José de Ribamar, Paço do Lumiar e Raposa. Os quatro municípios compõem a Região Metropolitana da Grande São Luís.

Tem uma área territorial de 827,17km². Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), no ano de 2000, foi 0,78. A população de São Luís, no ano de 2008, foi estimada em 986.826, sendo a masculina de 458.249 e a feminina de 528.577 (BRASIL, 2011b).

O município de São Luís está organizado em sete distritos sanitários, a saber, Centro, Itaqui-Bacanga, Coroadinho, Bequimão, Cohab, São Cristóvão e Vila Esperança. O Município aderiu ao Pacto Pela Saúde, no ano de 2007. Está habilitado na Condição de Plena do Sistema de Saúde. Pelo Plano Diretor de Regionalização do Estado do Maranhão, é referencia em média e alta complexidade para 126 municípios que corresponde a uma população de 3.864.644 habitantes (PREFEITURA DE SÃO LUÍS, 2010).

A Estratégia Saúde da Família está cobrindo 32,86% do município de São Luís, com 94 equipes de Saúde da Família. Os números de gestantes com adesão ao pré-natal foram 1.028, em 2009, e 1.084, em 2010 (BRASIL, 2011b).

O município possui uma rede de serviços de saúde composta por 157 unidades de saúde, distribuída como se segue: a) rede própria, com 87 unidades municipais; b) rede credenciada, com 33 unidades estaduais, uma unidade federal, 11 unidades filantrópicas e 25 unidades privadas (PREFEITURA DE SÃO LUÍS, 2010).

O número de leitos obstétricos se distribui da seguinte forma: a) 87 leitos em serviços públicos federais; b) 137 em unidades estaduais; c) 13 leitos municipais e 219 privados (BRASIL, 2011b).

Em 2005, contabilizaram-se 17.779 partos hospitalares no município de São Luís, representando 99,78% do total de partos (DATASUS, 2007a; DATASUS, 2007b).

4.4 Revisão de literatura

Ao longo dos quatro anos do Curso de doutorado, a autora procurou orientar os seus trabalhos de conclusão (artigos) de disciplinas para o objeto de estudo da Tese. Quando da qualificação do projeto, em 2009, ela foi feita de forma a obter melhores evidências. O fato de ter participado de um curso de saúde baseado em evidência facilitou o processo de busca dos materiais de interesse. Essa atividade foi iniciada em janeiro de 2009 e se estendeu até o final de maio de 2011. Com a mudança do objeto de estudo, em agosto de 2010, retornamos a uma exaustiva busca sobre Estudo Transversal e fatores associados à violência contra gestantes. O que era variável dependente foi transformado em desfecho.

Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)⁵ para definir os vocábulos orientaram as busca de documentos científicos de interesse nas bases de dados Cochrane BVS⁶, MEDLINE⁷, PUBMED⁸, e LILACS⁹ e os resumos de teses no portal

⁵ São vocabulários estruturados e trilingues (português, inglês e espanhol), os quais foram criados pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) para indexação de artigos e de outros tipos de materiais e para facilitar o acesso aos documentos científicos oferecidos nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

⁶ Reúne revisões sistemáticas (texto completo), resumos de revisões sistemáticas, ensaios clínicos, estudos de avaliação econômica em saúde, publicações sobre metodologias, informes de avaliação de tecnologias de saúde e resumos de revisões sistemáticas em português.

⁷ É uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela National Library of Medicine. A busca, através de descritores de assunto, poderá ser realizada na língua portuguesa, via Biblioteca Virtual em Saúde.

⁸ É uma base de dados desenvolvida pelo National Center for Biotechnology Information da National Library of Medicine, a qual permite a busca e recuperação de informações de várias bases de dados, a exemplo da Medical Literature Analysis and Retrieval System On-Line (MEDLINE).

⁹ A base de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) oferece, gratuitamente, literatura técnico-científica de autores latino-americanos e do Caribe. Está sob a responsabilidade das instituições que integram o Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Contém teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos, artigos de revistas, entre outros tipos de literaturas.

Periódicos¹⁰. Foram selecionados os seguintes descritores de assunto: a) *violência contra a mulher* (*violence against women* e *violencia contra la mujer*); b) *violência doméstica* (*domestic violence* e *violencia doméstica*); c) *violência sexual* (*sexual violence* e *violencia sexual*); e d) *gestação* (*pregnancy* e *embarazo*).

Também realizamos revisão de literatura para decidirmos sobre o instrumento de diagnóstico de violência. E para acessar publicações sobre pesquisas que analisaram a forma de aplicar os questionários (autoaplicado ou através de entrevistadores).

4.5 Definição dos instrumentos de coleta de dados

A discussão sobre os conteúdos dos questionários foi iniciada em dezembro de 2008. A equipe se dividiu, em grupos, segundo interesses afins. Durante o ano de 2009, foram feitas reuniões mais amplas entre o grupo de São Luís e Ribeirão Preto, algumas presenciais, outras por meio de videoconferências. Alguns dias antes dessas reuniões, os instrumentos provisórios eram distribuídos para a equipe técnica, a fim de serem lidos e feitas sugestões. Dúvidas que não foram resolvidas ficaram para ser tiradas no estudo-piloto.

O período de definição dos questionários foi um momento de grande aprendizado, mas o de maior tensão para a autora (e possivelmente para outros pesquisadores). Uma pesquisa da magnitude que estava sendo proposta, com vários subprojetos, não poderia dar conta dos interesses ou necessidades individuais. O que deveria ficar no questionário do pré-natal e o que iria para o do nascimento? Como resolvemos? Discutimos o que seria necessário de coleta de dados para dar conta dos objetos de estudo e objetivos dos subprojetos. Também selecionamos questões a partir da possibilidade de os dados serem trabalhados e produzirem conhecimento (as perguntas permaneceram) ou ficarem obsoletos em um banco (questões eram retiradas).

A busca de literatura científica serviu para decidir pela permanência do instrumento do *OMS Estudo-multipaíses*, ainda pouco divulgado. À opinião de que o *Abuse Assessment Screen* era o mais utilizado e facilmente compreendido,

¹⁰ O portal Periódicos foi criado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) do Ministério da Educação (Brasil).

apresentamos a sua maior fraqueza: não era adequado para medir violência psicológica, apontado como o tipo mais comum (TAILLIEU; BROWNRIDGE, 2010). O *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2) se mostrou útil para identificar violência física entre parceiros íntimos. Nós iríamos investigar os tipos psicológico, físico e sexual (MORAES; REICHENHEIM, 2002).

O questionário do *OMS Estudo multipaíses sobre saúde da mulher e violência contra a mulher*, que foi validado no Brasil pelo grupo coordenado pela Dra. Lilian Schraiber, não foi elaborado exclusivamente para violência. As perguntas sobre o diagnóstico foram apresentadas no Tópico 2.

Para avaliação do apoio social¹¹, utilizamos o instrumento *Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOS)*, que foi validado no Brasil por Griep e colaboradores (2005). A escala original de apoio social tinha cinco dimensões, a saber: a) material (perguntas 01 a 04); b) afetiva (perguntas 05 a 07); c) emocional (perguntas 08 a 11); d) informação (perguntas 12 a 15); e e) interação social positiva (perguntas 16 a 19). Esse grupo de pesquisadores reuniu as dimensões *afetiva* (diz respeito a demonstrações físicas de amor e afeto) e *interação social positiva* (investiga se o entrevistado tem com quem relaxar e divertir-se) na dimensão *afetiva/interação social positiva*. As dimensões *informação* (avalia se as pessoas têm com quem se aconselhar e se informar) e *emocional* (perguntas sobre problemas emocionais e a reação que as pessoas adotam diante deles).

Para cada pergunta, há cinco opções de respostas com seus respectivos pontos: a) “nunca” (um ponto); b) “raramente” (dois pontos); c) “às vezes” (três pontos); “quase sempre” (quatro pontos); e e) “sempre” (cinco pontos). Seguimos as orientações de Griep e colaboradores (2005) para construção de escores.

Utilizamos como ponto de corte o percentil 75. Definimos como adequado apoio social quando a gestante estava na posição do percentil 75 ou acima dele. Inadequado apoio social era quando a gestante estava abaixo desse percentil.

Em 19/08/2009, os questionários foram definidos. Dúvidas que ainda existiam ficaram para ser resolvidas no projeto piloto.

¹¹ Recursos postos à disposição de pessoas em situação de necessidade (GRIEP et al., 2005).

As perguntas de diagnóstico de violência foram selecionadas de um questionário maior, o QUESTIONÁRIO DO PRÉ-NATAL AUTOAPLICADO, composto por 9 blocos. Dos blocos S – Escalas de Rede e Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOS), T - Questionário de violência da OMS e U – Consumo de drogas, foram tiradas uma ou mais perguntas (APÊNDICE C).

Do instrumento QUESTIONÁRIO DO PRÉ-NATAL ENTREVISTA foram retirados dados de identificação, demográficos e socioeconômicos de gestantes. Informações sobre parceiro íntimo e chefe de família também foram selecionadas. Ele foi construído a partir de outros questionários já utilizados pelos pesquisadores do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (APÊNDICE D).

A seleção das perguntas foi fundamentada a partir da necessidade de identificar as entrevistadas e do conhecimento científico sobre fatores associados à violência contra gestantes.

4.6 Caracterização das variáveis de interesse

Consideramos que houve *violência contra gestantes* quando a entrevistada respondeu afirmativamente a uma ou mais perguntas de diagnóstico de violência (perguntas T1 a T13), as quais compuseram, com outras, o Bloco T do QUESTIONÁRIO DO PRÉ-NATAL AUTOAPLICADO.

Dissemos que houve violência psicológica quando a gestante assinalou “*uma vez*”, “*poucas vezes*” ou “*muitas vezes*” para uma das seguintes perguntas: a) “**Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?**”; b) “**Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?**”; c) “**Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como a olha, como grita, quebra coisas)?**”; e d) “**Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta?**”.

Violência física foi considerada presente na gestação quando a entrevistada marcou “*uma vez*”, “*poucas vezes*” ou “*muitas vezes*” para alguma dessas cinco questões: a) “**Deu-lhe uma tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?**”; b) “**Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão?**”; c) “**Machucou-a com um soco ou com algum objeto?**”; d) “**Deu-lhe um chute,**

arrastou ou surrou você?"; e) "Tentou estrangular ou queimou você de propósito?" e f) "Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?".

Para diagnóstico de violência sexual, as perguntas foram as que se seguem: a) "Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?"; b) "Você teve relação sexual porque estava com medo do que essa pessoa pudesse fazer?"; e c) "Forçou-a a uma prática sexual que você considera humilhante?". As entrevistadas deveriam assinalar a uma dessas questões para que se considerasse como tendo existido violência no período gestacional em curso.

Violência *recorrente* foi a que houvesse tido mais de um episódio. Foi identificada a partir das respostas "**poucas vezes**" e "**muitas vezes**".

A expressão *violência geral* reuniu os tipos psicológico, físico e sexual, de ocorrência tanto no âmbito do doméstico e familiar quanto na vida comunitária.

Violência doméstica e familiar foi compreendida como qualquer violência praticada por um desses sujeitos, independente de coabitação: parceiros íntimos, ex-parceiros íntimos, familiares e outros sujeitos residentes com as gestantes e familiares que não coabitavam com elas.

Violência comunitária foi definida como qualquer tipo de agressão praticada por vizinhos, conhecidos e desconhecidos.

Violência com complicações foi a que deu origem a pelo menos um problema de saúde, segundo entendimento da gestante.

Chamamos de atual parceiro íntimo ao marido/companheiro/namorado da gestante da época da entrevista, independente de coabitação.

Definimos como **variáveis desfechos** para investigação de associação entre exposição-efeito: a) *violência psicológica contra gestantes*; b) *violência física-sexual contra gestantes*. Para afirmar que tenha havido o desfecho *violência psicológica*, foi necessário que a entrevistada houvesse respondido a pelo menos

uma das quatro perguntas de diagnóstico de violência psicológica. Com relação à *violência física/sexual*, ela teria de assinalar afirmativamente uma ou mais opções das nove perguntas sobre esses dois tipos de violência.

As **variáveis independentes**, construídas a partir de características demográficas, socioeconômicas e comportamentais de gestantes ou de parceiros íntimos e chefes de família, foram as que se seguem:

1. *Idade cronológica* (gestantes, parceiros íntimos e chefes de família): a idade cronológica é uma variável numérica contínua, definida como a idade em anos completos.
2. *Grupos etários* (gestantes e parceiros íntimos): variável categórica nominal composta por três grupos estratificados segundo intervalos de idade cronológica, a saber. a) grupo de adolescentes (idades de até 19 anos completos); b) grupo de jovens não-adolescentes (idades variando de 20 a 24 anos completos); e c) grupo de adultos (25 anos ou mais). Para estabelecer esta estratificação, utilizamos as orientações das Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2011a).
3. *Grupos etários de chefes de família*: variável categórica dicotômica composta por dois grupos estratificados segundo intervalos de idade cronológica, a saber: a) grupo de jovens (idades de até 24 anos completos); b) grupo de adultos (25 anos ou mais). A justificativa para dois grupos em vez de três foi porque apenas sete chefes tiveram idades de 17 a 19 anos (BRASIL, 2011a).
4. *Componentes das famílias das gestantes*: variável categórica nominal, organizada em seis grupos: a) gestante reside só; b) gestante e um ou mais filhos; c) gestante e seus familiares, com ou sem filhos; d) gestante e parceiro íntimo, com ou sem filhos; e) gestante, parceiro íntimo e familiares, com ou sem filhos; e f) gestantes e outros, com ou sem filhos.

5. *Situação conjugal da gestante*: variável categórica nominal organizada em três grupos, a saber: a) casada/união consensual; b) solteira/viúva; e c) divorciada/desquitada. Organizamos os grupos pela forma como poderiam estar se relacionando com um parceiro íntimo.
6. *Coabitar com parceiro íntimo*: variável categórica dicotômica, organizada segundo a situação de residir (1) ou não (0) com um parceiro íntimo, independente da situação conjugal.
7. *Número de moradores no domicílio*: variável categórica nominal, organizada em quatro grupos: a) um componente; b) dois, três e quatro componentes; c) cinco, seis, sete e oito componentes; d) nove ou mais componentes.
8. *Número de moradores por dormitório*: variável categórica nominal, organizada em três grupos: a) uma pessoa por dormitório; b) duas pessoas por dormitório; c) três ou mais pessoas dormitório.
9. *Número de filhos vivos*: variável categórica nominal, organizada em quatro grupos: a) sem filhos; b) um filho; c) dois filhos; e d) três ou mais filhos.
10. *Último nível de ensino* (gestantes, parceiros íntimos e chefes de família): variável categórica nominal composta por três grupos, a saber: a) Ensino Fundamental (compreendeu da primeira à oitava série do atual Ensino Fundamental e o antigo Primário e Ginásio); b) Ensino Médio (o atual Ensino Médio e o antigo Secundário); e c) Ensino Superior (algum Curso de Graduação iniciado ou concluído).
11. *Trabalho remunerado* (gestante e parceiro íntimo): variável categórica dicotômica, considerada não (0) e sim (1).
12. *Grupos de ocupações* (gestante, parceiro íntimo e chefe de família): variável categórica nominal constituída em quatro grupos: a) diretor/gerente de grandes estabelecimentos; b) funções de nível superior; c) técnicos de nível médio e gerentes de pequenos estabelecimentos; e d) manuais e de outros tipos.

13. *Relações de ocupação* (gestante, parceiro íntimo e chefe de família): variável categórica nominal constituída em quatro grupos: a) autônomo(a), a saber, tinham seu próprio negócio; b) assalariado(a); c) empregador(a) ou dono(a) de empresa; e d) ocupações esporádicas.
14. *Renda familiar inferior ao salário mínimo nacional*: variável categórica dicotômica, com dois grupos: a) não (0); b) sim (1).
15. *Classes econômicas*: variável categórica dicotômica definida como o total de vários bens e o curso do chefe de família e organizada em dois grupos: a) classes econômicas A/B/C; e b) classes econômicas D/E. O Critério de Classificação Econômica Brasil estima o poder de compra da população (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2010).
16. *Salário mínimo necessário DIEESE*: variável categórica dicotômica definida como o total de renda de todos os componentes da família com trabalho remunerado e atingindo o valor recomendado pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Econômicos (DIEESE): a) não (0); b) sim (1). Segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Econômicos, *salário mínimo necessário* é aquele capaz de atender às necessidades vitais de uma família formada por dois adultos e duas crianças (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS ECONÔMICOS, 2010). A média, para o período de fevereiro a dezembro de 2010, foi R\$ 2.121,43.
17. *Dimensão material do apoio social inferior ao percentil 75*: variável categórica dicotômica organizada em dois níveis: a) não (adequado); b) sim (inadequado).
18. *Dimensão emocional/informação do apoio social inferior ao percentil 75*: variável categórica dicotômica organizada em dois níveis: a) não (adequado); b) sim (inadequado).
19. *Dimensão afetivo/interativo do apoio social inferior ao percentil 75*: variável categórica dicotômica organizada em dois níveis: a) não (adequada); b) sim (inadequada).

20. *Início do pré-natal no primeiro trimestre gestacional*: variável categórica dicotômica, estabelecida como sim (1) se a gestante teve sua primeira consulta de pré-natal como menos de 120 dias de gestação.
21. *Consulta de pré-natal exclusivamente em serviços públicos*: variável categórica dicotômica, estabelecida como sim (1), se a gestante teve suas consultas de pré-natal realizadas exclusivamente no Sistema Público de Saúde, e não (2), se ela compareceu a consultas em serviços privados.
22. *Abuso de álcool pela gestante durante o período gestacional*: variável categórica nominal constituída em três grupos: a) não (nunca ingeriu bebida alcoólica e nunca ingeriu quatro ou mais doses de bebida alcoólica na atual gestação, em uma única ocasião); b) raramente (quando a gestante ingeriu quatro ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião em intervalo maior que um mês); e c) frequentemente (reuniu quem ingeriu quase todos os dias a uma a três vezes ao mês). Consideramos que a gestante fez uso abusivo de álcool quando ela consumiu quatro ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião (BRASIL, 2010).
23. *Uso de drogas ilícitas pela gestante até três meses antes da atual gestação*: variável categórica dicotômica, com dois grupos: a) não (0); b) 1 sim (1).
24. *Sujeito chefe de família*: variável categórica nominal definida como a pessoa de maior renda no domicílio e constituída em três segmentos: a) gestante; b) parceiro íntimo; e c) outros.
25. *Sexo do chefe de família*: variável categórica dicotômica definida como o sexo da pessoa de maior renda no domicílio e constituída em dois grupos: a) masculino (1); b) feminino (2).

4.7 Seleção e treinamento das entrevistadoras

No início de 2010, as entrevistadoras foram selecionadas. Todas eram alunas de algum Curso de Graduação da Área da Saúde. O treinamento obedeceu ao seguinte roteiro e teve a duração de uma semana: a) apresentação do trabalho e descrição detalhada da pesquisa (justificativas, objetivos e etc.); b) descrição da

metodologia de pesquisa; c) logística do trabalho de campo; d) leitura e discussão dos questionários e manual de instruções; d) dramatização das entrevistas; e) realização de três entrevistas, sob supervisão, para detecção e correção de erros; e f) avaliação do treinamento.

4.8 Definição da amostra e controle do erro amostral

Foi utilizada amostra de conveniência pela impossibilidade de ser obtida uma amostra aleatória representativa de mulheres grávidas da população de São Luís, pela inexistência de registros confiáveis de mulheres grávidas ou de mulheres que buscam pela atenção pré-natal.

Utilizamos a seguinte fórmula para o cálculo amostral de Estudos Transversais, buscando encontrar associação:

$$ERRO = Z\alpha \sqrt{\frac{PQ}{n}}$$

Erro tipo Beta = 2% (para um Poder Estatístico de 80%);

Erro Alfa = 5%, $Z\alpha = 1,96$;

P = Prevalência na população (11,1%, estimada pelo *Oms Estudo múltipaisés* para a Zona da mata de Pernambuco);

Q = 100 – P, expostos na população; e

n = Tamanho da amostra.

Este cálculo mostrou que precisávamos de 940 gestantes, aproximadamente, número atingido na primeira semana de janeiro de 2011. Decidimos incluir todas as que compareceram ao Centro de Pesquisas Clínicas nesse início de janeiro. Dessa forma, a população final totalizou 971 gestantes.

4.9 Estudo-piloto

O estudo-piloto foi realizado abrangendo todas as etapas da pesquisa, desde o cadastro de gestantes, a apresentação do entrevistador e a realização das entrevistas.

4.10 Seleção dos sujeitos da pesquisa e cadastramento

Ter realizada ultrasonografia obstétrica antes da 20^a semanas de gestação e não ter ultrapassado 25 semanas gestacionais foram definidos como critério de inclusão, visto que, nesse período, colhe-se um cálculo mais fidedigno da idade gestacional. A gravidez múltipla foi critério de exclusão porque tem sido apontada como um dos principais determinantes de nascimento pré-termo, mesmo na ausência de complicação. Esses critérios foram os utilizados na pesquisa BRISA.

As gestantes foram contactadas por membros da equipe de trabalho (recrutadores do sexo feminino), de segunda a sexta-feira, nas três maiores maternidades públicas do município de São Luís. Todas que preencheram os critérios de inclusão receberam um pôster que continha informações sobre a pesquisa e telefones para tirarem dúvidas. As gestantes interessadas e aptas a participar foram cadastradas. Seus dados de identificação (nome, endereço, telefones pessoais e de familiares), local das consultas de pré-natal e idade gestacional calculada pela ultrasonografia foram guardados em arquivo. Após preencherem a ficha cadastral, recebiam um cartão marcando dia e horário da ida ao Centro de Pesquisas Clínicas.

As entrevistas foram programadas para acontecer quando tivessem entre 22 a 25 semanas gestacionais. Um ou dois dias antes da data prevista, eram lembradas sobre o comparecimento ao local de coleta de dados.

Cartazes com informações sobre a pesquisa BRISA foram fixados nas três maternidades. Em serviços públicos que realizavam ultrasonografia, apresentamos a pesquisa e também deixamos cartazes e pôsteres.

A pesquisa foi divulgada pelo programa *Bom Dia Maranhão* (Sistema Mirante Comunicação), antes de iniciada a coleta de dados. A *Rádio Universidade* (Universidade Federal do Maranhão) entrevistou a autora desta Tese. Também elaborou um spot, com o objetivo de estimular a participação de gestantes, o qual foi veiculado diversas vezes ao dia e durante uma semana.

4.11 O trabalho de campo: a aplicação dos questionários

O trabalho de campo teve duração aproximada de 10 meses. A partir da 22ª segunda semana de gestação e com limite máximo de 25 semanas gestacionais, a gestante cadastrada foi entrevistada, em dias e horários previamente estabelecidos, no Centro de Pesquisas Clínicas.

No CEPEC, eram recebidas pelas entrevistadoras e supervisora ou pela responsável em conduzi-las a uma das cinco salas de coletas de dados. Apenas o responsável pela coleta de sangue, em um dos turnos, era do sexo masculino. Todos os integrantes da equipe técnica portavam crachás com seus nomes e usavam blusas com a identificação da pesquisa BRISA.

Enquanto a gestante lia o termo de preenchimento, a autora desta Tese, na função de supervisora, verificava a idade gestacional, segundo a ultrassonografia obstétrica e a data da última menstruação. Dúvidas eram esclarecidas com a gestante. Se a idade gestacional, no dia do comparecimento, era inferior a 20 semanas, marcava-se a ultrassonografia obstétrica para o período adequado.

Se alguma entrevistadora tinha dúvidas sobre o preenchimento dos questionários, ela consultava a supervisora de campo. Persistindo as dúvidas, a coordenadoria era contactada ou a responsável pela codificação. Observações sobre as dificuldades encontradas eram relatadas ao lado das respostas das entrevistadas.

O tempo de permanência de cada gestante, no Centro de Pesquisas Clínicas, foi de duas horas, aproximadamente. O tempo mínimo de preenchimento do QUESTIONÁRIO DO PRÉ-NATAL AUTOAPLICADO foi 25 minutos e o máximo de uma hora e dez minutos. Frequentemente, as gestantes precisavam de 40 minutos para concluí-lo. Quanto ao QUESTIONÁRIO DO PRÉ-NATAL, as entrevistas demoravam de 20 a 30 minutos. Evitávamos que preenchessem um questionário em seguida ao outro.

Oferecíamos auxílio quando percebíamos que estavam tendo dificuldades. Quando cansadas ou impacientes, esperávamos que concluíssem um bloco e a levávamos para o exame odontológico ou para coleta de materiais

biológicos (sangue, urina e secreção vaginal). Sem exceção, todas as gestantes necessitaram de auxílio e/ou precisaram rever respostas incompletas. Uma delas chegou a brincar que estavam respondendo o “ENEM da gravidez”. Várias disseram que tinham gostado de refletir sobre fatos de suas vidas.

Para amenizar problemas, revisávamos os questionários de cada uma delas, antes que deixassem o Centro de Pesquisas Clínicas. Entretanto, erros de preenchimento passaram despercebidos.

Como forma de evitar perdas na coorte pré-natal, desenvolvemos um acompanhamento mensal das gestantes, através de telefonemas. Avisávamos a coordenadoria quando não conseguíamos falar com elas e seus contatos. Isso acontecia com as que não tinham telefones fixos. Quando retornavam da maternidade para suas casas, após o parto, confirmávamos se haviam sido feitas a entrevista do nascimento e a coleta da saliva do recém-nascido para investigação de Citomegalovirose. Esse processo facilitou que conseguíssemos recuperar informações sobre os perpetradores de violência e que tirássemos dúvidas sobre o preenchimento dos questionários.

Tivemos o cuidado de deixar os acompanhantes distantes das gestantes quando da aplicação dos questionários. A sala destinada a essa atividade era pequena e não comportava mais que seis entrevistadas. Quando percebíamos alguma aproximação, encaminhávamos a gestante para coleta de materiais biológicos. Enquanto respondiam o questionário autoaplicado, dizíamos que ficassem tranqüilas quanto ao sigilo das informações.

4.12 Processamento dos dados

Um manual foi elaborado para orientar o profissional responsável pela codificação. Em caso de dúvidas, esse profissional entrava em contato com entrevistadoras e supervisora. Erros de preenchimento dos questionários foram resolvidos na sala da secretaria, pelas entrevistadoras, posto que os prontuários não podiam ser retirados do local onde estavam arquivados. A codificação foi iniciada em seguida ao trabalho de campo.

A digitação foi realizada, no Programa Epiinfo (EPI-INFO 3.5.1), em uma cópia. Todavia, seis alunos dos Cursos de Medicina ou Enfermagem, sob supervisão da autora da Tese, revisaram todos os questionários e o banco de dados digitado. Em seguida, o banco de dados foi transferido para programa STATA/SE, versão 10.0. Esta fase teve início em novembro de 2010 e foi finalizada em janeiro de 2011.

Em seguida, procedemos com a verificação de eventuais problemas de digitação e de inconsistência entre os dados, fase que demorou dois meses, aproximadamente. A cada identificação de problemas, recorriamos aos questionários ou ao responsável pela codificação.

Organizamos as variáveis numéricas em categóricas, com base na literatura científica sobre violência contra gestantes. Nessa perspectiva, gestantes com até 19 anos compuseram o grupo de “adolescentes” e receberam um número de identificação. Categorias de variáveis qualitativas também foram reorganizadas, a exemplo de “viúva”. Apenas uma gestante se declarou nessa condição e foi inserida no grupo “solteira”. Nessas duas condições, as entrevistadas não coabitavam com parceiros íntimos e não viviam situações de conflitos como nos pareceu acontecer quando a gestante era “divorciada/desquitada”.

4.13 Estatísticas descritiva e indutiva e discussão dos resultados

Após coletados, os dados foram devidamente analisados com o auxílio de programa estatístico, a saber, STATA/SE, versão 10.0. Utilizamos comandos que nos forneceram freqüências, percentuais e medidas de tendência central (médias e medianas), separatrizes (quartis e percentis) e de variabilidade (assimetria e desvio-padrão) de variáveis, e intervalos de 95% de confiança, p-valores e razões de prevalências. Para verificação de normalidade de variáveis quantitativas, a exemplo de “idade cronológica”, e escolha da média ou mediana, utilizamos o gráfico Box-plot e o Teste de Shapiro-wilk.

Trabalhamos, inicialmente, com os comandos que nos permitiram descrever características demográficas, socioeconômicas e comportamentais das gestantes e de parceiros íntimos e chefes de família. Para as variáveis numéricas (ou quantitativas), apresentamos freqüências, percentuais, percentis, quartis, médias

(se havia normalidade) ou medianas (se a distribuição não era normal) e desvio padrão (se a distribuição era normal). Se a variável era categórica (ou qualitativa), mostramos frequências e percentuais.

Em seguida, usamos o Teste Qui-Quadrado ou o Teste Exato de Fisher (se havia frequência inferior a cinco) para verificar associação entre duas variáveis (análise bivariada), a exemplo de “grupos etários” e “trabalho remunerado” de gestantes. Verificamos frequências, percentuais e p-valores.

Na investigação de associação entre variáveis desfechos (violência psicológica ou violência física/sexual) e variáveis independentes, utilizamos a análise bivariada para identificamos a categoria de menor risco (categoria de referência) em cada uma das variáveis independentes. Atribuímos a cada uma dessas categorias o **risco 1**.

Após essa etapa, procedemos com a análise bivariada entre **variável desfecho** (violência psicológica ou violência física/sexual) e cada uma das **variáveis independentes**, com o auxílio de comandos para o **Modelo de Regressão de Poisson**. Obtivemos a Razão de Prevalências (RP) e o Intervalo de 95% de Confiança, além do p-valor. A Razão de Prevalência nos mostrou o risco de ocorrer violência com relação à categoria de referência.

O Modelo de Regressão de Poisson foi empregado porque as taxas de violência psicológica e física e sexual foram superiores a 10% (COUTINHO; SCAZUFCA; MENEZES, 2008; HIRAKATA, 2009).

Quando o p-valor foi inferior a 0,2, na análise bivariada, a variável independente foi selecionada para entrar na análise multivariada (ou análise ajustada), que nos deu o risco ajustado. Permaneceram no modelo final as com p-valor inferior a 0,1. Consideramos que houve com significância estatística quando o p-valor foi inferior a 0,05. Outrossim, o Intervalo de 95% de Confiança não deveria incluir o numero 1.

Quando colocamos as variáveis independentes selecionadas para serem analisadas juntas, observamos que houve colinearidade (correlação) entre algumas delas. Se o modelo retirava uma variável independente com p-valor inferior a 0,05,

procuramos transformá-la para que não fosse excluída. Como exemplo, tivemos a variável “situação conjugal da gestante” (com suas categorias casada/união consensual, solteira/viúva e divorciada/desquitada) na análise bivariada. Ela foi transformada na variável “desquitada/divorciada” e testada na análise ajustada.

4.14 Divulgação da Tese

O compromisso de divulgar a Tese, quando da elaboração do projeto será mantido. Entrevistadas serão convidados a participar de palestras e poderão consultar publicações. A equipe técnica será informada sobre a apresentação da pesquisa em reuniões científicas e na defesa da Tese. Dois artigos e um resumo ampliado estão sendo submetidos à avaliação de comissões de encontros científicos. A Tese, após correção final, será enviada às Bibliotecas da Universidade Federal do Maranhão. A autora tem intenção de publicar um livro. Gestores de Políticas Públicas e Organizações não-governamentais receberão um resumo ampliado.

5 VIOLÊNCIA PRATICADA CONTRA GESTANTES USUÁRIAS DE SERVIÇOS DE PRÉ-NATAL DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS

Nesse item, em um primeiro momento, apresentamos os sujeitos de quem coletamos informações. Procuramos fazer com que os dados produzissem uma totalidade. Consideramos tal atitude importante, tanto para as entrevistadas (verão suas individualidades em uma coletividade) e a equipe técnica da pesquisa, como para gestores e profissionais da Área da Saúde e da rede de atendimento às mulheres em situação de violência, comunidade científica e a quem mais possa interessar-se pelo conhecimento que produzimos. Nesse âmbito, no subitem 5.1, precedemos à análise descritiva de características demográficas e socioeconômicas de gestantes, parceiros íntimos e chefes de família, além de comportamentais das entrevistadas. Evidenciamos algumas de suas especificidades e introduzimos situações observadas durante o trabalho de campo.

Em seguida, no subitem 5.2, apresentamos taxas de violência geral, psicológica, física, sexual, recorrente e com complicações. Identificamos os perpetradores e estabelecemos as taxas de violência doméstica/familiar e comunitária.

Em outros dois tópicos, analisamos os desfechos violência psicológica (subitem 5.3) e violência física/sexual (subitem 5.4), segundo características demográficas, socioeconômicas e comportamentais. Mostramos os resultados da análise entre cada variável independente e os desfechos, os quais foram obtidos com o Modelo de Regressão de Poisson. Justificamos as entradas das variáveis independentes nas análises ajustadas e a permanência daquelas que compuseram os modelos finais.

Optamos por apresentar as discussões por variável, em seguida aos resultados. Analisamos os nossos achados, principalmente, à luz de pesquisas que tiveram seus trabalhos de campo realizados em municípios brasileiros e de revisões de literatura sobre violência contra gestantes.

5.1 Identificando as primeiras 971 gestantes da pesquisa BRISA

A maioria das 971 gestantes residia no município de São Luís. Apenas duas gestantes eram domiciliadas fora da Ilha de Upaon-Açu, em cidades distantes até 86 quilômetros da capital maranhense. Uma teve a gestação classificada como de alto risco e preferiu buscar auxílio no Hospital Universitário Materno Infantil/ Universidade Federal do Maranhão. A segunda se deslocava, até São Luís, para que pudesse ter a companhia de sua mãe nas suas consultas de pré-natal. Poucas moravam em Ribamar e Paço do Lumiar, outros dois municípios da Ilha de São Luís.

A idade cronológica das gestantes variou de 14 (foram quatro) até 44 anos (uma entrevistada), com mediana de 25 anos. O grupo de entrevistadas com até 19 anos (grupo de adolescentes) totalizou 121 (12,46%). Percebemos que algumas adolescentes participaram da pesquisa BRISA por influência de mulheres de suas famílias. Em um dos serviços de assistência pré-natal, onde realizávamos o cadastramento, uma gestante adolescente ligou ao marido/companheiro para que ele lhe permitisse a inscrição. Na faixa etária de 20 a 24 anos (grupo de jovens não-adolescentes) foram incluídas 306 gestantes (31,52%). As mulheres adultas (25 ou mais anos) somaram 544 (56,02%).

A proporção de gestantes adolescentes que entrevistamos foi inferior em cerca de duas vezes às de duas pesquisas brasileiras que realizaram seus trabalhos de campo em ambulatórios de pré-natal (AUDI et al., 2008; SANTOS et al., 2010). Entretanto, as nossas entrevistadas precisavam deslocar-se de suas residências até o Centro de Pesquisas Clínicas da Universidade Federal do Maranhão. Ademais, se a gestante tivesse idade inferior a 18 anos, solicitávamos-lhe que comparecesse acompanhada de um familiar adulto, a fim de que ele assinasse o Termo de Consentimento como testemunha. Essas duas condições podem ter restringido a participação de gestantes adolescentes.

Durand e Schraiber (2007) entrevistaram 1.922 mulheres usuárias de 14 serviços públicos de Saúde da grande São Paulo (São Paulo/Brasil) para estimar prevalência e investigar fatores associados à violência na gestação. O percentual de mães adolescentes entrevistadas foi 7,2%. Na pesquisa que realizou em uma

maternidade para o servidor público do Estado de São Paulo, com a finalidade de estimar a prevalência de violência doméstica e identificar tipos e fatores associados e complicações, Silva (2007) encontrou 16,3% de puérperas adolescentes. Em duas outras pesquisas, gestantes e puérperas com idades inferiores a 18 anos de idade não foram incluídas (PAZ, 2006; RODRIGUES, 2007). No município de Recife, 31,40% das entrevistadas por Menezes e colaboradores (2003) eram adolescentes.

Aproximadamente 94% delas compareceram ao Centro de Pesquisas Clínicas, com 22 a 25 semanas gestacionais. Dez (1,03%) chegaram com menos de 20 semanas, 43 (4,43%) tinham de 20 a menos de 22 semanas e três (0,31%) estavam com 26 semanas ou mais de gestação. Com relação à idade gestacional indicada pela ultrassonografia obstétrica de cadastramento, apenas 29 (2,99%) laudos médicos mostraram que as gestações estavam com 20 ou mais semanas.

Não foi raro nos entregarem resultados de ultrassonografias obstétricas e de exames da rotina do pré-natal feitos em laboratórios e clínicas privadas. Filas que se iniciavam nas madrugadas, distribuição de poucas senhas/dia para marcação de exames, demora na data de realização dos exames e/ou de entrega dos resultados, aparelhos quebrados, locais de coletas distantes de suas residências e situações de emergência que demandavam pela realização imediata do exame foram suas justificativas para quando não recorriam aos Serviços Públicos de Saúde.

As entrevistadas que haviam iniciado o pré-natal no primeiro trimestre gestacional somaram 840 (87%). As três gestantes sem consultas de pré-natal foram orientadas a marcá-las. Elas foram incluídas no grupo que iniciou o pré-natal após o primeiro trimestre gestacional, quando da análise. Vinte e nove (2,98%) eram usuárias de serviços obstétricos particulares, de forma isolada ou concomitante ao público.

Essa última variável não foi investigada nas pesquisas brasileiras que levantamos, provavelmente porque os públicos-alvo foram selecionados em Serviços Públicos de Saúde. Apenas uma maternidade realizava atendimento a um segmento específico, os servidores públicos do Estado de São Paulo (SILVA, 2007).

Essas mulheres residiam em domicílios com um (31,41%), dois (43,36%), três (18,74%) e quatro ou mais (6,49%) dormitórios. O número de moradores teve mediana de três, variando de um a dezesseis. Chamou-nos a atenção o fato de 73,53% delas pertencerem a famílias com até quatro componentes. Domicílios com cinco a oito e com nove ou mais moradores totalizaram 231 (23,79%) e 26 (2,68%), respectivamente. O número médio de pessoas por domicílio e por dormitório foram, nessa ordem, 3,7 e 2,0.

No ano de 2007, esses dois indicadores foram de 3,9 e 1,9, respectivamente para a zona urbana do Estado do Maranhão (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008).

Com relação ao número de filhos vivos, elas deram a conhecer o que se segue: a) 554 (57,05%) afirmaram não ter filhos; b) 301 (31,00%) tinham apenas um filho; c) 87 (8,96%) eram mães de dois; e d) 29 (2,99%) possuíam três ou mais filhos, todas essas mulheres adultas. Uma adolescente de 18 anos já possuía dois filhos. As quatro adolescentes de 14 anos eram primigestas.

No âmbito da maternidade, aproximadamente 12% das mulheres entrevistadas por Durand e Schraiber (2007) eram primigestas e 55% e 33% tinham, nessa ordem, um e dois filhos e três ou mais filhos vivos. No Brasil, o percentual de mulheres com apenas um filho aumentou de 25,8% para 30%, no período de 1999 a 2007 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008).

A descrição dos componentes das famílias não foi apresentada em várias publicações brasileiras selecionadas (DURAND; SCHRAIBER, 2005; MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010; MORAES; REICHENHEIM, 2002; OKADA, 2007; OLIVEIRA, 2008; RIBEIRO, 2009; SANTOS et al., 2010). Em algumas, pudemos observar uma ou outra característica de parceiros íntimos e de chefes de família (AUDI et al., 2008; MENEZES et al., 2003; PAZ, 2006; SILVA, 2007).

Aproximadamente 80% das entrevistadas coabitavam com seus parceiros íntimos (com ou sem filhos), sendo que 48,51% tinham também a companhia de familiares. As que residiam com seus familiares, com a companhia ou não de filhos, somaram 154 (15,86%). Apenas 25 (2,57%) moravam sozinhas ou com filhos, havia

pelo menos três meses. Oito (0,83%) ou residiam em seus locais de trabalho ou com pessoas amigas. Depois do parto, as primeiras se afastaram do trabalho e voltaram a morar com familiares.

O percentual de gestantes adolescentes que residia com respectivos parceiros íntimos foi 64,46%, o qual veio a ser inferior aos de entrevistadas jovens e adultas. Duas gestantes de 14 anos moravam com seus respectivos maridos/companheiros, um deles adolescente. O casal adolescente coabitava com os familiares dela. As outras duas de menor idade eram solteiras e viviam com seus familiares. Quatro (36,36%) adolescentes de 15 anos, nove (75,00%) com idade de 16 anos e 11 (64,70%) com 17 anos residiam com maridos/companheiros. A **Tabela 1** mostrou como se comportou a variável coabitar com parceiro íntimo segundo grupos etários das gestantes. As diferenças foram estatisticamente significantes (p-valor inferior a 0,001).

Tabela 1. Coabitar com parceiro íntimo segundo grupos etários das gestantes. São Luís-MA, 2010.

Grupos etários	Coabitar com parceiro íntimo				Total		p
	Sim		Não		f	%	
	f	%	f	%	f	%	
Adolescentes (14 a 19 anos)	78	64,46	43	35,54	121	100,00	<0,001
Jovens não-adolescentes (20 a 24 anos)	242	79,08	64	20,92	306	100,00	
Adultas (25 ou mais anos)	464	85,29	80	14,71	544	100,00	
Total	784	80,74	187	19,26	971	100,00	

A situação conjugal das gestantes foi outra característica investigada. Os nossos resultados mostraram que 786 (80,95%) entrevistadas tinham marido (23,17%) ou companheiro (57,78%). Destas, duas não residiam com seus respectivos parceiros íntimos, que trabalhavam em outras cidades. Aproximadamente 17% delas se disseram solteiras e 1,95% divorciadas/desquitadas. Apenas uma gestante se declarou viúva. Os percentuais de

mulheres casadas/em união consensual foram próximos aos encontrados por Audi e colaboradores (2008), Durand e Schraiber (2007), Oliveira (2008), Okada (2007), Rodrigues (2007) e Silva (2007).

A idade cronológica de 782 parceiros íntimos variou de 16 a 67 anos, com mediana de 26 anos. Dezesete (2,17%) deles eram adolescentes, 189 (24,17%) estavam na faixa etária de 20 a 24 anos (jovens não-adolescentes) e 576 (73,66) tinham mais que 25 anos (adultos). O percentual de gestantes adolescentes foi quase seis vezes o de parceiros íntimos do mesmo grupo etário. Quatro entrevistadas tinham maridos/companheiros, mas desconheciam as idades deles.

A variável idade do parceiro íntimo não foi analisada por Durand e Schraiber (2007), Moraes e Reichenheim (2002), Okada (2007), Ribeiro (2009) e Santos e colaboradores (2010), ao menos em textos que selecionamos. Ordinariamente, quando apresentada pelos pesquisadores brasileiros, ficou organizada em grupos etários menores de 20 anos e com 20 anos ou mais (AUDI et al., 2008; MENEZES et al., 2003; PAZ, 2006; SILVA, 2007). Dos percentuais conhecidos de parceiros íntimos com idades até 19 anos, o que encontramos foi o menor.

Com relação ao último nível de ensino das entrevistadas, 845 (87,02%) haviam cursado uma ou mais séries do Ensino Médio. Destas, 114 (11,74%) tinham iniciado (7,42%) ou concluído (4,32%) alguma graduação em instituições do Ensino Superior. O Ensino Fundamental foi o máximo de nível de ensino para 123 (12,67%) gestantes. Uma entrevistada de 32 anos nos relevou jamais ter sido matriculada em uma escola de ensino formal. Duas indicaram um curso de alfabetização de jovens e adultos como o último que frequentaram. Elas foram incluídas no grupo do Ensino Fundamental, quando das diversas análises.

Durante o preenchimento do questionário autoaplicado, algumas nos solicitaram auxílios, quer por dificuldade com a leitura quer por não compreenderem o conteúdo de perguntas do questionário autoaplicado. As dúvidas estiverem relacionadas principalmente com as perguntas dos Blocos M (Escala de estresse percebido), Bloco O (Escala de ansiedade de Beck), P (Escala de rastreamento populacional para depressão) e o S (Escala de rede e apoio social).

Sobre os últimos níveis de ensino regular frequentados por 765 maridos/companheiros que tiveram suas escolaridades conhecidas, elaboramos como síntese: a) 150 (19,61%) não ultrapassaram o Ensino Fundamental, percentual um pouco superior ao encontrado para as gestantes; b) 556 (72,68%) chegaram até o Ensino Médio; e c) 59 (7,71%) iniciaram ou concluíram algum curso superior, que veio a ser inferior ao das entrevistadas. Vinte e uma gestantes não souberam informar sobre a escolaridade de seus parceiros íntimos.

Nessa perspectiva, o documento que apresentou as análises de condições de vida da população brasileira, no ano de 2007, expressou que as mulheres, sobretudo aquelas residentes nas Regiões Norte e Nordeste, atingiram níveis de escolaridade superiores aos dos homens (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008).

Há muito temos conhecimento de a Educação influenciar sobremaneira no desenvolvimento humano, porque tem grande impacto na qualificação e na produtividade dos trabalhadores (e conseqüentemente no ingresso e permanência no mercado de trabalho), na renda das famílias, nas condições de saúde (tanto individual quanto coletiva) e na autonomia dos sujeitos (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2005).

Apenas 455 (46,86%) trabalhavam e eram remuneradas por suas ocupações. Essa taxa foi inferior à encontrada pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1997/2007, a qual atingiu 54% para as mulheres brasileiras (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008). Não devemos esquecer que o enfrentamento da violência requer autonomia de quem a sofre com relação ao impetrante. Sendo assim, muitas de nossas entrevistadas, quando em situação de violência, poderiam ter dificuldades de se colocar em segurança.

A taxa de gestantes sem ocupações (53,14%) se mostrou menor que as de 70,12% e 54,74% encontradas, respectivamente, por Menezes e colaboradores (2003) e Paz (2006), no município de Recife. Também inferior à de 90,1% estabelecida por Oliveira (2008) para mães que levaram seus filhos, com até cinco meses de idade, a unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro. Contudo, superior à taxa de 45,05% para as entrevistadas da maternidade do

servidor público do Estado de São Paulo, a menor que identificamos (SILVA, 2006). E a de 46,80% encontrada por Santos e colaboradores (2010), em uma Policlínica do Estado do Rio de Janeiro.

Nenhuma adolescente com 14 e 15 anos (eram 15 ao todo) trabalhava. Oito gestantes com idades de 16 a 18 anos (elas somaram 65) eram economicamente ativas. O maior percentual de trabalho remunerado foi para as mulheres adultas e o menor para as adolescentes (p-valor <0,001). Ver **Tabela 2**.

Tabela 2. Trabalho remunerado segundo grupos etários das gestantes. São Luís-MA, 2010.

Grupos etários	Trabalho remunerado				Total		p
	Sim		Não		f	%	
	f	%	f	%			
Adolescentes (14 a 19 anos)	17	14,05	104	85,95	121	100,00	<0,001
Jovens não-adolescentes (20 a 24 anos)	126	41,18	180	58,82	306	100,00	
Adultas (25 ou mais anos)	312	57,35	232	42,65	544	100,00	
Total	455	46,86	516	53,14	971	100,00	

No bojo da discussão sobre autonomia e trabalho remunerado, não tem sido raro ouvirmos, em nossos trabalhos de Extensão Universitária, relatos de mulheres que escutaram de seus maridos/companheiros que saíssem elas de casa se não estivessem satisfeitas com a relação. Algumas, porque dependiam financeiramente deles, possuíam filhos em comum e não desejavam retornar à casa de familiares (ou não tinham outro local para morar), permaneciam em uma situação emblemática de submissão.

Sobre a relação entre o último curso de ensino regular alcançado por gestantes e ocupação remunerada, observamos maior percentual de gestantes com trabalho e renda entre as que haviam iniciado ou concluído algum curso superior (p-valor <0,001). Para melhor compreensão dessa relação, consulte-se a **Tabela 3**.

Tabela 3. Trabalho remunerado segundo último nível de ensino das gestantes. São Luís-MA, 2010.

Grupos etários	Trabalho remunerado				Total		p
	Sim		Não		f	%	
	f	%	f	%			
Até Ensino Fundamental	38	30,16	88	69,84	126	100,00	<0,001
Ensino Médio	343	46,92	388	53,08	731	100,00	
Ensino Superior	74	64,91	40	35,09	114	100,00	
Total	455	46,86	516	53,14	971	100,00	

As ocupações das 455 gestantes foram organizadas em quatro grupos. Cinco (1,10%) entrevistadas trabalhavam como diretores/gerentes em grandes estabelecimentos (Grupo 1), a exemplo de grandes supermercados, restaurantes e lojas. Trinta e uma (6,81%) exerciam funções de nível superior (exceto diretores e gerentes), o Grupo 2. Auxiliar de escritório (em geral), secretária, caixa, recepcionista (em geral), telefonista, representante de vendas, encarregado de seção, gerentes de pequenos estabelecimentos (salões, frigoríficos e lanchonetes) e professor leigo e de nível médio, entre outras ocupações classificadas como do Grupo 3, foram indicadas por 112 (24,62%) entrevistadas.

Por fim, o maior grupo: as com ocupações manuais (auxiliar de serviço de copa, balconista, costureira, agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem em geral, artesão, feirante, manicures e etc.) e com outros tipos de ocupações (servente, empregado doméstico, vendedor ambulante, trabalhadores de serviços gerais, cozinheiro em geral, garçom e etc.). Elas somaram 307 (67,47%) e compuseram o Grupo 4. Quase todas as adolescentes, que trabalhavam, tinham ocupações deste último grupo.

No Estado do Maranhão, para o ano de 2007, os percentuais de mulheres dirigentes/gerentes e que trabalhavam em funções de nível superior foram 2,60% e 5,70%, respectivamente (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008). O primeiro veio a ser o dobro do que encontramos em nossos

resultados. O segundo foi inferior ao da pesquisa que originou esta Tese. Todavia, entrevistamos usuárias de serviços obstétricos públicos, em sua maioria, um segmento da população que originou os resultados para o Maranhão.

As frequências e percentuais das relações de ocupação das 455 gestantes foram classificadas como se segue: a) 198 (43,52%) eram autônomas, ou seja, tinham seu próprio negócio; b) 244 (53,63%) eram assalariadas ou empregadas em algum serviço; c) seis (1,32%) eram donas de empresa ou empregavam alguém; e d) sete (1,53%) realizavam trabalhos esporádicos.

Sobre a ocupação de 777 parceiros íntimos que tiveram suas situações de trabalho conhecidas, 55 (7,08%) estavam inativos, percentual menor em quase oito vezes ao de gestantes. Nove entrevistadas desconheciam as ocupações de seus parceiros íntimos. Quanto aos grupos de ocupações de 722 deles, 10 (1,39%) trabalhavam como diretores/ gerentes, o dobro do encontrado para as gestantes; 27 (3,74%) exerciam funções de nível superior, quase a metade do percentual encontrado para as gestantes; e 96 (13,30%) ocupavam funções de técnicos de nível médio ou administravam estabelecimentos pequenos. Os outros 589 (81,58%) realizavam tarefas classificadas como manuais e de outros tipos, a exemplo de eletricitista, mecânico, carteiro, motorista, encanador, carpinteiro, padeiro, sapateiro, frentista e vigilante pedreiro e pintor.

O trabalho de parceiros íntimos foi analisado apenas por Paz (2006), Rodrigues (2007) e Silva (2007). Em Recife, aproximadamente 73% das entrevistadas informaram que seus atuais ou ex-companheiros ou namorados tinham ocupação remunerada (PAZ, 2006). Em Ribeirão Preto, a proporção de maridos, companheiros e namorados que trabalhavam foi próxima de 91%, que veio a ser semelhante à estabelecida para os pais de filhos de puérperas da maternidade do servidor público do Estado de São Paulo (RODRIGUES, 2007; SILVA, 2007). Todavia, esses pesquisadores não analisaram as ocupações de parceiros íntimos.

O percentual de parceiros íntimos autônomos foi 19,97%, que se revelou inferior, em um pouco mais de duas vezes, ao das gestantes donas do próprio negócio. Os assalariados, os donos de empresa e aqueles que trabalhavam ocasionalmente foram, nessa ordem, 75,90%, 1,65% e 2,48%, percentuais

superiores aos das entrevistadas em tais situações de trabalho. Cinco entrevistadas desconheciam a relação de ocupação de seus parceiros íntimos. Essa informação não constou quando da apresentação dos resultados dos trabalhos brasileiros.

As famílias que tiveram identificado o componente de maior renda foram 967. Em duas famílias, os casais estavam desempregados e eram ajudados por familiares. Duas crianças recebiam benefícios do Estado e estes seriam a maior fonte de renda de suas famílias. O portador de deficiências tinha direito a oitocentos reais. O outro recebia apenas trinta reais, pelo Programa Bolsa-família.

A entrevistada era chefe de 105 (10,86%) famílias e um parceiro íntimo de outras 568 (58,74%). Os outros chefes indicados pelas gestantes foram sempre familiares. Esses sujeitos eram mães (9,82%), pais (5,89%), avós (1,03%), avôs (0,52%), padrastos (0,83%), tias (0,52%), tios (0,52%), irmãs (1,65%) e irmãos (1,14%) seus, além de outros familiares, inclusive de parceiros íntimos. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1997/2007 apresentou como chefe de domicílio aquele que tem esse papel social reconhecido pelo entrevistado, a despeito de ter ou não a maior renda da família, o que dificultou comparações (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). Audi e colaboradores (2008) identificaram 5,5% de gestantes chefes de família. Na pesquisa de Rodrigues (2007), elas não passaram de 9,9%.

A pessoa de maior renda do domicílio era do sexo feminino em apenas 28,54% das famílias. De um total de 938 chefes que tiveram suas idades reveladas (e não eram crianças), 16,84% tinham até 24 anos (grupo de jovens). Os dois chefes de menor idade exerciam ocupações do Grupo 4 (manuais e de outros tipos) e tinham 17 e 18 anos. Os sete chefes adolescentes foram analisados junto com os jovens não-adolescentes, formando um único segmento, o de jovens. Vinte e nove gestantes desconheciam as idades dos chefes de família.

Chefes que iniciaram ou concluíram algum curso de nível superior foram 95 (10,58%) de 898 com escolaridades conhecidas. Os que iniciaram ou concluíram até o Ensino Médio somaram 599 (66,70%). O Ensino Fundamental, em suas diversas séries, foi o máximo atingido por 204 (22,72%). Sessenta e nove gestantes não souberam dizer a escolaridade dos chefes de família.

Os que exerciam funções de escritório/gerentes de pequenos estabelecimentos totalizaram 160 (17,33%). No grupo de trabalhadores manuais/outras funções, incluímos 696 (75,41%). Os administradores/gerentes de grandes estabelecimentos e os que trabalhavam em outras funções de nível superior eram, respectivamente, oito (0,87%) e 59 (6,39%). As relações de ocupação dos chefes de família conhecidas foram sistematizadas como se segue: a) 216 (23,84%) trabalhavam por conta própria; b) 652 (71,96%) eram assalariados; c) 21 (2,32%) eram donos de empresas/empregavam alguém; e d) 17 (1,88%) trabalhavam esporadicamente. Quatro famílias não tinham adultos com renda e 61 entrevistadas não souberam dizer as relações de ocupações dos chefes de família.

Trinta e três gestantes desconheciam a renda total de suas famílias. A menor e a maior rendas foram R\$ 21,00 (vinte e hum reais) e R\$ 13.900,00 (treze mil e novecentos reais), com mediana de R\$ 1.500,00 (hum mil e quinhentos reais), aproximadamente. Cento e cinco (11.19%) famílias sobreviviam com menos de um salário mínimo, tendo-se como base o valor de R\$ 510,00 (quinhentos e dez reais) do salário mínimo vigente, em 2010. Nas publicações brasileiras, as populações foram classificadas principalmente como de mais baixa renda (PAZ, 2006; MORAES, 2010; SANTOS et al., 2010). Apenas famílias de puérperas entrevistadas na maternidade do servidor público do Estado de São Paulo foram apontadas como privilegiadas com relação à população brasileira (SILVA, 2007).

A renda *per capita* de 293 (31,24%) famílias foi superior ao salário mínimo nacional. No Brasil, o valor médio do rendimento familiar *per capita*, no ano de 2007, foi R\$ 624,00 (seiscentos e vinte e quatro reais), aproximadamente. Não obstante, metade das famílias brasileiras sobrevivia com rendas inferiores ao valor do salário mínimo e famílias nordestinas com metade do rendimento médio da Região Sul, expondo as desigualdades de renda entre brasileiros (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008).

Considerando-se a média dos salários mínimos necessários para o período de fevereiro a dezembro de 2010, os quais foram propostos pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Econômicos (DIEESE), apenas 21% das famílias tinham renda aproximada de R\$ 2.121,00 (dois mil e cento e vinte e hum reais). Nenhum trabalho brasileiro investigou essa variável.

Pelo Critério de Classificação Econômica Brasil, 607 (67,59%), 146 (16,26%) e 5 (0,56%) gestantes se encontravam, nessa ordem, nas classes econômicas C, D e E. Quatro (0,45%) eram da classe A e 136 (15,14%) da classe B. Os percentuais das classes D e E somaram 16,82%, que veio a ser inferior ao encontrado por Paz (2006), no município de Recife. Setenta e três não responderam a todos os itens que compõem o Critério de Classificação Econômica Brasil.

Sobre o apoio social que observamos ser-lhes oferecido, achamos importante relatar que a maioria delas compareceu ao Centro de Pesquisas Clínicas acompanhada de algum familiar. Geralmente eram aguardadas por eles, até o término da pesquisa. Identificamos mediana de 80 para as dimensões material (497 entrevistadas abaixo e 474 acima da mediana) e emocional/informação (501 gestantes abaixo e 470 acima da mediana) e de 85,71 para a dimensão afetiva/interação social positiva (361 gestantes abaixo e 610 acima da mediana). Para essas dimensões, na ordem apresentada, 704 (72,50%), 717 (73,84%) e 720 (74,15%) gestantes receberam inadequado apoio social (abaixo do percentil 75).

Apenas Moraes, Arana e Reichenheim (2010) analisaram o apoio social recebido por gestantes, segundo a *Escala de apoio social do Medical Outcomes Study (MOS)*. Eles entrevistaram puérperas de três maternidades do Estado do Rio de Janeiro. Entenderam que 80,1% não receberam apoio social. Todavia, não especificaram os resultados por dimensão.

Com relação ao consumo de quatro ou mais doses de bebida alcoólica em ao menos uma ocasião durante a gestação em curso, 748 (77,03%) declararam nunca terem ingerido qualquer volume de bebida alcoólica na gravidez e 127 (13,08%) não haviam consumido tal volume (grupo nunca ingeriu) em uma única ocasião. As que assinalaram a opção “raramente” foram 53 (5,46%). Reunimos no grupo **frequentemente**, quem consumiu quatro ou mais doses de bebida alcoólica por vez, quase todos os dias, uma a quatro vezes na semana e uma a três vezes por mês. Os percentuais de uso de bebida alcoólica para adolescentes, jovens não-adolescentes e mulheres adultas, variaram de aproximadamente 21,00% a 24,80%. Ordinariamente, essa bebida foi cerveja. O consumo de quatro ou mais doses de bebidas alcoólicas, em uma única ocasião, por mulheres, foi considerado uso abusivo do álcool (BRASIL, 2010).

Talvez porque soubessem dos problemas que causam o álcool para a saúde materno-infantil e de os profissionais da Área da Saúde proscrevê-lo durante a gestação, muitas procuravam dar explicações para o consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação em curso. Foi “somente uma vez”, “não sabia que estava grávida”, “foi no Natal” e “foi só um copo” foram os seus principais comentários. Sempre perguntávamos sobre o consumo de bebidas adoçadas que contivessem álcool.

O consumo de bebidas alcoólicas por gestantes foi investigado por vários pesquisadores. Audi e colaboradores (2008) encontraram percentual de 1,40% e Okada (2007) de 15,80%. Por sua vez, Rodrigues (2007) analisou o consumo de quatro ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião e encontrou os seguintes resultados: a) 0,7% (quatro gestantes) ingeriram esse volume quase todos os dias; b) uma a duas vezes por semana teve o percentual de 4,9%; c) 45 (8,3%) afirmaram consumir quatro ou mais doses, em uma a três vezes ao mês; d) 24,3% declararam ter bebido menos de uma vez ao mês; e e) 338 (61,8%) responderam **nunca**. Uso abusivo do álcool também foi documentado por Moraes e Reichenheim (2002) e Santos e colaboradores (2010).

Dez entrevistadas (1,03%) disseram ter consumido drogas ilícitas nos três meses anteriores ou durante a atual gestação. Rodrigues (2007) e Santos e colaboradores (2010) encontraram percentuais de 1,5%, aproximadamente. Cinco usuárias tinham mais que 24 anos (0,92% no seu grupo etário), duas estavam na faixa etária de 20 a 24 anos (0,65% no grupo de jovens não-adolescentes) e três eram ainda adolescentes (2,48% de um total de 121 gestantes).

Finalizando essa primeira parte, evidenciamos que a razão principal de participarem da pesquisa BRISA foi para terem acesso ao exame ultrassonografia morfológica. Desejavam saber ou confirmar o sexo do bebê. No início, ainda planejamos esse exame para o mesmo dia de aplicação dos questionários e coletas de materiais biológicos (Fase 1 da Coorte Pré-Natal). Todavia, elas geralmente chegavam atrasadas. Outrossim, a idade gestacional ideal de realização do exame era 23 a 24 semanas e muitas precisaram aguardar alguns dias.

A coleta de outros materiais biológicos também motivou que participassem. Queriam levá-los ao profissional do pré-natal. O exame da saliva do recém-nascido, para identificar infecção pelo Citomegalovírus, na Fase II da Coorte Pré-natal (após o parto, ainda na maternidade) também foi-lhes motivo de interesse pela pesquisa.

Algumas achavam que teriam uma assistência diferenciada no momento do parto, que se constituía em preocupação da maioria. Justificávamos que tal procedimento não era possível em nível de Sistema Único de Saúde. A possibilidade de peregrinação por maternidades, durante o trabalho de parto, assustava especialmente as primigestas. As histórias de falta de vagas e de “voltar para casa e esperar a dor aumentar” eram bem conhecidas.

Outras pensavam que daríamos suporte ao pré-natal iniciado. Contudo, poder conversar conosco sobre suas dúvidas, ainda que a nossa orientação fosse procurar imediatamente uma maternidade com serviço de urgência obstétrica ou conversar com o profissional responsável pelo pré-natal, as deixava mais tranquilas. Era comum ligarem quando tinham problemas ou iam para a maternidade, quando em trabalho de parto.

Participar de uma pesquisa sobre fatores etiológicos do nascimento pré-termo despertou o interesse de poucas. Compuseram esse grupo as que já haviam passado pela experiência do parto pré-termo ou que tinham auxiliado alguém em suas dificuldades e aquelas com interesse sobre o tema porque temiam a situação e/ou desejavam conhecer melhor esse problema perinatal. Uma delas havia ficado grávida dez vezes e nenhum dos recém-nascidos sobrevivera ao período neonatal, quer por prematuridade quer por malformação.

5.2 Taxas, tipos, perpetradores, recorrências e complicações da violência contra mulheres gestantes

O conhecimento teórico adquirido ao logo do Curso de Doutorado sobre o objeto de estudo de que tratou esta Tese, aliado à vivência durante os nove meses de trabalho de campo, nos trouxe a certeza de que teríamos um grande desafio a superar: os problemas relacionados à subjetividade das entrevistadas sobre o

fenômeno violência. Nesse âmbito, tipo de estudo adequado, supervisão diária no campo da pesquisa, perguntas fechadas e autoaplicadas, revisão de cada questionário autoaplicado após preenchimento e o emprego da estatística não nos livraram de dificuldades e desafios. Mesmo empregando perguntas de diagnóstico de violência oferecidas por um questionário validado para o Brasil, sabíamos que precisávamos estar atentos para estabelecermos um diagnóstico próximo da realidade.

Embora não houvesse maiores questionamentos sobre o conteúdo das perguntas do “Bloco T – Questionário de violência da OMS”, o profissional responsável pela codificação, quando do início do trabalho de campo, chamou a atenção da coordenação e supervisão para o fato de gestantes terem marcado, principalmente, **“uma vez”** ou **“poucas vezes”** para as perguntas **“Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?”** e **“Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?”** e assinalado apenas a opção **“Não houve violência”** para a pergunta seguinte **“Quem fez isso com você? (Pode ser marcada mais de uma opção)”**.

Nessa perspectiva, 81 entrevistadas não identificaram o(s) autor(es) e este fato não foi percebido até o momento da codificação. Quando esse ou outro tipo de problema foi detectado durante o preenchimento do questionário, nenhuma se recusou a responder a qualquer pergunta. Entretanto, uma delas insistiu sobre não ter havido violência em uma discussão familiar! A entrevistadora colocou uma observação sobre o ocorrido no questionário da gestante, a fim de sua situação fosse definida pela coordenadora.

O monitoramento que realizávamos da coorte, mensalmente, nos auxiliou a ter respostas para 56 das que marcaram **“Não houve violência.”**. Pedíamos que identificassem os autores, se não houvesse problemas para elas. E reforçávamos o nosso compromisso quanto à confidencialidade das respostas. Quase todas já se tinham submetido ao parto. Não ligávamos nos finais de semana, a partir do sábado à tarde, nem para os telefones dos companheiros/maridos. Mesmo após várias tentativas, ficamos sem conversar com 23, principalmente por problemas com celulares (como dificultaram os nossos contatos!). Quando dessa busca de dados, dois maridos atenderam ao telefone e perguntamos sobre o bebê. Três mulheres

preferiram não identificar os autores e lhes respeitamos a vontade delas. Entre essas 26 perdas, 23 viviam com parceiros íntimos, duas eram solteiras e uma se disse divorciada/desquitada.

As adolescentes se mostraram mais tranquilas para conversar sobre os fatos, assim como as que identificaram ou um irmão ou um conhecido como autores. Algumas chegaram a rir do ocorrido. Todavia, duas ainda estavam tristes e inseguras. Seus conflitos com parceiros íntimos, os quais eram decorrentes de maus tratos e/ou traições, não haviam cessado. Soubemos de uma separação seguida a vários episódios de violência praticada pelo parceiro íntimo, inclusive com ameaça de parto prematuro e registro de boletim de ocorrência na Delegacia da Mulher.

Algumas assinalaram a opção **“Não houve violência.”** porque não consideravam violentos, por exemplo, insultos ou recriminações recebidos de familiares ou mesmo de pessoas a quem eram próximas. Uma nos disse que não houve violência no “bate-boca” que tivera com seu parceiro íntimo. Outras marcaram essa opção porque pessoas de seus convívios lhes disseram ou que eram “muito jovens” ou que haviam “passado da idade” de engravidarem. Geralmente esses episódios aconteceram uma vez e para as perguntas **“Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?”** e **“Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?”**. Era comum não lembrarem, de imediato, sobre o que recordaram quando disseram sim a uma dessas questões.

Esses episódios, usualmente, aconteceram no ambiente doméstico. Uma nos contou que a mãe e o seu padrasto ficaram descontentes com a gravidez, porque não gostavam do futuro pai. “[...] Eu não ligava para o que eles falavam”, nos disse, e não guardava mágoas. A mãe continuava a cuidar dela e lhe dar apoio no que precisasse. Não considerava que tivesse sofrido violência. Com o tempo, as brigas foram rareando. Uma ou duas não lembravam porque deixaram sem resposta a pergunta de número 14, quando do preenchimento do questionário.

Soubemos que uma gestante marcou a opção **“uma vez”** para a questão **“Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como a olha, como grita, quebra coisas)?”** porque um vizinho fingiu receber um choque elétrico. Outra assinalou a mesma opção para a pergunta em tela porque a sua

empregada doméstica havia gritado que o botijão de gás estava pegando fogo, assustando-a. Decidimos com elas que não houve violência nesses episódios. Duas se referiram a problemas ocorridos em gestação anterior.

Todavia, rapidamente recordavam episódios que consideravam violentos, a exemplo de agressões físicas e sexuais. Aquelas cometidas por irmãos(os) não eram motivos de choro e tristeza, como quando o autor havia sido um marido/companheiro.

Uma entrevistada referiu sobre as duas tentativas de atropelamento que sofrera por uma desconhecida dela, mas residente próxima ao seu domicílio. O motivo teria sido a suposição, pela autora, de que a entrevistada fosse amante de seu marido. A mãe da gestante teve de ir até a casa da mulher, para esclarecimento dos fatos.

Lendo as respostas à pergunta **“Por causa de violência durante essa gravidez, você teve algum problema de saúde? Qual problema?”**, percebemos que algumas fizeram questão de deixar claro que haviam tido problemas emocionais (estresse, nervosismo e etc.) como decorrentes da violência.

Explicadas as nossas dificuldades quanto à subjetividade das gestantes sobre quais fenômenos seriam violência, e como fizemos para contorná-las, a seguir apresentamos e discutimos taxas, tipos, perpetradores, recorrências e complicações da violência contra as primeiras 971 gestantes da pesquisa BRISA.

A taxa de violência geral (reuniu os tipos psicológica, física e sexual ocorridos no âmbito do doméstico e familiar e na comunidade) foi 50,26%. Foram 488 gestantes que responderam afirmativamente a uma ou mais das 13 questões de diagnóstico de violência. Violência psicológica teve taxa de 49,23%. Apenas dez entrevistadas, entre as 488, não passaram por maus tratos psicológicos. Violência do tipo física apresentou taxa de 12,87%. O número de mulheres em situação de violência física somou 125. Vinte e seis gestantes foram agredidas sexualmente, com taxa de 2,68%. Violência física/sexual esteve presente na gestação de 136 entrevistadas, com taxa de 14,01%. A recorrência para os tipos psicológica, física e sexual foi, nessa ordem, 35,95%, 6,69% e 1,54%.

Sete delas disseram sim a uma ou mais das cinco perguntas de violência física e não o fizeram para as quatro questões de diagnóstico de violência do tipo psicológica. Duas entrevistadas não passaram por outro tipo de violência, além da sexual. Contra quinze gestantes foram praticados atos de violência caracterizados como dos três tipos.

Tivemos dificuldades em comparar esses resultados com taxas apresentadas em publicações nacionais. Ordinariamente, especificidades da violência contra gestantes, a exemplos da violência física impetrada por parceiros íntimos e da violência doméstica, tem sido definidas como objetos de estudo.

Nessa perspectiva, Menezes e colaboradores (2003) pesquisaram sobre violência física doméstica no município de Recife (Pernambuco/Brasil). Também na capital do Estado de Pernambuco, Paz (2006) teve interesse sobre violência dos tipos psicológica, física e sexual. Em municípios do Estado de São Paulo, violência doméstica na gestação foi tema de quatro trabalhos (AUDI et al., 2007; OKADA, 2007; RODRIGUES, 2007; SILVA, 2007). SANTOS e colaboradores (2010), no município do Rio de Janeiro, pesquisaram sobre violência doméstica contra gestantes. As outras pesquisas analisaram violência por parceiros íntimos (DURAND; SCHRAIBER, 2007, MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010; MORAES; REICHENHEIM, 2002; OLIVEIRA, 2008; RIBEIRO, 2009).

Moraes e Reichenheim (2002) encontraram a maior taxa de violência praticada contra gestantes por parceiros íntimos, a saber, 63,4%. Foram entrevistadas 526 puérperas entrevistadas em maternidades públicas do Município do Rio de Janeiro. O *Revised Conflict Tactics Scales* foi o instrumento utilizado para coleta de dados. Quando a gestante praticou a agressão, a taxa subiu 75,5%. Também no Município do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/Brasil), Santos e colaboradores (2010) obtiveram taxa de 5,1% para violência doméstica contra gestantes, a menor de todas. Em um serviço público de assistência pré-natal, o grupo coletou dados de 331 mulheres com 28 semanas ou mais de gestação.

Por sua vez, Okada (2007) encontrou taxa de 12,7% para violência doméstica na gravidez. Essa pesquisadora entrevistou 385 puérperas, em uma maternidade filantrópica do Município de São Paulo (São Paulo/Brasil). Em Ribeirão

Preto (São Paulo), Rodrigues (2007) encontrou taxa de 34,5% para violência doméstica na gestação. Foram entrevistadas 547 puérperas, em uma maternidade filantrópica do município de Ribeirão Preto (São Paulo/Brasil).

A procura por melhores evidências nos fez encontrar quatro revisões de literatura sobre violência contra gestantes. A primeira delas foi realizada por Gazmararian e colaboradores (1996), que selecionaram mais de 300 trabalhos relacionados ao tema em tela, os quais foram publicados no período de 1963 a 1995. Os 13 artigos analisados tiveram suas pesquisas postas em prática nos Estados Unidos e em outros países considerados desenvolvidos. Eles encontraram taxas de violência contra gestantes variando de 0,9% a 20,1%. A maioria ficou situada entre 3,9% e 8,3%.

Esses autores concluíram que diferenças metodológicas influenciaram sobremaneira nos resultados, a exemplos da direção temporal (retrospectivo ou prospectivo), da população estudada (hospitais/clínicas ou populacionais), do tamanho da amostra, do instrumento utilizado para diagnóstico de violência; da forma como aplicaram o questionário (autoaplicado ou através de entrevistadores), do tipo de violência estudado, do número de entrevistas e do período de vida da mulher (no terceiro trimestre gestacional, no puerpério e etc.) em que foram coletados os dados, entre outras características. Disseram que as menores taxas foram obtidas quando do emprego de questionário autoaplicado e em clínicas privadas. Maiores taxas foram obtidas quando a coleta de dados aconteceu no terceiro trimestre gestacional e foi realizada por entrevistadores (GAZMARARIAN et al., 1996).

Em 2004, Campbell, García-Moreno e Sharps (2004) reportaram que as taxas em países industrializados, a exemplos de Austrália, Suíça e Inglaterra, variaram de 3,4% a 11%. Em países considerados como em desenvolvimento, pelos autores, as mais altas taxas foram observadas no Egito (31,5%), Índia (variou de 21% a 28%) e Arábia Saudita (21%). Segundo eles, algumas pesquisas incluíram violência dos tipos psicológico e sexual, além da física. Dos 14 trabalhos analisados, os quais foram publicados entre 1996 e 2002, três entrevistaram gestantes e outros três puérperas (durante internação para o parto). Os autores atribuíram às diferenças metodológicas e culturais as grandes variações nas taxas.

Em outra revisão, Jasinski (2004) também atribuiu às diferentes terminologias e metodologias empregadas as amplas variações de taxas. Disse que os estudos de prevalência foram os primeiros a serem publicados, mas que ainda havia muitas incertezas sobre as variações de taxas, que se mostravam bem menores nos estudos populacionais que as encontradas nas pesquisas realizadas com gestantes ou puérperas, em clínicas ou hospitais.

Recentemente, Taillieu e Brownridge (2010) também reconheceram que diferenças metodológicas e diferenças culturais determinavam a variação das taxas. Afirmaram que vários estudos pareciam indicar ter havido mais risco de violência para gestantes mais jovens, quando comparadas a mulheres adultas. Aconselharam não se fazer generalizações com esses resultados, posto que os pesquisadores, ordinariamente, coletavam dados de usuárias de clínicas e hospitais e não de amostras populacionais. Também porque alguns trabalhos se limitaram à análise bivariada e outros não mostraram associação quando da análise multivariada. Como explicação as diferenças de taxas segundo grupos etários, com maior risco para gestantes adolescentes, sugeriram que as últimas estariam mais expostas pelo fato de conviverem com múltiplos perpetradores.

Quanto à recorrência, Taillieu e Brownridge (2010) disseram que havia alguma indicação sobre a violência na gravidez ser recorrente. Por sua vez, Rodrigues (2007) expressou que os episódios de maus tratos psicológicos foram, em sua maioria, recorrentes. E declarou que, na violência dos tipos física e sexual, o mais comum foi ter ocorrido um único episódio. Todavia, não mostrou se houve significância estatística nas diferenças.

Violência com complicações teve taxa de 7,93%. Algumas relacionaram à violência praticada contra elas na gestação, um ou mais problemas de saúde. Os resultados foram os que se seguem: a) “Sangramento vaginal” foi assinalado por 21 (4,30%) entrevistadas; b) 10 (2,05%) gestantes marcaram a opção “Ameaça de aborto”; c) “Ameaça de parto prematuro” foi indicado por duas (0,41%); e d) 43 (8,81%) apontaram “Outros”, sendo que algumas escreveram “Estresse” e “Nervosismo”. Dezesete (3,48%) declararam que necessitaram de cuidados de saúde, em decorrência de violência.

Os percentuais de violência geral segundo grupos etários foram maiores para gestantes adolescentes. As diferenças tiveram significância estatística (p -valor 0,005), pelo Teste Qui-Quadrado. Ver **Tabela 4**.

Tabela 4. Violência geral segundo grupos etários das gestantes. São Luís-MA, 2010.

Grupos etários	Violência geral				Total		P
	Sim		Não				
	f	%	f	%	f	%	
Adolescentes (14 a 19 anos)	73	60,33	48	39,67	121	100,00	0,005
Jovens não-adolescentes (20 a 24 anos)	165	53,92	141	46,08	306	100,00	
Adultas (25 ou mais anos)	250	45,96	294	54,04	544	100,00	
Total	488	50,26	483	49,74	971	100,00	

Jasinsky (2004) expressou que a gravidez para adolescentes e jovens poderia ser mais estressante, com maior chance de ocorrer violência. Nesse âmbito, acrescentamos que mulheres e homens jovens, não raro, passam a morar juntos em decorrência de uma gravidez não planejada. Ademais, nessa fase da vida, é comum a instabilidade no trabalho pela má qualificação técnica e os baixos salários. Situação agravada pelos gastos com a gestação.

Sobre os autores da violência, 462 gestantes identificaram os sujeitos que as agrediram durante o período gestacional em curso. Atuais maridos/companheiros/namorados estiveram envolvidos em 37,45% das ocorrências. Ex-parceiros íntimos foram indicados como autores por 13,64% das entrevistadas. Padrasto (1,30%) e madrasta (0,22%) somaram 1,52%. Pais (2,60%), mães (5,19%), irmãs(os) e outros familiares com elas domiciliados (14,05%) e outros familiares não residentes (8,01%) também foram apontados como autores. Esses foram os sujeitos da violência doméstica e familiar. Vizinhos e outras pessoas conhecidas (15,58%) e outras pessoas (16,02%), a exemplo da mulher que tentou atropelar uma delas, foram os sujeitos da violência comunitária.

Trezentos e dezessete (68,61%) entrevistadas foram submetidas à violência apenas no âmbito doméstico/familiar, por um ou mais impetrantes, 116 (25,11%) sofreram violência por pessoas da comunidade em geral (vizinhos, conhecidos e estranhos) e 29 (6,28%) passaram por situações de violência desses dois tipos. Esse achado vai ao encontro da literatura nacional e internacional que tem afirmado ser o ambiente doméstico/familiar o principal lócus de violência contra mulheres (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007; SCHRAIBER et al., 2003; WORD HEALTH ORGANIZATION, 2005b).

Taillieu e Brownridge (2004) chamaram atenção para a necessidade de se estudar separadamente parceiros íntimos de outros perpetradores. Disseram que as pesquisas interrogavam sobre a identidade de quem praticou a violência, mas equivocadamente analisavam todos os autores juntos. Nessa perspectiva, em Ribeirão Preto (São Paulo), Rodrigues (2007) encontrou taxa de 34,5% para violência doméstica na gestação. Parceiros íntimos atuais e anteriores foram quem mais praticou violência. Todavia, no cálculo da taxa incluiu vizinhos.

Quanto ao número de autores que praticaram violência contra elas, 405 (87,66%) entrevistadas responsabilizaram apenas um sujeito; 48 (10,39%) identificaram dois perpetradores; e oito (1,73%) responsabilizaram três autores diferentes. Uma gestante referiu ter sofrido violência por quatro sujeitos.

Tivemos interesse sobre quem eram os autores de violência geral por grupos etários das gestantes. Maridos/companheiros/namorados atuais foram apontados como autores principalmente por mulheres com 25 anos ou mais (41,53%) e menos por adolescentes (22,54%). Essas diferenças foram estatisticamente significantes (p-valor 0,015). Padrastos foram indicados ordinariamente por adolescentes, com p-valor de 0,05, pelo Teste Exato de Fisher. Mães praticaram violência mais contra adolescentes e jovens, com significância estatística (p-valor 0,001), através do Teste Qui-Quadrado. Lembramos que os autores da violência não foram identificados por 15 gestantes adultas, 10 jovens não-adolescentes e uma adolescente, totalizando 26 informações perdidas. Ver **Tabela 5**.

Tabela 5. Autores da violência geral segundo grupos etários das gestantes. São Luís-MA, 2010.

Autores da violência geral	Grupos etários de gestantes						p
	Jovem				Adulta		
	Adolescente (14 a 19 anos)		não- adolescente (20 a 24 anos)		(25 anos ou mais)		
	f	%	f	%	f	%	
Atual marido/companheiro/ namorado	16	22,54	59	38,06	98	41,53	0,015
Ex-marido/ex-companheiro/ ex-namorado	10	14,08	21	13,55	32	13,56	0,993
Pai	4	5,63	5	3,23	3	1,27	0,089**
Padrasto	4	5,63	0	0,00	2	0,85	0,005**
Mãe	9	12,68	10	6,45	5	2,12	0,001
Madrasta	0	0,00	1	0,65	0,00	0,00	0,489**
Irmão/irmã/outro familiar residente com a gestante	9	12,50	24	14,55	35	14,17	0,898
Familiar não residente com a gestante	3	4,23	15	9,68	19	8,05	0,378**
Vizinho ou outra pessoa conhecida	13	18,31	22	14,19	37	15,68	0,730
Outros	12	16,90	26	16,77	36	15,25	0,901

* P-valor obtido com o Teste Qui-Quadrado.

** Teste Exato de Fisher foi realizado para frequências com valor menor que cinco.

Tendo apresentado esses resultados da violência geral, passaremos a caracterizar e discutir os resultados relacionados à violência dos tipos psicológica e física/sexual.

Embora algumas nos houvessem dito que não consideravam violência certas situações, a exemplo do “bate-boca” entre uma delas e o parceiro íntimo, seguimos a proposta da Organização Mundial de Saúde sobre o diagnóstico de violência. Não podemos prever no que poderia resultar uma ofensa, inclusive entre familiares. E especialmente quando pode provocar repetidas discussões. Ademais, dor, mágoa, tristeza e ódio são manifestações únicas para cada indivíduo. Quem se diz cuidador de pessoas precisa estar vigilante. Não havendo diagnóstico no processo saúde-doença, não é possível tratamento. Não se sabendo conduzir, que seja utilizado o sistema de referência e contrarreferência.

5.3 Taxa, perpetradores, recorrência e características demográficas, socioeconômicas e comportamentais associadas à violência psicológica

Violência psicológica na gestação teve taxa de 49,23%. As gestantes submetidas a insultos, depreciações, humilhações e ameaças, em uma ou mais ocasiões do período gestacional em curso, foram 478. Dez entrevistadas declararam ter passado por violência dos tipos física e/ou sexual, sem que houvesse maus tratos psicológicos (pode ser que tivessem lembrado apenas de situações consideradas como de maior gravidade).

As gestantes que identificaram os autores da violência psicológica somaram 452. Parceiro íntimo (marido/companheiro/namorado) atual foi responsabilizado por 36,50% dos maus tratos psicológicos e um ex-parceiro íntimo por 13,94%. Juntos, eles atingiram o percentual de 50,44%. Pai (2,65%) e padrasto (1,33%) somaram 3,98%. Mãe foi apontada como autora em 5,31% das situações. Apenas uma entrevistada declarou ter sofrido maus tratos por sua madrasta. Irmãos/irmãs/outros familiares residentes com as entrevistadas estiveram envolvidos em 67 (14,14%) situações. Foram 37 (8,19%) as entrevistadas que indicaram familiares não residentes com elas como responsáveis pela violência. Vizinho ou outros conhecidos (15,93%) e outros sujeitos (15,93%) atingiram o percentual de 31,86%. Violência psicológica exclusivamente doméstica e familiar teve percentual de 68,36%; a comunitária foi 25,44%; e 6,19% foi o resultado da combinação das duas.

Revisados os questionários e corrigida a maioria dos problemas, documentamos os seguintes achados: a) 380 assinalaram positivamente para **“Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?”**; b) 211 disseram sim a **“Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?”**; c) 220 marcaram ao menos **“uma vez”** para a pergunta **“Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como a olha, como grita, quebra coisas)?”**; e d) 133 afirmaram que alguém **“Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta?”**. A recorrência ficou em 35,95%.

Com relação às publicações brasileiras que selecionamos, algumas não trataram do assunto violência psicológica. Menezes e colaboradores (2003) pesquisaram sobre violência física doméstica, em uma maternidade do município de Recife. Esses pesquisadores utilizaram o instrumento Abuse Assessment Screen, que limitou a investigação de violência psicológica à pergunta “**Você já foi alguma vez maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo seu parceiro ou alguém importante para você?**”. Em um hospital do município de São Paulo, violência doméstica dos tipos física e sexual foi objeto de estudo do trabalho de Silva (2007), que também empregou o Abuse Assessment Screen. Quatro pesquisas realizadas no município do Rio de Janeiro também não analisaram violência psicológica (MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010; OLIVEIRA, 2008; RIBEIRO, 2009; SANTOS et al., 2010). Os três primeiros utilizaram o instrumento Revised Conflict Tactics Scales e o último empregou o Abuse Assessment Screen.

Schraiber e colaboradores (2007) expressaram que a compreensão de homens e mulheres de diferentes culturas sobre violência psicológica variava, sobremaneira, dificultando as definições e mensuração desse tipo de violência. E que os resultados de pesquisas mostravam ser a violência física geralmente acompanhada da psicológica. No Brasil, esse grupo de pesquisadores fez acontecer o *OMS Estudo multi-países*, que investigou especialmente violência praticada por parceiros íntimos, em algum momento da vida das mulheres e nos 12 meses anteriores à entrevista. Violência psicológica foi o tipo mais frequente, com recorrência em grande parte das situações. Acompanhou em 90% das vezes, aproximadamente, a violência dos tipos física e sexual. No ano anterior à entrevista, suas taxas foram de 24,2% (IC95% 21,8%;26,8%), para a Zona da Mata de Pernambuco, e de 18,7% (IC95% 16,3%;21,4%), para a cidade de São Paulo.

No *OMS estudo Multi-países*, semelhante ao que encontramos em nossos resultados, um número maior de mulheres disseram sim para “**Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?**”, tanto na cidade de São Paulo quanto na Zona da Mata de Pernambuco. A pergunta “**Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta?**” recebeu menos respostas afirmativas que as outras, nas duas localidades (SCHRAIBER et al., 2007).

Por sua vez, Rodrigues (2007) entrevistou 547 puérperas em uma maternidade do município de Ribeirão Preto, e observou taxa de 18,1% para violência psicológica praticada por parceiro íntimo durante a última gestação. As perguntas com mais e menos respostas afirmativas também foram “**Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?**” e “**Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta?**”. Quanto à violência psicológica infligida por familiares e outras pessoas do convívio das entrevistadas, a taxa foi 14,3%, que veio a ser semelhante a que encontramos.

Em outras três pesquisas, o questionário (ou parte dele) do *OMS Estudo Multi-países* foi utilizado. Com esse instrumento, Paz (2006) encontrou taxa de aproximadamente 28% para violência psicológica praticada por parceiro íntimo. Foram entrevistadas 612 mulheres com 31 ou mais semanas gestacionais, as quais residiam em um Distrito Sanitário do município de Recife. Em Campinas (São Paulo), 1.379 usuárias de unidades básicas de saúde foram entrevistadas durante a gestação e no pós-parto. Violência psicológica praticada por parceiro íntimo teve taxa de 19,1% (AUDI et al., 2008). Essas duas pesquisas não investigaram recorrência. No município de São Paulo, foram entrevistadas 1.922 usuárias de serviços públicos de saúde. Violência psicológica familiar teve taxa de 26,5%. Recorrência ficou em 14,1% (DURAND; SCHRAIBER, 2007).

Por sua vez, Okada (2007) encontrou taxa de violência doméstica de 12,7%. Apenas duas entrevistadas não foram submetidas à violência psicológica. Um parceiro íntimo foi apontado como principal autor (48,6%), seguido de familiar da mulher (22,6%), outros sujeitos (14,3%) e o companheiro/familiares das entrevistadas (14,3%). Moraes e Reichenheim (2002) encontraram taxa total de 61,7% para violência psicológica contra gestante, sendo que em 29,3%, os maus tratos foram considerados severos. Foi a mais alta taxa observada no Brasil. Eles utilizaram o instrumento Revised Conflict Tactics Scales para entrevistar 526 puérperas no município do Rio de Janeiro.

Procedemos, a partir de agora, à análise bivariada. Nas próximas tabelas apresentamos freqüência e percentual de violência psicológica para cada categoria das variáveis. Também o p-valor, a Razão de Prevalências e o Intervalo de 95% de Confiança.

As **variáveis demográficas** grupos etários das gestantes, componentes das famílias das gestantes, situação conjugal da gestante, coabitar com parceiro íntimo, número de moradores no domicílio, número de moradores por dormitório e número de filhos vivos foram apresentadas na **Tabela 6**.

A análise entre violência psicológica e grupos etários das gestantes revelou que 59,50% de gestantes adolescentes (14 a 19 anos), 52,29% de jovens não-adolescentes (20 a 24 anos) e 45,22% de adultas (25 anos ou mais) foram submetidas a maus tratos psicológicos. A categoria de referência foi “*gestantes adultas*”. As entrevistadas adolescentes (RP 1,31; IC95% 1,10;1,56) e jovens não-adolescentes (RP 1,16; IC95% 1,004;1,33) se mostraram em maior risco para esse tipo de violência. O p-valor para essas diferenças foi 0,005.

Sobre os componentes das famílias e violência psicológica, evidenciamos que os menores percentuais de maus tratos, a saber, 45,65% e 46,01%, foram para as que residiam com parceiros íntimos (com ou sem filhos) e com parceiros íntimos e familiares (também com ou sem filhos), respectivamente. A categoria de referência foi “*gestante e parceiro íntimo (com ou sem filhos)*”. O risco de violência psicológica foi maior para gestantes que residiam só/com filhos (RP 1,73; IC95% 1,38;2,19) e para as que coabitavam com familiares, com ou sem a companhia de filhos (RP 1,35; IC95% 1,14;1,60). O p-valor que representou essas diferenças foi inferior a 0,001. Excluímos da análise oito (0,82%) gestantes que residiam com amigas ou em seus locais de trabalho. Algumas delas voltaram a morar com familiares, quando da proximidade do parto ou após a alta das maternidades.

Na análise da relação entre violência psicológica e a variável situação conjugal da gestante, verificamos menor percentual (45,93%) de insultos, depreciações, humilhações, intimidações e ameaças para gestantes “*casadas/união consensual*”, a categoria de referência. O grupo que reuniu solteiras/viúva teve percentual de 60,24% e se mostrou em risco para esse tipo de violência (RP 1,31; IC95% 1,13;1,51). Maus tratos psicológicos estiveram presentes para 89,47% de divorciadas/desquitadas, o grupo de maior risco (RP 1,95; IC95% 1,64;2,31). O p-valor para essas diferenças também foi inferior a 0,001.

Quando separamos as gestantes em grupos segundo a condição coabitar com parceiros íntimos, encontramos risco de violência psicológica para as que residiam sem maridos/companheiros (RP 1,39; IC95% 1,22;1,59). A categoria de referência foi “*sim*”. O p-valor foi inferior a 0,001.

Sobre o número de moradores no domicílio, observamos maior risco apenas para as gestantes que moravam sozinhas (RP 1,68; IC95% 1,22;1,32). O p-valor para as diferenças foi 0,008. A categoria de referência foi “2 a 4 moradores”.

Para a variável número de moradores por dormitório, os percentuais de violência psicológica variaram de 49,39% (um morador) a 51,25% (três ou mais moradores). O p-valor para essas diferenças foi 0,924. A categoria de referência foi “1morador”. Todos os intervalos de confiança incluíram o número 1.

Com relação à violência psicológica segundo número de filhos vivos, obtivemos os seguintes percentuais: a) 49,28% quando elas eram primigestas (sem filhos); b) 50,17% se tinham um filho; c) 42,53% para gestantes com dois filhos; e d) 58,62% quando havia três ou mais filhos. “*Sem filhos*” foi considerada categoria de referência. Essas diferenças não foram estatisticamente significantes (p-valor 0,437).

Apresentamos, na **Tabela 6**, os resultados da análise bivariada de **características demográficas das gestantes e violência psicológica**.

Tabela 6. Análise bivariada de características demográficas das gestantes e violência psicológica. São Luís-MA, 2010.

Variáveis	Violência psicológica					
	n	f	%	RP*	IC95**	p***
Grupos etários	971					0,005
Adulta (25 anos ou mais)	544	246	45,22	1		
Jovem não-adolescente (20 a 24 anos)	306	160	52,29	1,16	1,004	1,33
Adolescente (14 a 19 anos)	121	72	59,50	1,31	1,10	1,56

Componentes da família	963†						<0,001
Gestante e parceiro íntimo (com ou sem filhos)	471	215	45,65	1			
Gestante, parceiro íntimo e familiares (com ou sem filhos)	313	144	46,01	0,99	0,85	1,15	
Gestante e familiares (com ou sem filhos)	154	96	62,34	1,35	1,14	1,60	
Gestantes e filhos ou mora só	25	20	80,00	1,73	1,38	2,19	
Situação conjugal	971						<0.001
Casada/união consensual	786	361	45,93	1			
Solteira/viúva	166	100	60,24	1,31	1,13	1,51	
Divorciada/desquitada	19	17	89,47	1,95	1,64	2,31	
Coabitar com parceiro íntimo	971						<0.001
Sim	784	359	45,79	1			
Não	187	119	63,64	1,39	1,22	1,59	
Número de moradores no domicílio	971						0,008
2 a 4 moradores	704	334	47,44	1			
5 a 8 moradores	231	121	52,38	1,10	0,95	1,28	
9 ou mais moradores	26	15	57,69	1,22	0,87	1,70	
1 morador (gestante)	10	8	80,00	1,68	1,22	2,32	
Número de moradores por dormitório	971						0,924
1 morador	164	81	49,39	1			
2 moradores	727	356	48,97	0,99	0,83	1,18	
3 ou mais moradores	80	41	51,25	1,03	0,80	1,35	
Número de filhos vivos	971						0,437
Sem filhos	554	273	49,28	1			
1 filho	301	151	50,17	1,01	0,88	1,17	
2 filhos	87	37	42,53	0,86	0,67	1,12	
3 ou mais filhos	29	17	58,62	1,18	0,87	1,63	

* Razão de Prevalências.

** Intervalo de 95% de Confiança.

*** P-valor obtido no Modelo de Regressão de Poisson.

† Foram excluídas 8 gestantes que residiam com amigas e no local de trabalho.

Investigamos também a associação entre **condições socioeconômicas das gestantes** e violência psicológica praticada contra elas. As análises entre esse desfecho e as variáveis último nível de ensino das gestantes, trabalho remunerado da gestante, grupos de ocupações das gestantes, relações de ocupação das gestantes, renda familiar inferior ao salário mínimo nacional, classes econômicas, salário mínimo necessário DIEESE, dimensão material do apoio social inferior ao percentil 75, dimensão emocional/informação do apoio social inferior ao percentil 75 e dimensão afetivo/interativo do apoio social inferior ao percentil 75 foram mostradas na **Tabela 7**.

Os percentuais de violência segundo último nível de ensino das 971 entrevistadas variaram de 48,29% a 52,63%. Esse segundo percentual foi para as que iniciaram ou concluíram algum curso de graduação (Ensino Superior) e o primeiro para as que cursaram o Ensino Médio. Gestantes que não ultrapassaram o Ensino Fundamental e passaram por maus tratos psicológicos durante a gestação em curso foram 65 (51,59% de 126 entrevistadas). A categoria Ensino Superior foi a de referência. Os intervalos de confianças, para as categorias Ensino Médio e Ensino Fundamental, incluíram o número 1. O p-valor para as diferenças foi 0,574.

O número de entrevistadas com trabalho remunerado e submetidas a maus tratos psicológicos foi 216, com percentual de 47,47%. Para as desempregadas, o percentual foi 50,78. O p-valor que expressou essas diferenças foi 0,306. A categoria de referência foi “sim”.

Quando relacionamos a variável grupos de ocupações das gestantes e violência psicológica, verificamos que o percentual de entrevistadas em situação de violência e que exerciam funções de diretores/gerentes e de nível superior atingiu 61,11. Esse grupo se mostrou em risco para violência psicológica (RP 1,67; IC95% 1,17;2,38). O menor percentual (36,61%) foi para as com ocupações “*técnicos de nível médio e gerentes de pequenos serviços*”, a categoria de referência. Quando elas não trabalhavam, o percentual foi o segundo maior (50,78%), com Razão de Prevalências de 1,39 (IC95% 1,07;1,79). As com ocupações manuais/outras ocupações também se mostraram em risco, quando comparadas à categoria de referência (RP 1,36; IC95% 1,04;1,78). O p-valor para essas diferenças foi 0,034.

Quanto às relações de ocupação de gestantes, entendemos que não houve diferenças entre os percentuais (p-valor 0,368), os quais variaram de 45,90% a 51,24%. A categoria de referência foi “*assalariada*”. Todos os intervalos de confiança incluíram o número 1.

Para o grupo de gestantes com renda familiar inferior ao salário mínimo nacional vigente no território brasileiro, no ano de 2010, o percentual de violência psicológica atingiu 53,33%. Para as com “renda familiar igual ou superior ao salário mínimo”, a categoria de referência, o percentual de maus tratos psicológicos foi 48,62%. Essas diferenças não foram estatisticamente significantes (p-valor 0,345).

Violência do tipo psicológica segundo classes econômicas teve como resultados: a) O percentual para o grupo que reuniu as classes econômicas D e E foi 56,95%; b) para as classes econômicas A/B e C, os percentuais foram 46,43% e 47,45%, respectivamente. O p-valor para as diferenças entre essas três categorias foi 0,067. Quando analisamos os grupos A/B/C e D/E, o p-valor diminuiu para 0,021. A categoria de referência foi “*grupo A/B/C*”. O risco para o grupo D/E foi 1,20 (IC95% 1,02;1,41).

Quando analisamos a relação violência psicológica e o salário mínimo necessário DIEESE (média para o período de fevereiro a dezembro de 2010), que foi proposto pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Econômicos (DIEESE), o percentual de violência para o grupo que não atingiu o valor de R\$ 2.121,00 (dois mil e cento e vinte e hum reais) foi 48,45%. Para a categoria de referência, a saber, “*sim*”, o percentual foi 51,78%. O p-valor foi 0,398.

Com relação ao apoio social que recebiam de familiares ou conhecidos, tomamos o ponto de corte do percentil 75 para classificação. Definimos como tendo recebido “*inadequado apoio social*” para as dimensões material, afetivo/interativo e emocional/informação aquelas que foram incluídas no grupo situado abaixo do percentil 75. As entrevistadas que recebiam “*adequado apoio social*” se situaram no percentil 75 ou acima dele.

Para as dimensões material e afetivo/interativo, o p-valor que representou as diferenças, entre os dois grupos com adequado (não) e inadequado (sim) apoio social, foi inferior a 0,001. O p-valor para a variável dimensão emocional/informativo foi 0,002. Para todas as três dimensões, as gestantes que recebiam inadequado apoio social, se mostraram em risco para violência psicológica. A categoria de referência foi “não (adequado)”

A **Tabela 7** mostrou os resultados da análise bivariada entre **características socioeconômicas das gestantes** e o desfecho **violência psicológica**.

Tabela 7. Análise bivariada de características socioeconômicas das gestantes e violência psicológica. São Luís-MA, 2010.

Variáveis	Violência psicológica					
	n	f	%	RP*	IC95**	p***
Último nível de ensino	971					0,574
Superior	114	60	52,63	1		
Médio	731	353	48,29	0,92	0,76	1,10
Fundamental	126	65	51,59	0,98	0,77	1,25
Trabalho remunerado	971					0,306
Sim	455	216	47,47	1		
Não	516	262	50,78	1,06	0,94	1,22
Grupos de ocupações	971					0,034
Técnicos e gerentes de pequenos estabelecimentos	112	41	36,61	1		
Manuais/outras ocupações	307	153	49,84	1,36	1,04	1,78
Não trabalham	516	262	50,78	1,39	1,07	1,79
Gerente/funções de nível superior	36	22	61,11	1,67	1,17	2,38
Relações de ocupação	971					0,368
Assalariada	244	112	45,90	1		
Autônoma/empregadora	204	98	48,04	1,04	0,86	1,27
Trabalho ocasional/não trabalha	523	268	51,24	1,12	0,95	1,31

Renda familiar inferior ao salário mínimo	938†						0,345
Não	833	405	48,62	1			
Sim	105	56	53,33	1,09	0,90	1,33	
Classes econômicas	898††						0,021
Grupo A/B/C	747	353	47,26	1			
Grupo D/E	151	86	56,95	1,20	1,02	1,41	
Salário mínimo necessário DIEESE	938†						0,398
Sim	197	102	51,78	1			
Não	741	359	48,45	1,06	0,92	1,25	
Dimensão material do apoio social inferior ao percentil 75	971						<0,001
Não (adequado)	267	104	38,95	1			
Sim (inadequado)	704	374	53,13	1,36	1,15	1,60	
Dimensão afetivo/interativo do apoio social inferior ao percentil 75	971						<0,001
Não (adequado)	251	82	32,67	1			
Sim (inadequado)	720	396	55,00	1,68	1,39	2,03	
Dimensão emocional/informação do apoio social inferior ao percentil 75	971						0,002
Não (adequado)	254	102	40,16	1			
Sim (inadequado)	717	376	52,44	1,30	1,10	1,54	

* Razão de Prevalências.

** Intervalo de 95% de Confiança.

*** P-valor obtido no Modelo de Regressão de Poisson.

† 33 gestantes desconheciam as rendas de suas famílias.

†† 69 gestantes excluídas porque desconheciam o último curso frequentado pelo chefe de família e quatro famílias sem chefes.

As variáveis que representaram **características comportamentais das gestantes** foram as que se seguem: a) início do pré-natal exclusivamente no primeiro trimestre gestacional; b) consulta de pré-natal em serviços públicos; c); abuso de álcool pela gestante durante o período gestacional; e d) uso de drogas ilícitas pela gestante até três meses antes da atual gestação. Elas foram apresentadas, com mais detalhe, na **Tabela 8**.

Sobre a associação entre violência psicológica e início do pré-natal no primeiro trimestre gestacional, ela não foi comprovada (p-valor 0,632). O percentual de maus tratos psicológicos para quem teve a sua primeira consulta de pré-natal no primeiro trimestre da gravidez foi 48,93%. Para quem iniciou o pré-natal depois desse período, o percentual de violência psicológica foi 51,15%. A categoria de referência foi “*sim*”.

Quanto à variável consulta de pré-natal exclusivamente em serviços públicos, encontramos percentuais de violência psicológica de 48,88% para as que tinham suas consultas de pré-natal “*exclusivamente em serviços públicos*”, a categoria de referência. Para as que utilizaram serviços privados de forma exclusiva ou concomitante ao público, os percentuais de violência foram contra 58,62%. As diferenças não foram estatisticamente significantes (p-valor 0,255).

Para o abuso de álcool pela gestante durante o período gestacional, as categorias foram as que se seguem: a) “*não*” (nunca ingeriu bebida alcoólica e nunca ingeriu quatro ou mais doses de bebida alcoólica na atual gestação, em uma única ocasião), a categoria de referência; b) “*raramente*” (quando a gestante ingeriu quatro ou mais doses de bebida alcoólica, em uma ocasião, em intervalo maior que um mês); e c) “*frequentemente*” (reuniu quem ingeriu quase todos os dias a uma a três vezes ao mês). O percentual de violência psicológica para a categoria “*frequentemente*” atingiu 79,07%, contra 47,31% para “*nunca ingeriu*”. O percentual para a categoria “*raramente*” foi 56,60%. O p-valor para essas diferenças foi inferior a 0,001. Observamos maior risco para a categoria “*frequentemente*” (RP 1,67; IC95% 1,41;1,98).

Dez gestantes fizeram uso de drogas ilícitas (a exemplos de maconha, merla e etc.) durante o período gestacional que estava em curso e até três meses antes da gestação e oito (80%) referiram violência. Para as gestantes que não utilizaram drogas ilícitas, a categoria de referência, o percentual foi 48,91%. O p-valor que representou as diferenças foi 0,002. A Razão de Prevalências para quem fez uso foi 1,63 (IC95% 1,20;2,24).

Apresentamos, na **Tabela 8**, os resultados da análise bivariada de **características comportamentais das gestantes e violência psicológica**.

Tabela 8. Análise bivariada de características comportamentais das gestantes e violência psicológica. São Luís-MA, 2010.

Variáveis	Violência psicológica					
	n	f	%	RP*	IC95**	p***
Início do pré-natal no primeiro trimestre gestacional	971					0,632
Sim	840	411	48,93	1		
Não	131	67	51,15	1,04	0,87	1,25
Consulta de pré-natal exclusivamente em serviços públicos	968†					0,255
Sim	939	459	48,88	1		
Não	29	17	58,62	1,20	0,88	1,64
Uso de drogas ilícitas até três meses antes da atual gestação	971					0,002
Não	961	470	48,91	1		
Sim	10	8	80,00	1,63	1,20	2,24
Abuso de álcool pela gestante durante o período gestacional	971					<0,001
Não	875	414	47,31	1		
Raramente	53	30	56,60	1,20	0,93	1,53
Frequentemente	43	34	79,09	1,67	1,41	1,98

* Razão de Prevalências.

** Intervalo de 95% de Confiança.

*** P-valor obtido no Modelo de Regressão de Poisson.

† 3 gestantes não tinham iniciado o pré-natal.

As **variáveis socioeconômicas e demográfica relacionadas aos parceiros íntimos** foram as seguintes: grupos etários, último nível de ensino, trabalho remunerado, grupos de ocupações e relações de ocupações. Elas foram mostradas na **Tabela 9**.

Para violência psicológica segundo grupos etários de 782 parceiros íntimos, obtivemos os seguintes resultados: a) 58,82% para gestantes com maridos/companheiros adolescentes; b) 46,56%, se eles eram jovens não-adolescentes; e c) 44,97%, para entrevistadas com parceiros “adultos”, a categoria de referência. Todos os intervalos de confiança incluíram o número 1 e o p-valor foi 0,423.

Quanto ao último nível de ensino de 765 parceiros íntimos, o menor percentual de violência psicológica (37,29%) foi para gestantes com marido/companheiro que havia iniciado ou concluído o “*Ensino Superior*”. Esta foi a categoria de referência. Para aquelas cujos parceiros íntimos não ultrapassaram o Ensino Fundamental, o percentual chegou até 53,33%, o maior deles. E para as com parceiros íntimos que atingiram o Ensino Médio, a taxa foi de 44,06%. O p-valor para a variável último nível de ensino de parceiros íntimos foi 0,047. Todos os intervalos de confiança incluíram o número 1.

Quando um parceiro íntimo tinha trabalho remunerado ou estava desempregado, os percentuais foram próximos de 45,00%. O p-valor foi 0,959. Os percentuais de violência psicológica segundo grupos de ocupações de parceiros íntimos ficaram entre 45,45% e 45,95%. O primeiro foi para os desempregados e o segundo para o grupo que reuniu gerentes/funções de nível superior. O p-valor para essa variável foi 0,999 e todos os intervalos de confiança incluíram o número 1.

Para as relações de ocupação de parceiros íntimos, os percentuais de violência psicológica contra gestantes variaram de 44,28% (assalariados) a 49,68% (os com trabalhos ocasionais e que não trabalhavam), com p-valor de 0,436. Os intervalos de confiança também incluíram o número 1.

A **Tabela 9** mostrou os resultados da análise bivariada entre **características de parceiros íntimos e violência psicológica**.

Tabela 9. Análise bivariada de características socioeconômicas e demográfica de parceiros íntimos e violência psicológica. São Luís-MA, 2010.

Variáveis	Violência psicológica					
	n	f	%	RP*	IC95**	p***
Grupos etários	782†					0,423
Adulto (mais de 24 anos)	576	259	44,97	1		
Jovem não-adolescente (20 a 24 anos)	189	88	46,56	1,03	0,87	1,24
Adolescente (17 a 19 anos)	17	10	58,82	1,30	0,87	1,97

Último nível de ensino	765††						0,047
Ensino Superior	59	22	37,29	1			
Ensino Médio	556	245	44,06	1,18	0,84	1,67	
Ensino Fundamental	150	80	53,33	1,43	0,99	2,05	
Trabalho remunerado	784‡						0,959
Sim	729	334	45,82	1			
Não	55	25	45,45	0,99	0,73	1,34	
Grupos de ocupações	777‡‡						0,999
Gerentes/funções de nível superior	37	17	45,95	1			
Técnicos e gerentes de pequenos estabelecimentos	96	44	45,83	0,99	0,66	1,50	
Manuais e outras ocupações	589	268	45,50	0,99	0,69	1,42	
Não trabalha	55	25	45,45	0,99	0,63	1,56	
Relações de ocupação	781‡‡‡						0,436
Assalariado	551	244	44,28	1			
Trabalho ocasional/não trabalha	73	35	47,95	1,08	0,84	1,40	
Autônomo/empregador	157	78	49,68	1,12	0,93	1,35	

* Razão de Prevalências.

** Intervalo de 95% de Confiança.

*** P-valor obtido no Modelo de Regressão de Poisson.

† 185 gestantes eram solteiras e quatro desconheciam as idades de seus parceiros íntimos.

†† 185 gestantes eram solteiras e 21 desconheciam o último curso frequentado pelo parceiro íntimo.

‡ 185 gestantes eram solteiras e duas não sabiam se os parceiros estavam trabalhando.

‡‡ 185 gestantes eram solteiras e nove desconheciam a ocupação do parceiro.

‡‡‡ 185 gestantes eram solteiras e cinco desconheciam a relação de ocupação do parceiro.

As **variáveis que representaram características demográficas e socioeconômicas de chefes de família** foram as que se seguem: a) grupos etários; b) sujeito chefe de família; c); sexo do chefe de família; d) último nível de ensino alcançado por 898 chefes de família; e) ocupação de chefes de família; e f) relações de ocupação dos chefes de família. Elas foram mostradas na **Tabela 10**.

Com relação à variável grupos etários de chefes de família, 376 (48,21%) gestantes residiam com chefes de família, na faixa etária de 24 anos ou mais anos, e se mostraram em situação de violência psicológica. O percentual de gestantes com

chefes de família jovens (reuniram sete adolescentes e 151 jovens não-adolescentes) e submetidas à violência psicológica foi 54,43%. Todos os intervalos de confiança incluíram o número 1. A categoria de referência foi chefe de família “*adulto*”. O p-valor foi 0,137.

Se o sujeito chefe de família era um “*parceiro íntimo*”, a categoria de referência”, o percentual de violência psicológica foi 46,13%. No grupo em que a gestante foi considerada o sujeito de maior renda, chegou a 51,43%. Se eles eram outros sujeitos (pais, mães, sogros, irmãos e etc.), o percentual atingiu 54,08%. A razão de prevalência para esse último grupo foi 1,17 (IC95% 1,02;1,34). O p-valor para essas diferenças foi 0,071.

Quando o chefe de família era do “*sexo masculino*”, a categoria de referência, 46,31% de entrevistadas referiram algum episódio de violência psicológica contra 56,16 se ele era do sexo feminino. O p-valor para as diferenças entre as categorias da variável sexo do chefe de família foi 0,004.

Os percentuais de violência, segundo o último nível de ensino alcançado por 898 chefes de família, foram 55,39% para quando eles não ultrapassaram o Ensino Fundamental; 46,08%, se o máximo atingido foi o “*Ensino Médio*”, a categoria indicada como referência; e 52,63% para gestantes com chefes de família que iniciaram ou já haviam concluído algum Curso de Graduação. A Razão de Prevalência para quando o chefe de família tinha Ensino Fundamental foi 1,20 (IC95% 1,03;1,40). O p-valor para essa variável foi 0,045.

Com relação à ocupação de chefes de família, se eles eram gerentes/administradores de grandes estabelecimentos ou exerciam funções de nível superior, 59,70% de gestantes se mostraram em situação de violência psicológica, Razão de Prevalências de 1,25 (IC95% 1,01;1,54). Para o grupo que reuniu “*técnicos de nível médio e gerentes de pequenos serviços/trabalhos manuais/outras ocupações*”, a categoria de referência, o percentual caiu para 47,55%. O p-valor para esta variável foi 0,033.

Sobre as *relações de ocupação dos chefes de família*, evidenciamos os achados seguintes: a) para os 237 chefes de família autônomos/empregadores, o percentual de maus tratos psicológicos contra gestantes foi 54,43%; b) 46,94% das gestantes que eram ou viviam com chefes de família “*assalariado/trabalho ocasional*”, a categoria de referência, relataram algum episódio de violência. A Razão de Prevalências para a categoria autônomo/empregador foi 1,16 (1,01;1,33). O p-valor foi 0,040, com significância estatística.

Apresentamos, na **Tabela 10**, os resultados da análise bivariada de **características demográficas e socioeconômicas de chefes de família e violência psicológica**.

Tabela 10. Análise bivariada de características demográficas e socioeconômicas de chefes de família e violência psicológica. São Luís-MA, 2010.

Variáveis	Violência psicológica					
	n	f	%	RP*	IC95**	p***
Grupos etários	938†					0,137
Adulto (25 anos ou mais)	780	376	48,21	1		
Jovem (17 a 24 anos)	158	86	54,43	1,13	0,96	1,32
Sujeito chefe de família	967††					0,071
Parceiro íntimo	568	262	46,13	1		
Gestante	105	54	51,43	1,11	0,91	1,37
Outros	294	159	54,08	1,17	1,02	1,34
Sexo do chefe de família	967††					0,004
Masculino	691	320	46,31	1		
Feminino	276	155	56,16	1,21	1,06	1,38
Último nível de ensino	898 ‡					0,045
Médio	599	276	46,08	1		
Superior	95	50	52,63	1,14	0,93	1,40
Fundamental	204	113	55,39	1,20	1,03	1,40

Grupos de ocupações	923#						0,033
Técnicos e gerentes de pequenos estabelecimentos/ manuais/outras ocupações	856	407	47,55	1			
Gerente/funções de nível superior	67	40	59,70	1,25	1,01	1,54	
Relações de ocupação	906†						0,040
Assalariado/trabalho ocasional	669	314	46,94	1			
Autônomo/empregador	237	129	54,43	1,16	1,01	1,33	

* Razão de Prevalências.

** Intervalo de 95% de Confiança.

*** P-valor obtido no Modelo de Regressão de Poisson.

† 29 gestantes desconheciam as idades dos chefes de família e quatro famílias sem chefes.

†† quatro gestantes não sabiam informar quem era o sujeito de maior salário nas suas famílias.

††† 69 gestantes desconheciam o último curso frequentado pelo chefe de família e quatro famílias sem chefes.

44 gestantes não sabiam a ocupação do chefe de família e quatro famílias sem chefes.

† 61 gestantes desconheciam a relação de trabalho do chefe de família e quatro famílias sem chefes.

Lembramos que o Modelo de Regressão de Poisson foi o mais indicado porque a taxa de violência psicológica foi superior a 10%. Consideramos como tendo significância estatística, para entrar na análise multivariada, as associações com p-valor inferior a 0,2. Permaneceram no modelo final as com p-valor inferior a 0,1.

Com base na análise bivariada, as seguintes variáveis não foram testadas para o modelo final: a) número de moradores por dormitório (p-valor 0,924); b) número de filhos vivos (p-valor 0,437); c) último nível de ensino das gestantes (p-valor 0,574); d) trabalho remunerado das gestantes (p-valor 0,306); e) relações de ocupações das gestantes (p-valor 0,368); f) renda familiar inferior ao salário mínimo (p-valor 0,345); g) salário mínimo necessário DIEESE (p-valor 0,398); h) início do pré-natal no primeiro trimestre gestacional (p-valor 0,632); i) consulta de pré-natal em serviços públicos (p-valor 0,255); j) grupos etários de parceiros íntimos (p-valor 0,423); j) trabalho remunerado de parceiros íntimos (0,959); k) grupos de ocupações de parceiros íntimos (p-valor 0,999); e l) relações de ocupação de parceiros íntimos (p-valor 0,436). Todas as variáveis relacionadas aos chefes de família foram incluídas na análise multivariada.

Discutiremos, agora, as variáveis excluídas. Algumas não foram analisadas quer nas quatro revisões de literatura quer nas publicações brasileiras selecionadas. Foram elas, a saber: número de moradores por dormitório; relações de ocupações das gestantes; salário mínimo necessário DIEESE; consulta de pré-natal em serviços públicos; grupos de ocupações de parceiros íntimos; e relações de ocupação de parceiros íntimos.

A investigação sobre trabalho da gestante e de parceiros íntimos, na literatura levantada, se restringiu à condição de esses sujeitos possuírem ou não atividade remunerada. O tipo de serviço utilizado pelas gestantes, em suas consultas de pré-natal, também não foi analisado por pesquisadores brasileiros. Talvez porque todas as pesquisas tenham sido realizadas em serviços públicos de saúde.

Quanto ao número de filhos, Taillieu e Brownridge (2004) deram a conhecer que alguns resultados de pesquisas indicavam maior risco de ocorrer maus tratos durante as gestações de múltiparas, quando comparadas às primigestas. Nessa perspectiva, Audi e colaboradores (2008) encontraram associação entre violência psicológica e gestantes terem dois ou mais filhos (p-valor 0,013) e se eles haviam sido gerados por ex-parceiros íntimos (p-valor 0,004). Todavia, o risco se mostrou apenas na análise bivariada, desaparecendo quando da análise ajustada.

No âmbito da Educação, Taillieu e Brownridge (2004) expressaram que os achados, mostrando relação entre violência e Educação, eram inconsistentes e que a suposição de risco maior de violência quanto menor o nível educacional era desfeita quando da análise no modelo ajustado. Todavia, Audi e colaboradores (2008) encontraram associação entre violência psicológica e gestante ter até oito anos de estudo (p-valor 0,013; Odds Ratio 1,44; IC95% 1,08;1,92) quando da análise ajustada. Okada (2007) não encontrou maior risco de violência para gestantes com menos anos de estudo, quando da análise bivariada. Por sua vez, Paz (2006) não encontrou associação entre violência doméstica e anos de estudo das gestantes, no modelo final ajustado.

Na revisão de literatura que realizaram sobre violência na gestação, Taillieu e Brownridge (2004) disseram que a associação entre desemprego e violência se estabelecia apenas na análise descritiva, desaparecendo quando os fatores de confusão eram controlados no modelo ajustado. Segundo estes pesquisadores, dependência financeira da mulher em relação ao parceiro íntimo, uma das expressões do patriarcalismo, pode estar associada a um maior risco de violência. Contudo, disseram, os estudos que avaliaram essa dimensão ou foram qualitativos ou retrospectivos.

Quanto à relação trabalho remunerado da gestante e violência psicológica, Audi e colaboradores (2008) compararam gestantes desempregadas e com trabalho remunerado e não encontraram diferenças (p-valor 0,381). Silva (2007) obteve percentuais semelhantes de violência doméstica para mulheres com ou sem trabalho. Para violência geral praticada pelo parceiro íntimo, Paz (2006) observou que havia mais gestantes desempregadas em situação de violência, com p-valor de 0,015, quando da análise bivariada. Quando da análise ajustada, o p-valor e o Odds Ratio foram 0,0199 e 1,77, respectivamente. Entretanto, o intervalo de confiança incluiu o número 1 (IC95 0,8;3,8).

Jasinski (2004) expressou que baixo status socioeconômico (reunindo nível de escolaridade, renda e/ou trabalho) começava a ser mostrado como um consistente fator de risco. Todavia, Taillieu e Brownridge (2004) afirmaram que os achados sobre renda familiar eram inconsistentes e a associação se restringia à análise descritiva e desaparecia com o modelo ajustado. Chamaram atenção para o problema de os pesquisadores utilizarem amostras homogêneas. Um dos trabalhos brasileiros que investigou violência psicológica não analisou a relação entre esse tipo de violência e renda familiar (AUDI et al., 2008).

Sobre início do pré-natal até o terceiro trimestre gestacional, Taillieu e Brownridge (2004) consideraram que alguns estudos não encontraram associação entre violência contra gestantes e inadequação da qualidade da atenção do pré-natal e que os pesquisadores necessitam conhecer a acessibilidade dos serviços de saúde quando da avaliação dessa relação.

A variável idade do parceiro íntimo não foi analisada em seis publicações brasileiras que estudamos (DURAND; SCHRAIBER, 2007; MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010; OKADA, 2007; OLIVEIRA, 2008; RIBEIRO, 2009; SANTOS et al., 2010). Menezes e colaboradores (2003) investigaram apenas violência física por parceiros íntimos. Audi e colaboradores (2008) encontraram maior risco de violência psicológica para gestantes com parceiros íntimos adolescentes na análise ajustada (p-valor 0,019; Odds Ratio 1,74; IC95% 1,09;2,75). Por sua vez, Paz (2006) obteve percentuais de violência geral contra gestantes de 51,35%, para parceiros íntimos adolescentes, e de 28,75%, se eles tinham 20 anos ou mais, com p-valor de 0,004, na análise bivariada. A associação não se manteve na análise ajustada. Rodrigues (2007) separou os parceiros em grupos de 17 a 29 anos e 30 anos ou mais e encontrou percentuais de violência psicológica contra gestantes de 17%, aproximadamente, para os dois grupos.

Sobre violência na gestação e trabalho de um parceiro íntimo, Taillieu e Brownridge (2004) expressaram que essa característica não vinha sendo investigada. Eles comentaram sobre dois trabalhos que encontraram associação entre desemprego do parceiro íntimo a violência contra gestante. Disseram que outros trabalhos não encontraram associação e que talvez fosse pela forma como apresentavam as variáveis, a saber, “trabalhador” ou “estudante/outros”.

Pudemos observar que o trabalho do parceiro íntimo não foi investigado rotineiramente para os vários tipos de violência contra gestantes (DURAND; SCHRAIBER, 2007; MENEZES et al., 2003; MORAES; REICHENHEIM, 2002; OKADA, 2007; OLIVEIRA, 2008; RIBEIRO, 2009; SANTOS et al., 2010). Paz (2006) não encontrou associação entre violência contra gestantes e trabalho remunerado do parceiro íntimo. Audi e colaboradores (2008) observaram associação quando da análise bivariada.

Esse é uma característica não investigada rotineiramente para os vários tipos de violência contra gestantes (AUDI et al., 2008; DURAND; SCHRAIBER, 2007; MENEZES et al., 2003; MORAES; REICHENHEIM, 2002; OKADA, 2007; OLIVEIRA, 2008; RIBEIRO, 2009; SANTOS et al., 2010). Por sua vez, Silva (2007) não analisou essa característica do parceiro íntimo.

Conforme o critério estabelecido para entrada de variáveis independentes na análise multivariada, a saber, p-valor inferior a 0,2, selecionamos as seguintes **características demográficas das gestantes**: a) grupos etários (p-valor 0,005), com mais risco de violência para gestante adolescente (RP 1,31; IC95% 1,10;1,56) e jovem não-adolescente (RP 1,16; IC95% 1,004;1,33); b) componentes das famílias (p-valor <0,001), sendo que os valores mostraram risco de violência psicológica para gestantes que residiam sozinhas ou com filhos (RP 1,73; IC95% 1,38;2,19) e também para as que coabitavam com familiares, em companhia ou não de filhos (RP 1,35; IC95% 1,14;1,60); c) situação conjugal (p-valor <0,001), com risco para as categorias gestante divorciada/desquitada (RP 1,95; IC95% 1,64;2,31) e solteira/viúva (RP 1,31; IC95% 1,13;1,51); d) coabitar com parceiro íntimo (p-valor <0,001), com risco de violência para as gestantes que não residiam com marido/companheiro (RP 1,39; IC95% 1,22;1,59); e e) número de moradores no domicílio (p-valor 0,008), com risco de maus tratos psicológicos apenas para a gestante que residia só (RP 1,68; IC95% 1,22;2,32).

À análise multivariada, foram indicadas as seguintes variáveis que representaram **características socioeconômicas das gestantes**: a) grupos de ocupações (p-valor de 0,034), com risco de violência para gestantes com ocupações manuais/outras ocupações (RP 1,36; IC95% 1,04;1,78), para as que não trabalhavam (RP 1,39; IC95% 1,07;1,79) e para as com ocupações de gerente/funções de nível superior (RP 1,67; IC95% 1,17;2,38); b) classes econômicas (p-valor de 0,021), com as gestantes do grupo D/E com risco para violência psicológica (RP 1,20; IC95% 1,02;1,41); c) dimensão material do apoio social inferior ao percentil 75 (p-valor <0,001), com risco de violência para quem foi incluída no grupo abaixo desse ponto de corte (RP 1,36; IC95% 1,15;1,60); d) dimensão afetivo/interativo do apoio social inferior ao percentil 75 (p-valor <0,001), também aqui com maior risco para o grupo classificado abaixo desse ponto de corte (RP 1,68; IC95% 1,39;2,03); e) dimensão emocional/informativo do apoio social inferior ao percentil 75 (p-valor de 0,002), com risco de violência psicológica para o grupo que foi classificado abaixo do percentil 75 (RP 1,30; IC95% 1,10;1,54).

As **variáveis comportamentais relacionadas às gestantes**, uso de drogas ilícitas até três meses antes da atual gestação e durante o período gestacional (p-valor 0,002), e abuso de álcool pela gestante durante o período gestacional (p-valor <0,001), foram selecionadas para a análise multivariada.

Com relação às variáveis de **características socioeconômicas e demográfica de parceiros íntimos**, indicamos apenas último nível de ensino (p-valor 0,047) para a análise multivariada.

Todas as **variáveis relacionadas aos chefes de família** foram testadas na análise multivariada.

Devido colinearidade, transformamos a variável situação conjugal da gestante em gestante divorciada/desquitada, a fim de que pudesse ser analisada com as outras variáveis. As categorias casada/união consensual e solteira/viúva formaram um único grupo.

Tendo mostrado como procedemos para indicar as variáveis para a análise multivariada, apresentamos os seus resultados na **Tabela 11**.

Tabela 11. Análise ajustada de características de gestantes, parceiros íntimos e chefes de família e violência psicológica. São Luís-MA, 2010.

Variáveis (n=852)	RP*	IC95**		p***
Grupos etários de gestantes				0,010
Adulta (mais de 24 anos)	1			
Jovem não-adolescente (20 a 24 anos)	1,23	1,06	1,44	
Adolescente (17 a 19 anos)	1,27	1,03	1,58	
Gestante divorciada/desquitada				0,003
Não	1			
Sim	1,52	1,15	2,01	
Coabitar com parceiro íntimo				0,068
Sim	1			
Não	1,16	0,99	1,37	

Grupos de ocupações de gestantes				0,038
Técnicos e gerentes de pequenos estabelecimentos	1			
Manuais	1,26	0,96	1,67	
Não trabalham	1,25	0,96	1,65	
Gerente/funções de nível superior	1,70	1,18	2,45	
Classes econômicas				0,064
A/B/C	1			
D/E	1,17	0,99	1,38	
Dimensão afetivo/interativo do apoio social inferior ao percentil75				<0,001
Não (adequado)	1			
Sim (inadequado)	1,72	1,40	2,12	
Abuso de álcool pela gestante durante o período gestacional				<0,001
Não	1			
Raramente	1,16	0,91	1,48	
Frequentemente	1,53	1,23	1,89	
Ocupações de chefes de família				0,095
Técnicos e gerentes de pequenos estabelecimentos/manuais/outras ocupações	1			
Gerente/funções de nível superior	1,21	0,97	1,51	
Relações de ocupação de chefes de família				0,020
Assalariado/trabalho ocasional	1			
Autônomo/empregador	1,19	1,03	1,37	

* Razão de Prevalências.

** Intervalo de 95% de Confiança.

*** P-valor obtido no Modelo de Regressão de Poisson.

Com base na análise ajustada, as seguintes variáveis não se mostraram associadas com violência psicológica na gestação (p-valor superior a 0,05): a) coabitar com parceiro íntimo (p-valor 0,068); b) classes econômicas (p-valor 0,064); e c) ocupações de chefes de família (p-valor 0,095).

Trouxemos três análises sobre classes econômicas e violência contra gestantes. A variável ocupações de chefes de família não foi investigada por pesquisadores brasileiros. Taillieu e Brownridge (2010) expressaram que não se tem estudado mais profundamente sobre o Trabalho. Quando da discussão sobre a associação entre gestante divorciada/desquitada e maus tratos psicológicos, comentamos sobre a situação de coabitar com parceiro íntimo.

Audi e colaboradores (2008) não encontraram diferenças estatísticas entre os grupos que reuniram as classes D/E e A/B/C com relação à violência psicológica praticada por parceiros íntimos contra gestantes (p-valor 0,064; Odds Ratio 1,28; IC95% 0,98;1.68). Todavia, analisando violência praticada por parceiro íntimo, Durand e Schraiber (2007) observaram maior risco para a classe econômica E (p-valor <0,001; Razão de Prevalências 1,76; IC95% 1,08;2,87), na análise bivariada. Por sua vez, Rodrigues (2007) encontrou maior risco de violência psicológica para o grupo que reuniu as classes econômicas D/E (Razão de Chance 1,54; IC95% 1,09;2,17), quando da análise bivariada. Esta última pesquisadora não realizou análise multivariada.

As seguintes **características demográficas, socioeconômicas e comportamentais** se mostraram associadas à violência psicológica na gestação: a) grupos etários das gestantes (p-valor 0,010), com risco de violência para as entrevistadas com até 19 anos (RP 1,27; IC95 1,03;1,58) e da faixa etária de 20 a 24 anos (RP 1,23; IC95 1,06;1,44); b) gestante divorciada/desquitada (p-valor 0,003; RP 1,52; IC95 1,15;2,01); c) grupos de ocupações de gestantes (p-valor 0,040), sendo que o grupo que reuniu as ocupações gerente/funções de nível superior foi a única com risco para violência psicológica (RP 1,70; IC95 1,18;2,45); d) dimensão afetivo/interativo do apoio social inferior ao percentil75 com risco de maus tratos psicológicos para a gestante com apoio inadequado (p-valor <0,001; RP 1,72; IC95 1,40;2,12); e) abuso de álcool pela gestante durante o período gestacional (p-valor <0,001), com risco de violência psicológica para aquelas que fizeram uso abusivo de álcool frequentemente (IR 1,53; IC95 1,23;1,89); e f) relação de ocupação de chefes de família (p-valor 0,020), com risco de violência para gestantes residentes com chefes de família autônomos/empregadores (IR 1,19; IC95 1,03;1,37).

Encerrada a apresentação desses últimos resultados, passaremos a discuti-los, por variável independente. Porque o objeto de estudo violência psicológica na gestação não tem sido usualmente investigado, introduzimos algumas análises de violência geral e psicológica em algum momento da vida das gestantes.

Com relação à associação entre violência psicológica e a variável grupos etários de gestantes, com mais risco de maus tratos para as categorias “jovem não-adolescente” e “adolescente”, pensamos nos conflitos inerentes a essas fases da vida humana para buscar as explicações. Tem sido amplamente documentado que adolescentes e jovens não-adolescentes (no plural, para mostrar as múltiplas formas de se vivenciar essas duas fases da vida) passam por grandes mudanças biopsicossociais, as quais são influenciadas pela forma de viver em sociedade (BRASIL, 2010).

Adolescentes e, especialmente, os jovens com mais de 20 anos, tendem a ser cobrados por familiares e pela Escola a adotarem atitudes mais adequadas à vida adulta. Todavia, vão adquirindo independência em relação às pessoas que antes tinham como modelos. Na busca do “quem sou e aonde vou chegar”, é comum que incorporem novas formas de pensar e agir, às suas vidas. Muitas delas, efêmeras e de difícil compreensão (BRASIL, 2010). A nossa prática no projeto de Extensão “Jovens de bem com a vida” nos fez afirmar que adolescentes podem “amar em um dia e detestar no seguinte”. Os conflitos, portanto, são inerentes ao processo de desenvolvimento do ser humano.

Nessa perspectiva, entendemos que a gravidez pode-se tornar um agravante nas relações emblemáticas (mais comum) ou evento gerador de conflitos (TAILLIEU; BROWNRIDGE, 2004). Os casamentos apressados, os gastos e preocupações trazidos com o nascimento de uma criança, os problemas de relacionamentos já existentes, a interrupção dos estudos e do trabalho e as mudanças de residências, o desejo ou o retorno à vida de solteiro (a), entre outros fatos, podem resultar em contrariedades, desagravos e violência.

Não tem sido raro uma adolescente grávida, principalmente, escutar de sua mãe ou de outro familiar com quem resida que “estragou a vida” e “agora vai ter que trabalhar para sustentar o filho”. Ainda mais quando o futuro pai não é benquisto

pela família. A notícia da gravidez tem sido descrita, por adolescentes com quem trabalhamos, como um momento de grandes conflitos, especialmente se a vida sexual ativa dela era de desconhecimento da família. As duas primeiras perguntas de diagnóstico de violência psicológica podem ter feito que relembressem essas ocasiões.

Em revisão de literatura, Jasinsky (2004) expressou que havia maior risco de violência para gestantes mais jovens. Embora tenham observado associação entre idade da mulher e violência na gestação, Taillieu e Brownridge (2004) chamaram atenção para dois fatos: a) Os trabalhos de campo das pesquisas, em sua maioria, foram realizadas em clínicas e hospital, impedindo que se possa fazer generalizações; b) Usualmente essa relação aparece na análise bivariada, desaparecendo na análise multivariada. Ele concluiu que permanecia a incerteza sobre se a idade estava associada com aumento do risco de violência em geral.

Paz (2006) não encontrou associação entre idade das gestantes e violência praticada contra elas (p-valor 0,348; Odds Ratio 1,46; IC95 0,6;3,3). Entretanto, gestantes adolescentes com idades inferiores que 18 anos não foram incluídas na pesquisa. Os grupos foram separados segundo idades de 18 a 34 anos e 35 anos ou mais. O questionário do OMS Estudo Multi-países foi o instrumento utilizado para diagnosticar violência.

Rodrigues (2007) também excluiu gestantes adolescentes com até 17 anos. Foram entrevistadas 547 puérperas, em uma maternidade filantrópica do município de Ribeirão Preto. Elas compuseram o grupo com até 29 anos de idade. Com o teste Qui-Quadrado, o p-valor foi 0,49. Durand e Schraiber (2007) também não encontraram associação entre violência na gestação e idade da grávida (p-valor 0,547).

Sobre a situação conjugal da gestante, que foi representada pela variável gestante desquitada/divorciada, a análise dos resultados mostrou 52% a mais de risco de violência psicológica para entrevistadas incluídas nessa categoria, quando comparadas às solteiras/casadas/viúva/em união estável (categoria de referência). Doze ex-parceiros íntimos e um parceiro atual foram os perpetradores da violência.

Lembramos que ex-parceiros íntimos e atuais maridos/companheiros foram indicados como autores em 50,44% dos maus tratos psicológicos que tiveram seus autores identificados (452 situações). Entre as 72 adolescentes, atuais e ex-maridos/companheiros/namorados foram indicados por 36,11% delas. Todavia, podemos pensar que esses parceiros íntimos atuais eram, principalmente, seus namorados. As variáveis situação conjugal, coabitar com parceiro íntimo e componentes das famílias mostraram maior proteção para gestantes que residiam com marido/companheiro, quando da análise bivariada. Todas tiveram p-valor <0,001.

No Brasil, a única pesquisa que analisou violência psicológica praticada por parceiros íntimos contra gestantes e situação conjugal foi a de Audi e colaboradores (2008). Eles classificaram as gestantes em situação conjugal estável ou não, não tendo definido o que significavam esses termos. Não encontraram diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos (p-valor 0,182; Odds Ratio 1,25; IC 0,87;1,75).

Por sua vez, Paz (2006) investigou a relação entre situação conjugal e violência contra gestantes, sem ter especificado os tipos. Na análise multivariada, o p-valor foi 0,016, com Odds Ratio de 2,06 e IC95 variando de 1,2 a 3,4. Por sua vez, Rodrigues (2007) encontrou p-valor de 0,001, porém só utilizou o Teste Qui-Quadrado. A maior proporção de violência que essa pesquisadora encontrou foi para o grupo que reuniu gestantes divorciadas/separadas/viúvas, a qual atingiu 70% contra 30% das que tinham as mesmas situações conjugais e não haviam sofrido violência. Durand e Schraiber (2007) encontraram menor risco de violência geral para as gestantes casadas/amigadas, com p-valor <0,001, quando da análise bivariada.

Parceiros íntimos têm sido apontados como principais autores de violência contra mulheres (BRASIL, 2008; WORD HEALTH ORGANIZATION, 2005b). Ademais, afirmou-se que mulheres casadas/união consensual apresentavam mais resistência em procurar auxílio para o enfrentamento da violência (MEZEY; BELEY, 1997).

Três revisões de literatura não abordaram a relação entre situação conjugal e violência contra gestantes (CAMPBELL; GARCÍA-MORENO; SHARPS, 2004; GAZMARARIAN et al., 1996; JASINSKI, 2004). Na mais recente, Taillieu e Brownridge (2010) disseram que gestantes solteiras poderiam estar em mais situação de risco que as com maridos/companheiros. Alguns trabalhos analisados por eles chegaram a mostrar um risco de até três vezes para as solteiras. Entretanto, chamaram atenção para o fato de a associação desaparecer na análise multivariada. Por fim, analisaram em separado as mulheres divorciadas e expressaram que essa categoria poderia estar em maior risco que as de outras situações conjugais.

Sobre as ocupações das 455 gestantes, inicialmente, elas foram organizadas em quatro grupos, a saber: a) *técnicos de nível médio e gerentes de pequenos estabelecimentos* (referência); b) as que tinham *trabalhos manuais*; c) as *desempregadas*; e d) as *gerentes/funções de nível superior*.

Apenas para a categoria “gerentes/funções de nível superior” encontramos risco em relação à categoria de referência. Oferecemos duas explicações para esse achado. Talvez essas funções tenham possibilitado a participação delas em discussões sobre violência contra mulheres. Quando ao que poderia ser para mulheres com outras funções “bate-boca de casal” ou “briga na família”, o acesso ao conhecimento sobre violência de gênero pode ter feito com que se declarassem em situação de violência. Ou elas estavam desafiando poderes estabelecidos e por isso se encontravam em maior risco para violência psicológica.

Audi e colaboradores (2008) analisaram a situação de a entrevistada ter ou não trabalho remunerado, mas não investigaram tipo de ocupação. Não encontraram diferença estatisticamente significativa entre o grupo que trabalhava e o com gestantes desempregadas (p-valor 0,099). Por sua vez, Paz (2006) disse ter encontrado maior risco de violência praticada por parceiro íntimo para a categoria mulheres desempregadas (p-valor 0,0199; Odds Ratio 1,77). Todavia, o Intervalo de 95% de Confiança incluiu o número 1. Okada (2006) não observou relação entre violência contra mulheres e trabalho remunerado, quando da análise bivariada. Rodrigues (2007) não relacionou trabalho da gestante à violência psicológica ocorrida alguma vez na vida.

Em três revisões de literatura, o trabalho feminino não foi analisado (CAMPBELL; GARCÍA-MORENO; SHARPS, 2004; GAZMARARIAN et al., 1996; JASINSKI, 2004). Taillieu e Brownridge (2010) nos trouxeram a informação de que algumas pesquisas mostraram associação entre desemprego e violência. Todavia, esses achados ficaram restritos às análises bivariadas.

Relação entre apoio social e violência foi discutida por Taillieu e Brownridge (2010). Esses pesquisadores expressaram que resultados de pesquisas vinham mostrando menos risco de violência em função do apoio social recebido por gestantes. Nenhum trabalho brasileiro investigou sobre apoio social e violência contra gestantes.

Com relação à variável abuso de álcool pela gestante durante o período gestacional, gestantes que fizeram uso “frequentemente” (reuniu as opções quase todos os dias; uma a quatro vezes na semana; e uma a três vezes por mês) de quatro ou mais doses de bebidas alcoólicas, em uma única ocasião, na atual gestação, se mostraram em maior risco para violência psicológica (p-valor <0,001, com 53% a mais de risco quando comparada à categoria de referência).

Na revisão de literatura que realizou, Lasinski (2004) considerou que algumas pesquisas mostraram relação entre violência na gestação e consumo abusivo de álcool pela mulher. Taillieu e Brownridge (2004) afirmaram que alguns trabalhos mostravam associação entre o uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas por gestantes e violência contra elas.

Audi e colaboradores (2008) não encontraram associação entre violência psicológica e consumo de álcool (não foi investigado o uso abusivo) pela gestante (p-valor 0,269; Odds Ratio 1,93; IC95% 0,67;5,67). Rodrigues (2006) também encontrou associação entre violência psicológica, alguma vez na vida, praticada por um parceiro íntimo (atual ou anterior) e uso abusivo de álcool, também na análise bivariada (p-valor 0,003).

Finalmente, com relação à categoria “autônomo/empregador” da variável relações de ocupação do chefe de família, pensamos que a explicação possa ser dada na forma como estão enraizadas as relações de poder. Essa dimensão da

violência contra mulheres não tem sido analisada, ao menos do ponto de vista da metodologia quantitativa. De certa forma, como nos manifestamos anteriormente, ela terminou expressando o poder de parceiros íntimos e de outros sujeitos do sexo masculino. Afinal, maridos/companheiros, pais, irmãos, cunhados e sogros foram indicados pelas entrevistadas como responsáveis pela maior renda de 71,46% das famílias.

5.4 Taxas, perpetradores, recorrência e fatores associados à violência física/sexual contra gestantes

Violência do tipo física foi o segundo tipo mais frequente. O número de gestantes que assinalaram positivamente para ao menos uma das seis perguntas de diagnóstico desse tipo de violência foi 125. A taxa alcançou 12,87%. Alguma forma de violência sexual foi imposta a 26 gestantes, com taxa de 2,68%. Quinze gestantes receberam agressões físicas e não sexuais.

Como apenas duas gestantes foram agredidas sexualmente e não receberam maus tratos do tipo físico, decidimos reunir esses dois tipos no grupo violência física/sexual, a fim de analisar fatores associados para um número maior de entrevistadas, a qual teve taxa de 14,01%. Nessa perspectiva, 136 responderam afirmativamente a uma ou mais das nove perguntas de diagnóstico de violência dos tipos física e/ou sexual.

Quatro publicações brasileiras que selecionamos abordaram a violência física exclusivamente (MENEZES, 2003; MORAES; REICHENHEIM, 2002; OLIVEIRA, 2008; RIBEIRO, 2009). Uma delas teve interesse por violência física como fator de risco para a má qualidade da atenção ao pré-natal (MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010). Silva (2007) investigou, também, violência do tipo sexual. Audi e colaboradores (2008), Durand e Schraiber (2007), Okada (2007), Paz (2006) e Rodrigues (2007) estudaram os três tipos de violência. Santos e colaboradores (2010) analisaram violência doméstica durante a gestação, sem especificar qualquer um dos tipos.

No município de Recife, Menezes e colaboradores (2003) investigaram violência física doméstica durante a gestação e encontraram taxa de 7,4%. Em nossa pesquisa, violência física doméstica e familiar teve taxa de 11,74%. Eles utilizaram o instrumento *Abuse Assessment Screen* para entrevistar 420 puérperas que tiveram seus partos em uma maternidade terciária daquela capital, o qual tem as opções **marido**, **ex-marido**, **namorado** e **outro** para a pergunta sobre o(s) autores da violência. Portanto, ficaram reunidos na mesma opção outros familiares residentes com as entrevistadas e outros sujeitos da violência comunitária.

Moraes e Reichenheim (2002) encontraram taxa de 18,2% para violência física praticada por parceiros íntimos contra gestantes. Esses dois pesquisadores entrevistaram 528 puérperas, em três maternidades públicas do município do Rio de Janeiro. As idades das gestantes não foram reveladas. O instrumento *Revised Conflict Tactics Scales* foi utilizado na coleta de dados. O banco de dados dessa pesquisa foi utilizado, por Moraes, Arana e Reichenheim (2010), quando da investigação de violência física praticada por parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade de pré-natal.

Oliveira (2008) e Ribeiro (2009) utilizaram o mesmo banco de dados, que reuniu 811 mães que levaram seus filhos com até cinco meses de idade a cinco unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro, para consultas ou imunizações. Oliveira (2008) investigou violência física grave praticada por parceiro íntimo durante a gestação como fator de propensão para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. A taxa de violência física considerada grave foi 18,9%. O instrumento utilizado para diagnóstico de violência entre parceiros íntimos foi o *Revised Conflict Tactics Scales*. Ribeiro (2009) encontrou taxa de 37,85% para violência física por parceiro íntimo durante a gestação.

Por sua vez, Silva (2007) entrevistou 344 puérperas, em uma maternidade terciária de assistência ao servidor público estadual, com idades de 15 a 45 anos. Estabeleceu taxa de 4,1% para violência física e 1,5% de violência sexual durante a gestação. Foi utilizado o questionário *Abuse Assessment Screen* para diagnóstico de violência física. A pesquisadora informou que a população estudada tinha uma ocupação, em sua maioria, tinham 9 a 11 anos ou mais de estudo.

A taxa de violência física/sexual durante a gravidez encontrada por Audi e colaboradores (2008) foi 6,5%. Esses pesquisadores entrevistaram 1.379 usuárias do Sistema Único de Saúde, no município de Campinas, em uma ou duas ocasiões do parto e no puerpério. O questionário do *OMS Estudo multi-países* foi o instrumento de coleta de dados sobre violência contra gestantes.

Sobre as respostas às perguntas de violência física, evidenciamos o que se segue: a) Foram 68 (7,0%) gestantes que assinalaram positivamente para “**Deu-lhe uma tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?**”, que foi recorrente em “**poucas vezes**” para 13 (1,34%) e “**muitas vezes**” para outras seis (0,62%); b) 82 (8,44%) marcaram “**uma vez**” à pergunta “**Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão?**”, com recorrência em “**poucas vezes**” para 10 (1,03%) e “**muitas vezes**” para oito (0,82%); c) 36 (3,71%) disseram sim à questão “**Machucou-a com um soco ou com algum objeto?**”, com recorrência para 12 (1,23%); d) Mulheres chutadas, arrastadas ou surradas somaram 25 (2,57%), sendo que oito (0,82%) delas sofreram essa forma de agressão física por mais de uma vez; e) Sete (0,72%) gestantes relataram que alguém havia tentado estrangulá-las/queimá-las, o que para duas ocorreu “**muitas vezes**”; e f) 21 (2,16%) disseram que contra elas foi feita ameaça ou uso de algum tipo de arma, com recorrência em “**poucas vezes**” para uma. Lembramos que sete gestantes responderam afirmativamente a uma das cinco perguntas de violência física e não o fizeram para as questões de diagnóstico de violência do tipo psicológica.

Quanto às perguntas de diagnóstico de violência sexual, observamos o seguinte: a) 18 (1,74%) gestantes responderam sim à pergunta “**Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?**”, com recorrência para 50%; b) Para a pergunta “**Você teve relação sexual porque estava com medo do que essa pessoa pudesse fazer?**”, nove (0,93%) gestantes assinalaram “**uma vez**” e outras cinco (0,52%) marcaram “**poucas vezes**” ou “**muitas vezes**”; e c) 12 (1,24%) entrevistadas disseram que alguém “**Forçou-a a uma prática sexual que você considera humilhante?**”, sendo que duas revelaram que o fato tinha acontecido mais de uma vez; uma delas, por “**muitas vezes**”.

Para violência física, atuais parceiros íntimos (maridos/companheiros/namorados) estiveram envolvidos em 58,09% das situações. Não foi possível distinguir marido/companheiro de namorados (compõem, juntos, uma opção de resposta). Ex-parceiros íntimos foram indicados como autores por 17,65% das entrevistadas. Juntos, esses dois grupos atingiram o percentual de 75,74%. Pai (1,47%), padrasto (1,47%), mãe (5,88%), madrasta (0,74%), irmãos/irmãs/outras familiares residentes com as gestantes (3,68%) e outros familiares (14,05%) e outros familiares não residentes (3,68%) também foram apontados como autores. Esses foram os sujeitos da violência doméstica e familiar. Vizinhos e outras pessoas conhecidas (8,09%) e outros sujeitos (11,03%) atingiram o percentual de 19,12%.

Violência física-sexual, exclusivamente de âmbito doméstico e familiar, esteve presente para 110 (80,88%) gestantes e a comunitária para 12 (8,82%). Quatorze (10,29%) entrevistadas foram submetidas à violência nesses dois espaços. Essas diferenças foram estatisticamente significantes (p-valor <0,001), o que nos permite afirmar que a violência física e sexual é praticada principalmente no âmbito das relações familiares e do ambiente doméstico, como já foi reconhecido (BRASIL, 2008; ELLSBERG-HEISE, 2005; GARCÍA-MORENO et al., 2005).

As análises entre o desfecho **violência física-sexual** e as **variáveis demográficas** grupos etários das gestantes, componentes das famílias das gestantes, situação conjugal da gestante, coabitar com parceiro íntimo, número de moradores no domicílio, número de moradores por dormitório e número de filhos vivos foram apresentadas na **Tabela 12**.

Com relação à variável grupos etários de gestantes, observamos maior risco apenas para as gestantes com idades de 20 a 24 anos (p-valor 0,003; RP 1,78; IC95% 1,27;2,49). A categoria de referência foi “gestantes adultas”.

A análise da variável componentes das famílias mostrou maior risco apenas para a categoria “gestantes e familiares (com ou sem filhos)” (p-valor 0,012; RP 1,76; IC95% 1,15;2,70). A categoria de referência foi “gestante, parceiro íntimo e familiares (com ou sem filhos)”. Novamente excluímos da análise oito (0,82%) gestantes que residiam com amigas ou em seus locais de trabalho.

Quanto à relação violência física/sexual e situação conjugal da gestante, verificamos que as entrevistadas reunidas na categoria “casadas/união consensual”, a de referência, relataram menos agressões (12,34%), seguidas de solteiras/viúva (18,67%). Para a categoria divorciadas/desquitadas, a de maior risco (RP 3,41; IC95% 1,95;5,97), o percentual de violência física-sexual foi 42,11%. Para esta variável, o p-valor foi <0,001.

Quando separamos as gestantes em grupos segundo a condição coabitar com parceiros íntimos, encontramos risco de violência física/sexual para as que residiam sem maridos/companheiros (RP 1,74; IC95% 1,25;2,44). A categoria de referência foi “sim”. O p-valor foi 0,001.

Com relação à variável número de moradores no domicílio, os percentuais encontrados foram os seguintes: a) 20% para gestantes que residiam sozinhas; b) 13,64% para as que moravam em domicílios com “dois a quatro moradores”, a categoria de referência; c) 13,85% quando suas residências abrigavam de cinco a oito moradores; e d) 23,08% quando os domicílios das gestantes tinham nove ou mais moradores. O p-valor para esta variável foi 0,506. Também não encontramos associação (p-valor 0,311) entre violência física e sexual e as variáveis número de moradores por dormitório (p-valor 0,326) e número de filhos (p-valor 0,880).

Apresentamos, na **Tabela 12**, os resultados da análise entre **características demográficas das gestantes e violência física/sexual**.

Tabela 12. Análise bivariada de características demográficas das gestantes e violência física/sexual. São Luís-MA, 2010.

Variáveis	Violência física/sexual					
	n	f	%	RP*	IC95**	p***
Grupos etários	971					0,003
Adulta (25 anos ou mais)	544	58	10,66	1		
Adolescente (14 a 19 anos)	121	20	16,53	1,55	0,97	2,48
Jovem não-adolescente (20 a 24 anos)	306	58	18,95	1,78	1,27	2,49

Componentes da família	963†						0,009
Gestante, parceiro íntimo e familiares (com ou sem filhos)	313	38	12,14	1			
Gestante e parceiro íntimo (com ou sem filhos)	471	58	12,31	1,01	0,69	1,49	
Gestante e familiares (com ou sem filhos)	154	33	21,43	1,76	1,15	2,70	
Gestantes e filhos ou mora só	25	6	24,00	1,97	0,92	4,22	
Situação conjugal	971						<0,001
Casada/união consensual	786	97	12,34	1			
Solteira/viúva	166	31	18,67	1,51	1,04	2,19	
Divorciada/desquitada	19	8	42,11	3,41	1,95	5,97	
Coabitar com parceiro íntimo	971						0,001
Sim	784	96	12,24	1			
Não	187	40	21,39	1,74	1,25	2,44	
Número de moradores no domicílio	971						0,506
2 a 4 moradores	704	96	13,64	1			
5 a 8 moradores	231	32	13,85	1,01	0,70	1,47	
1 morador	10	2	20,00	1,47	0,82	3,50	
9 ou mais moradores	26	6	23,08	1,69	0,42	5,14	
Número de moradores por dormitório	971						0,326
1 morador	164	17	10,37	1			
2 moradores	727	106	14,58	1,41	0,87	2,28	
3 ou mais moradores	80	13	16,25	1,57	0,80	3,06	
Número de filhos vivos	971						0,880
Sem filhos	554	74	13,36	1			
1 filho	301	45	14,95	1,12	0,79	1,58	
2 filhos	87	12	13,79	1,03	0,58	1,82	
3 ou mais filhos	29	5	17,24	1,29	0,56	2,94	

* Razão de Prevalências.

** Intervalo de 95% de Confiança.

*** P-valor obtido no Modelo de Regressão de Poisson.

† Foram excluídas 8 gestantes que residiam com amigas e no local de trabalho.

As variáveis independentes relacionadas às **condições socioeconômicas das gestantes** foram as que se seguem: último nível de ensino das gestantes, trabalho remunerado da gestante, grupos de ocupações das gestantes, relações de ocupação das gestantes, renda familiar inferior ao salário mínimo nacional, classes econômicas, salário mínimo necessário DIEESE, dimensão material do apoio social inferior ao percentil 75, dimensão emocional/informação do apoio social inferior ao percentil 75 e dimensão afetivo/interativo do apoio social inferior ao percentil 75. Ver **Tabela 12**.

Os percentuais de violência, segundo último nível de ensino das gestantes, variaram de 13,16% (Nível Superior) a 16,67% (Nível Fundamental). Para as gestantes que iniciaram ou concluíram apenas o Ensino Fundamental e passaram por maus tratos psicológicos durante a gestação em curso, o percentual foi 13,68%. A categoria “Ensino Superior” foi a de referência. O p-valor foi 0,646.

Para a variável trabalho remunerado das gestantes, a categoria de referência foi “Sim”. Os percentuais de mulheres com e sem ocupação e que responderam afirmativamente a uma ou mais questões de diagnóstico de violência física-sexual foram 15,12% e 12,75% respectivamente. O p-valor foi 0,288, sem significância estatística.

Com relação aos grupos de ocupações das gestantes, 13,89% das gestantes que exerciam funções de diretores/gerentes e de nível superior, referiram agressões físicas e/ou sexuais. O percentual de 8,04% foi para as “técnicas de nível médio e gerentes de pequenos serviços”, a categoria de referência. Para as que trabalhavam de forma manual e tinham outros serviços, violência física/sexual atingiu 14,33%. Para o grupo das que não trabalhavam, o percentual foi 15,12%. As diferenças entre as categorias da variável grupo de ocupações das gestantes teve p-valor foi de 0,316. Todos os intervalos de confiança incluíram o número 1.

Quando às relações de ocupação das gestantes, os percentuais de violência física/sexual foram os que se seguem: a) 11,07% para a categoria “assalariada”, a de referência; b) 14,22% para as autônomas ou empregadoras; e c) 15,30% para as que estavam desempregadas ou tinham trabalhos ocasionais. O p-valor foi de 0,300 e todos os intervalos de confiança incluíram o número 1.

O percentual de gestantes que referiram violência física/sexual e que viviam em domicílios com renda familiar inferior a um salário mínimo de referência nacional foi 23,81%. Gestantes que moravam com famílias que recebiam R\$ 510,00 (valor de referência do salário mínimo nacional para o trabalho de campo) ou mais e relataram violência foi 12,61%. Observamos que o risco (RP 1,89%; IC95% 1,28;2,78) para gestantes de famílias com renda familiar inferior a um salário mínimo foi 89% maior que as que compuseram a categoria de referência. O p-valor para essas diferenças foi 0,001.

Com relação às classes econômicas, violência física-sexual teve percentuais de 12,72% e 19,87%, respectivamente, para os grupos das classes econômicas “A/B/C”, a categoria de referência, e D/E, com risco de 56% a mais para gestantes que compuseram a última categoria (RP 1,56%; IC95% 1,07;2,26). O p-valor foi 0,048.

Quando analisamos a relação violência psicológica e a média dos salários mínimos necessários DIEESE, para o período de fevereiro a dezembro de 2010, o percentual de violência para o grupo que não atingiu o valor de R\$ 2.121,00 (dois mil e cento e vinte e hum reais) foi 13,90% contra 13,71% daquelas que atingiram. O p-valor foi 0,944 e todos os intervalos de confiança incluíram o número 1.

Para a variável dimensão material, o p-valor que representou as diferenças entre os grupos com adequado (não) e inadequado (sim) apoio social foi 0,001. O p-valor para a dimensão afetivo/interativo foi <0,001. Encontramos p-valor de 0,049 para a variável dimensão emocional/informação. Para todas as três dimensões, as gestantes que recebiam inadequado apoio social (sim), se mostraram em maior risco para violência físico-sexual. A categoria de referência, para as três dimensões do apoio social foi “não (adequado).

A **Tabela 13** apresentou os resultados da análise bivariada entre **características socioeconômicas das gestantes** e o desfecho **violência física/sexual**.

Tabela 13. Análise bivariada de características socioeconômicas das gestantes e violência física/sexual. São Luís-MA, 2010.

Variáveis	Violência física/sexual					
	n	f	%	RP*	IC95**	p***
Último nível de ensino	971					0,646
Superior	114	15	13,16	1		
Médio	731	100	13,68	1,03	0,63	1,72
Fundamental	126	41	16,67	1,27	0,69	2,34
Trabalho remunerado	971					0,288
Sim	455	58	12,75	1		
Não	516	78	15,12	1,18	0,86	1,62
Grupos de ocupações	971					0,316
Técnicos e gerentes de pequenos estabelecimentos	112	9	8,04	1		
Gerente/funções de nível superior	36	5	13,89	1,73	0,62	4,82
Manuais/outras ocupações	307	44	14,33	1,78	0,90	3,53
Não trabalham	516	78	15,12	1,88	0,97	3,64
Relações de ocupação	971					0,300
Assalariada	244	27	11,07	1		
Autônoma/empregadora	204	29	14,22	1,28	0,79	2,09
Trabalho ocasional/não trabalha	523	80	15,30	1,38	0,92	2,08
Renda familiar inferior ao salário mínimo	938†					0,001
Não	833	105	12,61	1		
Sim	105	25	23,81	1,89	1,28	2,78
Classes econômicas	898††					0,018
A/B/C	747	95	12,72	1		
D/E	151	30	19,87	1,56	1,07	2,26

Salário mínimo necessário DIEESE	938†						0,944
Sim	741	103	13,90	1			
Não	197	27	13,71	0,99	0,66	1,46	
Dimensão material do apoio social inferior ao percentil 75	971						0,001
Não (adequado)	267	21	7,87	1			
Sim (inadequado)	704	115	16,34	2,07	1,33	3,23	
Dimensão afetivo/interativo do apoio social inferior ao percentil 75	971						<0,001
Não (adequado)	251	17	6,77	1,1			
Sim (inadequado)	720	119	16,53	2,44	1,50	3,97	
Dimensão emocional/informação do apoio social inferior ao percentil 75	971						0,049
Não (adequado)	254	26	10,24	1			
Sim (inadequado)	717	110	15,34	1,50	1,001	2,24	

* Razão de Prevalências.

** Intervalo de 95% de Confiança.

*** P-valor obtido no Modelo de Regressão de Poisson.

† 33 gestantes desconheciam as rendas de suas famílias.

†† 69 gestantes excluídas porque desconheciam o último curso frequentado pelo chefe de família e quatro famílias sem chefes.

As variáveis que representaram **características comportamentais das gestantes** foram as que se seguem: a) início do pré-natal exclusivamente no primeiro trimestre gestacional; b) consulta de pré-natal em serviços públicos; c); abuso de álcool pela gestante durante o período gestacional; e d) uso de drogas ilícitas pela gestante até três meses antes da atual gestação.

Sobre a associação entre violência psicológica e início do pré-natal no primeiro trimestre gestacional, os percentuais para as que assinalaram afirmativamente e negaram foram, nessa ordem, 13,93% e 14,50%. O p-valor que representou essas diferenças foi 0,859. Quanto à situação de realizarem as consultas de pré-natal exclusivamente em serviços públicos ou utilizarem serviços privados, os percentuais foram próximos de 14%. O p-valor para as diferenças foi 0,968.

Uma gestante fez uso de algum tipo de droga ilícita até três meses antes da gestação e sofreu violência do tipo física/sexual. Dez gestantes declararam terem feito uso de drogas ilícitas no período investigado. O p-valor foi 0,721.

Para o abuso de álcool pela gestante durante o período gestacional, as categorias foram as que se seguem: a) “não”, a categoria de referência; b) raramente; e c) frequentemente. Observamos maior risco para a categoria “frequentemente” (RP 2,48; IC95% 1,56;3,93). O p-valor foi <0,001.

Apresentamos, na **Tabela 14**, os resultados da análise bivariada de **características comportamentais das gestantes e violência física-sexual**.

Tabela 14. Análise bivariada de características comportamentais das gestantes e violência física/sexual. São Luís-MA, 2010.

Variáveis	Violência psicológica					
	n	f	%	RP*	IC95**	p***
Início do pré-natal no primeiro trimestre gestacional	971					0,859
Sim	840	117	13,93	1		
Não	131	19	14,50	1,04	0,66	1,63
Consulta de pré-natal exclusivamente em serviços públicos	968†					0,968
Sim	939	132	14,06	1		
Não	29	4	14,79	1,10	0,40	2,57
Uso de drogas ilícitas até três meses antes da atual gestação	971					0,721
Não	961	135	14,05	1		
Sim	10	1	10,00	0,71	0,11	4,60
Abuso de álcool pela gestante durante o período gestacional	971					<0,001
Não	875	115	13,14	1		
Raramente	53	7	13,21	1,004	0,49	2,04
Frequentemente	43	14	32,56	2,48	1,56	3,93

* Razão de Prevalências.

** Intervalo de 95% de Confiança.

*** Valor de p no Modelo de Regressão de Poisson.

† 3 gestantes não tinham iniciado o pré-natal.

As **variáveis socioeconômicas e demográfica relacionadas aos parceiros íntimos** foram as que se seguem: grupos etários, último nível de ensino, trabalho remunerado, grupos de ocupações e relações de ocupações, analisadas à violência física/sexual. Apresentamos a análise entre essas variáveis independentes e o desfecho **violência física/sexual** na **Tabela 15**.

Com relação aos grupos etários de parceiros íntimos, os percentuais de violência física-sexual foram os seguintes: a) 12,50% para as que tinham parceiros íntimos adultos; b) 12,17% para entrevistadas com parceiros íntimos jovens não-adolescentes; e c) 11,76% quando eles eram adolescentes (a categoria definida como referência). Como na violência psicológica, não encontramos associação entre essa variável independente e o desfecho violência física-sexual (p-valor 0,989).

Sobre o último nível de ensino de 765 parceiros íntimos, os percentuais de gestantes em situação de violência física/sexual foram os que se seguem: a) 1,69%, se os parceiros íntimos atingiram “Nível Superior”, a categoria de referência; b) 12,41% para gestantes com maridos/companheiros com Nível Médio; e c) 18,00%, se eles não ultrapassaram o Ensino Fundamental. O p-valor foi 0,022. Chamamos atenção para os resultados relacionados às categorias Ensino Médio e Ensino Fundamental: a Razão de Prevalências foi 7,32 (IC95% 1,03;51,52), para o Ensino Médio, e atingiu 10,62 (IC95% 1,47;76,48), para o Ensino Fundamental.

Quando um parceiro íntimo tinha trabalho remunerado e estava desempregado, os percentuais de violência física/sexual contra gestantes foram 12,07% e 16,36%. O p-valor foi 0,343.

Segundo grupos de ocupações de parceiros íntimos, os percentuais variaram de 2,70% a 16,36%. O primeiro foi para os gerentes/funções de nível superior e o segundo para o grupo dos que não trabalhavam. O p-valor para essa variável foi 0,343 e todos os intervalos de confiança incluíram o número 1.

Para as relações de ocupação de parceiros íntimos, os percentuais de violência física/sexual contra gestantes variaram de 10,71% (assalariados) a 16,56% (autônomo/empregador), com p-valor de 0,079. A Razão de Prevalências para a categoria autônomo/empregador foi 1,54 (IC95% 1,01;2,37).

A **Tabela 15** mostrou os resultados da análise bivariada entre **características de parceiros íntimos e violência física-sexual**.

Tabela 15. Análise bivariada de características socioeconômicas e demográfica de parceiros íntimos e violência física/sexual. São Luís-MA, 2010.

Variáveis	Violência física/sexual					
	n	f	%	RP*	IC95**	p***
Grupos etários	782†					0,989
Adolescente (17 a 19 anos)	17	2	11,76	1		
Jovem não-adolescente (20 a 24 anos)	189	23	12,17	1,03	0,27	4,02
Adulto (mais de 24 anos)	576	72	12,50	1,06	0,28	3,98
Último nível de ensino	765††					0,022
Superior	59	1	1,69	1		
Médio	556	69	12,41	7,32	1,03	51,82
Fundamental	150	27	18,00	10,62	1,47	76,48
Trabalho remunerado	784‡					0,343
Sim	729	88	12,07	1		
Não	55	9	16,36	1,35	0,72	2,54
Grupos de ocupações	777‡‡					0,247
Gerentes/funções de nível superior	37	1	2,70	1		
Técnicos e gerentes de pequenos estabelecimentos	96	9	9,38	3,47	0,45	26,46
Manuais e outros	589	77	13,07	4,84	0,69	33,85
Não trabalha	55	9	16,36	6,05	0,80	45,86
Relações de ocupação	781‡‡‡					0,079
Assalariado	551	59	10,71	1		
Trabalho ocasional/não trabalha	73	12	16,44	1,53	0,87	2,71
Autônomo/empregador	157	26	16,56	1,54	1,01	2,37

* Razão de Prevalências.

** Intervalo de 95% de Confiança.

*** P-valor obtido no Modelo de Regressão de Poisson.

† 185 gestantes eram solteiras e quatro desconheciam as idades de seus parceiros íntimos.

†† 185 gestantes eram solteiras e 21 desconheciam o último curso frequentado pelo parceiro íntimo.

‡ 185 gestantes eram solteiras e duas não sabiam se os parceiros estavam trabalhando.

‡‡ 185 gestantes eram solteiras e nove desconheciam a ocupação do parceiro.

‡‡‡ 185 gestantes eram solteiras e cinco desconheciam a relação de ocupação do parceiro.

As **variáveis que representaram características demográficas e socioeconômicas de chefes de família** foram as que se seguem: a) grupos etários; b) sujeito chefe de família; c); sexo do chefe de família; d) último nível de ensino alcançado por 898 chefes de família; e) ocupação de chefes de família; e f) relações de ocupação dos chefes de família. Elas foram mostradas na **Tabela 16**.

Sobre a variável grupos etários de chefes de família, os percentuais de violências física-sexual foram de 15,82% para as entrevistadas em que a pessoa de maior renda no seu domicílio tinha até 24 anos e de 13,46% para os chefes de família adultos (categoria de referência). O p-valor encontrado foi 0,430.

Quando os sujeitos chefes de família eram um “parceiro íntimo”, a categoria de referência, o percentual de violência física-sexual foi 11,44%. Se as entrevistadas ou outros sujeitos (mães, pais, sogros e etc.) eram as pessoas de maior renda familiar, os percentuais subiram, nessa ordem, para 16,19% e 18,03%. Para a categoria “outros”, o risco de violência física/sexual foi 57% maior, quando comparada à de referência (IC95% 1,12; 2,20). O p-valor foi 0,024.

Com relação ao sexo do chefe de família, o risco foi 57% maior se esse chefe era do sexo feminino (RP 1,57; IC95% 1,14;2,15). A categoria de referência foi “sexo masculino” e a ela foi atribuído risco 1. O p-valor para essa categoria, na análise bivariada foi 0,005.

Quando os chefes de família alcançaram os níveis Superior, Médio e Fundamental, os percentuais de violência física/sexual contra gestantes foram, respectivamente, 12,63%,13,02% e 17,16%. Não houve significância estatística para essas diferenças (p-valor 0,307).

Se os chefes tinham ocupações de gerentes/funções de nível superior, 10,45% das entrevistadas se disserem em situação de violência física/sexual. Para as que pertenciam a famílias cujos chefes tinham outras ocupações (nível técnico/ocupações manuais) ou não trabalhavam, o percentual alcançou 13,79%. O p-valor foi 0,451. Ver, na **Tabela 16**, os resultados das análises para a variável grupo de ocupações dos chefes de família.

Com relação à violência física-sexual segundo relação de ocupação chefes de família, o p-valor que mostrou as diferenças entre os grupos de autônomos/empregadores e assalariados/trabalho ocasional (categoria de referência) foi estatisticamente significativa na análise bivariada (p-valor <0,001). Para a categoria autônomo/empregador, a Razão de Prevalências foi 1,80 (IC95% 1,30;2,51).

A **Tabela 16** mostrou os resultados da análise bivariada entre **características de chefes de família e violência física-sexual**.

Tabela 16. Análise bivariada de características demográficas e socioeconômicas de chefes de família e violência física/sexual. São Luís-MA, 2010.

Variáveis	Violência física/sexual					
	n	f	%	RP*	IC95**	p***
Grupos etários	938†					0,430
Adulto (25 anos ou mais)	780	105	13,46	1		
Jovem (até 24 anos)	158	25	15,82	1,17	0,79	1,75
Sujeito chefe de família	967††					0,024
Parceiro íntimo	568	65	11,44	1		
Gestante	105	17	16,19	1,41	0,86	2,31
Outros	294	53	18,03	1,57	1,12	2,20
Sexo	967††					0,005
Masculino	691	83	12,01	1		
Feminino	276	52	18,84	1,57	1,14	2,15
Último nível de ensino	898 †					0,307
Superior	95	12	12,63	1		
Médio	598	78	13,02	0,97	0,55	1,71
Fundamental	204	35	17,16	1,32	0,91	1,90

Grupos de ocupações	923#						0,451
Gerente/nível superior	67	7	10,45	1			
Técnicos e gerentes pequenos estabelecimentos/manuais/outro	856	118	13,79	1,32	0,64	2,71	
Relações de ocupação	906‡						<0,001
Assalariado/trabalho ocasional	669	75	11,21	1			
Autônomo/empregador	237	48	20,25	1,80	1,30	2,51	

* Razão de Prevalências.

** Intervalo de 95% de Confiança.

*** P-valor obtido no Modelo de Regressão de Poisson.

† 29 gestantes desconheciam as idades dos chefes de família e quatro famílias sem chefes.

†† quatro gestantes não sabiam informar quem era o sujeito de maior salário nas suas famílias.

‡ 69 gestantes desconheciam o último curso frequentado pelo chefe de família e quatro famílias sem chefes.

44 gestantes não sabiam a ocupação do chefe de família e quatro famílias sem chefes.

‡ 61 gestantes desconheciam a relação de trabalho do chefe de família e quatro famílias sem chefes.

Com base na análise bivariada, não foram selecionadas para a análise ajustada: a) número de moradores no domicílio (p-valor 0,506); b) número de moradores por dormitório (p-valor 0,326); c) número de filhos vivos (p-valor 0,880); d) último nível de ensino das gestantes (p-valor 0,646); e) trabalho remunerado das gestantes (p-valor 0,288); f) grupos de ocupações das gestantes (0,316); g) relações de ocupações das gestantes (p-valor 0,300); h) salário mínimo necessário DIEESE (p-valor 0,944); i) início do pré-natal no primeiro trimestre gestacional (p-valor 0,859); j) consulta de pré-natal em serviços públicos (p-valor 0,968); k) uso de drogas ilícitas até três meses antes da atual gestação (0,721); l) grupos etários de parceiros íntimos (p-valor 0,989); m) trabalho remunerado de parceiros íntimos (0,343); n) grupos de ocupações de parceiros íntimos (p-valor 0,247); o) grupos etários de chefes de família (p-valor 0,430); p) último nível de ensino de chefes de família (0,307); e q) grupos de ocupações de chefes de família (0,451).

Algumas dessas variáveis foram discutidas quando da análise de fatores associados à violência psicológica. Características de parceiros íntimos e de chefes de família e de ocupações de gestantes não foram investigadas (ou analisadas) nas publicações brasileiras selecionadas.

Menezes e colaboradores disseram ter encontrado associação entre violência física ao longo da vida da mulher e desemprego do parceiro (Razão de Prevalências 2,02%, IC95% 1,37;2,70) e gestante ter zero a três anos de estudo (Razão de Prevalências 3,32%; IC95% 2,47;3,76), quando da análise ajustada. Entretanto, esses pesquisadores não analisaram os fatores associados à violência física durante o período gestacional.

Por sua vez, Silva (2007) expressou que violência física durante a gravidez esteve associada à ausência de trabalho remunerado da mulher (Odds Ratio 9,2; IC95% 2,2;37,8) e início do pré-natal no segundo trimestre (Odds Ratio 9,5; IC95% 2,6;36,6), além de outros que não foram investigados na pesquisa que originou esta tese.

Quando da análise ajustada, alguns desses fatores foram apontados por Audi e colaboradores (2008) como associados à violência física/sexual: a) gestante com até oito anos de estudo (p-valor 0,013; Odds Ratio 1,44; IC95% 1,08;1,92); b) parceiro íntimo com idades inferiores ou igual a 19 anos (p-valor 0,019; Odds Ratio 1,74; IC95% 1,09;2,75); e c) parceiro íntimo desempregado (p-valor 0,048; Odds Ratio 1,77; IC95% 1,00;3,10).

Moraes e Reichenheim (2002) identificaram como fatores associados à violência física, entre outros: ter menos de oito anos de estudo, ser mãe adolescente e ter filhos menores de cinco anos.

Uma vez mais, chamamos atenção para o fato de as pesquisas brasileiras selecionadas não terem investigado sobre violência física/sexual e número de pessoas por dormitório e número de pessoas residentes no domicílio. Ademais, as revisões de literatura não comentaram sobre estas características demográficas (TAILLIEU; BROWNRIDGE, 2010; JASINSKI, 2004).

Quando ao número de filhos, Durand e Schraiber (2007) expressaram que a literatura mostrava associação entre violência física e a mulher ter três ou mais filhos. Entretanto, chamaram atenção para uma pesquisa ter indicado que a violência física seria fator de risco para um maior número de filhos, posto que as agressões foram iniciadas nos quatro primeiros anos da relação conjugal.

Conforme o critério estabelecido para entrada de variáveis independentes na análise multivariada, selecionamos as seguintes **características demográficas de gestantes**: a) grupos etários (p-valor 0,03), com risco de violência física/sexual apenas para “jovem não-adolescente” (RP 1,78; IC95% 1,27;2,49); b) situação conjugal (p-valor <0,001), com risco de violência para as categorias “solteira/viúva” (RP 1,51; IC95% 1,04;2,19) e gestante “divorciada/desquitada” (RP 3,41; IC95% 1,95;5,97); c) coabitar com parceiro íntimo (p-valor 0,001), com risco de violência para as gestantes que “não residiam com marido/companheiro” (RP 1,74; IC95% 1,25;2,44); e d) componentes das famílias (p-valor <0,001), sendo que os resultados mostraram risco de violência física/sexual para “gestantes que residiam com familiares, na companhia ou não de filhos” (RP 1,76; IC95% 1,15;2,70).

À análise multivariada, foram indicadas as seguintes variáveis que representaram **características socioeconômicas das gestantes**: a) renda familiar inferior ao salário mínimo (p-valor 0,001), com risco de violência para as gestantes cujas famílias sobreviviam com “menos de um salário mínimo” (RP 1,89; IC95% 1,28;2,78); b) classes econômicas (p-valor de 0,018), com as gestantes do grupo “D/E” com risco para violência física/sexual (RP 1,56; IC95% 1,07;2,26); c) dimensão material do apoio social inferior ao percentil 75 (p-valor 0,001), com risco de violência para quem foi incluída no grupo abaixo desse ponto de corte (RP 2,07; IC95% 1,33;3,23); d) dimensão afetivo/interativo do apoio social inferior ao percentil 75 (p-valor <0,001), também aqui com maior risco para o grupo classificado abaixo desse percentil (RP 2,44; IC95% 1,50;3,97); e) dimensão emocional/informativo do apoio social inferior ao percentil 75 (p-valor de 0,049), com risco de violência psicológica para o grupo que foi classificado “abaixo do percentil 75” (RP 1,50; IC95% 1,001;2,24).

Apenas a **variável abuso de álcool pela gestante durante o período gestacional** (p-valor <0,001) foi testada na análise ajustada. Risco de violência foi maior para gestantes que faziam uso abusivo de álcool “frequentemente” durante a gestação que estava em curso (RP 2,48; IC95% 1,56;3,93).

Com relação às **características socioeconômicas e demográfica de parceiros íntimos**, indicamos para serem testadas, na análise ajustada, as variáveis: a) último nível de ensino (p-valor 0,022), com risco de violência para

gestantes com parceiros íntimos que alcançaram os níveis “Médio” (RP 7,32; IC95% 1,03;51,82) e “Fundamental” (RP 10,62; IC95% 1,47;76,48); b) relações de ocupação de parceiros íntimos (p-valor 0,079), com risco de violência para a categoria “autônomo/empregador” (RP 1,54; IC95% 1,01;2,37).

Quanto às **variáveis relacionadas aos chefes de família**, foram testadas, na análise multivariada, as que se seguem: a) sujeito chefe de família (p-valor 0,071), com maior risco de violência contra gestantes quando o chefe de família eram “outros” (RP 1,57; IC95% 1,12;2,20); b) sexo do chefe de família (p-valor 0,005), com risco (RP 1,57; IC95% 1,14;2,15) de violência para gestantes que residiam com chefes de família do “sexo feminino” (ou eram elas os sujeitos de maior renda nas suas famílias); e c) relações de ocupação dos chefes de família, com risco de agressões físicas/sexuais para gestantes que tinham chefes de família autônomos/empregadores (RP 1,80; IC95% 1,30;2,51).

Em razão de ter havido colinearidade e a variável último nível de ensino de parceiro íntimo ter sido excluída, utilizamos a variável curso superior parceiro íntimo, com “sim” como categoria de referência. Reunimos, em um grupo, os parceiros com níveis de ensino Médio e Fundamental.

Tendo mostrado como procedemos para indicar as variáveis para a análise ajustada, apresentamos os seus resultados na **Tabela 17**.

Tabela 17. Análise ajustada de características de gestantes, parceiros íntimos e chefes de família associadas à violência física/sexual. São Luís-MA, 2010.

Variáveis (n=878)	RP*	IC95**	p***
Grupos etários gestantes			0,001
Adulta (mais de 24 anos)	1		
Jovem não-adolescente (20 a 24 anos)	1,89	1,31	2,74
Adolescente (17 a 19 anos)	1,14	0,64	2,07
Parceiro com curso superior			0,083
Sim	1		
Não	5,68	0,79	40,44

Renda familiar inferior ao salário mínimo				0,007
Não	1			
Sim	1,76	1,16	2,67	
Dimensão social material abaixo do percentil75				0,072
Não	1			
Sim	1,60	0,96	2,68	
Dimensão social afetivo/interativo abaixo do percentil75				0,033
Não	1			
Sim	1,91	1,05	3,47	
Sujeito chefe de família				0,048
Parceiro íntimo	1			
Gestante	0,98	0,55	1,74	
Outros	1,60	1,09	2,36	
Relações de ocupação de chefes de família				<0,001
Assalariado/trabalho ocasional	1			
Autônomo/empregador	1,79	1,29	2,49	

* Razão de Prevalências.

** Intervalo de 95% de Confiança.

*** P-valor obtido no Modelo de Regressão de Poisson.

Antes de analisar os fatores associados à violência física/sexual, desejamos evidenciar um achado da análise bivariada: *coabitar com parceiro íntimo, ter marido/companheiro e residir com parceiro íntimo (com ou sem familiares e filhos)* apareceram como fatores de proteção. Durand e Schraiber (2007) deixaram ver, quando da discussão de seus resultados, que estar casada/amigada protegeu a gestante contra violência por parceiro íntimo (p-valor <0,001). Pensamos que os autores da violência física-sexual poderiam ser sido namorados e ex-parceiros íntimos, principalmente.

As seguintes variáveis não se mostraram associadas com violência psicológica na gestação (p-valor superior a 0,05), a partir da análise ajustada: a) parceiro com curso superior (p-valor 0,083); b) dimensão social material abaixo do percentil75 (p-valor 0,072). Estas variáveis foram comentadas quando da análise dos fatores associados à violência psicológica.

Consideramos que as **características demográficas e socioeconômicas** associadas, à violência física/sexual praticada contra gestantes, foram as que se seguem: a) grupos etários das gestantes (p-valor 0,001), com risco de violência para as “jovens não-adolescentes” (RP 1,89; IC95 1,31;2,74); b) renda familiar inferior ao salário mínimo, com risco de violência para as gestantes que pertenciam à categoria “sim” (p-valor 0,007; RP 1,76; IC95 1,16;2,67); c) dimensão afetivo/interativo do apoio social inferior ao percentil75 com risco para gestantes que recebiam “inadequado” apoio social (p-valor 0,033; RP 1,91; IC95 1,05;3,47); d) sujeito chefe de família (p-valor 0,048), com risco para entrevistadas com chefes de família “outros” (IR 1,60; IC95 1,09;2,36); e e) relações de ocupação de chefes de família (p-valor <0,001), com risco de violência para gestantes residentes com chefes de família “autônomos/empregadores” (IR 1,79; IC95 1,29;2,49).

Com relação aos grupos etários, observamos maior risco de violência física-sexual para as mulheres jovens não-adolescentes. A gravidez seria um agravante às relações conflituosas existentes (TAILLIEU; BROWNRIDGE, 2004). Quanto às adolescentes, temos como hipótese: elas estariam protegidas pelas suas famílias, quer de maridos/companheiros quer de namorados e ex-parceiros, principalmente.

A associação entre renda familiar inferior ao salário mínimo e violência física/sexual permaneceu na análise ajustada (p-valor 0,007; RP 1,76; IC95% 1,16; 2,67). A situação socioeconômica das gestantes foi investigada, por Durand e Schraiber (2007) e Audi e colaboradores (2008), através da variável classe econômica. Para violência física/sexual, Audi e colaboradores encontraram maior risco para as classes econômicas D/E (p-valor 0,032), quando da análise bivariada. Durand e Schraiber (2007) verificaram que o risco de violência praticada por parceiro íntimo era maior para gestantes da classe econômica E (p-valor <0,001). Todavia, este achado não foi observado quando da análise ajustada. Por sua vez, Okada (2007) não encontrou associação entre renda familiar e violência contra gestantes.

Inadequado apoio afetivo/interativo se mostrou associado à violência física/sexual, enquanto fator de risco (p-valor 0,033; RP 1,91; IC95% 1,05;3,47). Nessa perspectiva, Griep e colaboradores (2005) expressaram que situações estressantes da vida podem ser amenizadas com adequado apoio social.

Se os chefes eram “outros”, que não as gestantes e parceiros íntimos, observamos maior risco de violência física/sexual. Entendemos que esse achado possa expressar conflitos de poder, especialmente no ambiente doméstico/familiar. Essas mulheres teriam desafiado poderes historicamente constituídos e, por isso, foram submetidas à violência. Da mesma forma explicamos a associação entre violência física/sexual e o chefe de família ser autônomo/empregador. Às desigualdades de gênero se somam outras inequidades, agravando ainda mais a posição subalterna da mulher.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho de conclusão do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, analisamos taxas de violência praticada contra gestantes usuárias de serviços de pré-natal do município de São Luís (Maranhão/Brasil), no ano de 2010, e fatores associados à violência psicológica e física-sexual, e identificamos perpetradores.

Esta Tese teve o mérito de ser pioneira em produzir um diagnóstico da problemática *violência contra gestantes*, na capital do Estado do Maranhão. É o primeiro produto da coorte pré-natal que investiga fatores etiológicos do nascimento pré-termo. Que possa despertar o interesse de outros pesquisadores sobre essa problemática!

Para nos aproximarmos da realidade que buscávamos conhecer, utilizamos as perguntas de diagnóstico de violência, de identificação dos perpetradores e da necessidade de as entrevistadas buscarem cuidados de saúde em decorrência da violência, as quais fazem parte do instrumento *OMS Estudo Multi-países*. Reunimo-las com a que identificou a presença de complicações decorrentes da violência, a qual foi elaborada pela equipe técnica da pesquisa BRISA, no **Bloco T – Questionário de Violência da OMS**.

Essas e outras questões sobre temas que poderiam causar algum tipo de incômodo às entrevistadas, porque seriam respondidas a alguém que acabaram de conhecer, ainda que qualificado para exercer a função de entrevistador, foram reunidas no **Questionário do Pré-natal Autoaplicado**. Cada tema investigado compôs um bloco de perguntas. Esse instrumento ofereceu os dados que compuseram os desfechos violência psicológica e física-sexual.

Elaboramos também o instrumento intitulado **Questionário do Pré-natal Entrevista**, que reuniu perguntas sobre características demográficas, socioeconômicas e comportamentais de gestantes, principalmente. Aspectos da vida de parceiros íntimos, chefes de família e de outros familiares das entrevistadas também foram contemplados nesse segundo instrumento de coleta de dados.

Chamamos atenção para o fato de entrevistadas desconhecerem características de suas famílias, a exemplos da renda familiar e do último nível de ensino e da relação de ocupação de chefes de família. A falta de dados não se deveu a erro de preenchimento, mas pelo desconhecimento delas sobre características de parceiros íntimos e de chefes de família. Esse desconhecimento talvez tenha expressado relações desiguais de poder e de gênero no âmbito do doméstico-familiar.

Tendo feito essas explicações, passamos a tecer considerações sobre os seguintes resultados: a) taxas; b) fatores associados à violência psicológica e física/sexual; e c) perpetradores. Também sobre as hipóteses que levantamos.

Violência geral (reuniu os tipos psicológico, físico e sexual) esteve presente para mais da metade das entrevistadas. Como apontado na literatura, o tipo psicológico foi o mais frequente e recorrente. Apenas 10 gestantes não foram submetidas a maus tratos psicológicos. As perguntas sobre insultos e humilhações foram as que receberam mais respostas afirmativas. Violência física foi o segundo tipo mais relatado pelas gestantes. Foi recorrente para aproximadamente metade. Empurrões/trancos e tapas/ter um objeto atirado contra si se constituíram nas principais agressões físicas. Violência sexual foi o de menor taxa e teve recorrência para aproximadamente metade. Ser forçada fisicamente a manter relações sexuais foi situação vivenciada por 18 gestantes, dentre 26 submetidas à violência sexual.

Essas taxas foram superiores às encontradas pela maioria das pesquisas que utilizamos nas discussões dos resultados. Elaboramos três hipóteses para esses achados.

A primeira delas: a utilização de um instrumento autoaplicado, sem a interferência de alguém que lhes era estranho (entrevistador), pode ter contribuído para que se mostrassem em situação de violência. Uma segunda hipótese: a garantia do anonimato. Antes e durante o preenchimento do questionário autoaplicado, chamávamos-lhes a atenção sobre a impossibilidade de serem identificadas em suas respostas, já que seus nomes não ficavam registrados nos instrumentos de coleta de dados. Também porque iriam compor um grupo com 1.500 gestantes. Não iríamos relacionar ao nascimento pré-termo o que cada uma

respondeu, de forma individual, mas as características do grupo, como um todo. A terceira explicação para esses resultados: não ter a violência contra gestantes como foco central da pesquisa BRISA pode ter feito com que se sentissem à vontade para se declararem em situação de violência. Violência contra gestantes foi apresentada como uma das prováveis “causas” da prematuridade, assim como hipertensão arterial materna, depressão e discriminação racial. Desde o primeiro contato informávamos-lhes que queríamos saber “porque os bebês nascem prematuros”. E que as respostas delas, nesse estudo pioneiro no Brasil, ia nos ajudar a entender melhor esse problema que tanto angustiava famílias e profissionais de saúde e ajudar com a prevenção.

Violência geral praticada no âmbito doméstico/familiar foi mais frequente tanto na violência psicológica quanto na física/sexual. Nesta perspectiva, assumimos que o ambiente doméstico/familiar é um locus de reprodução social. Desde o nascimento, começa o aprendizado da criança sobre o que é ser homem ou mulher. Até a entrada na escola, quase sempre o mundo da família se mostra como a única possibilidade. Nesse processo de ensino-aprendizagem, são incorporados, e depois reproduzidos, pensamentos e atitudes da dominação masculina. E não precisa que o homem esteja presente.

Encontramos taxa de 7,93% para violência com complicações. As opções “sangramento vaginal”, “aborto” e “ameaça de parto prematuro” e outros problemas de saúde (“estresse” e “nervosismo”) foram problemas apontados como decorrentes da violência. Dezesete declararam ter necessitado de cuidado de profissionais de saúde. Esses aspectos não foram investigados ou analisados pela literatura brasileira e internacional que selecionamos.

Gestantes que identificaram o(s) autor(es) de violência psicológica somaram 452. Na violência geral e nos tipos psicológica e física-sexual, parceiros íntimos atuais foram os autores mais indicados, seguidos de ex-parceiros íntimos. Não podemos afirmar que esses parceiros íntimos atuais eram maridos/companheiros ou namorados, quando da violência psicológica.

Foi possível identificar que o autor era do sexo feminino em apenas 5,53% das situações. Algumas opções não permitiram identificar o sexo do perpetrador. Mãe e madrasta foram apontadas como autoras para violência psicológica e física-sexual. Lembramos que a violência praticada por uma mulher contra outra também pode ser violência de gênero.

Quanto aos fatores associados à violência psicológica, consideramos que esse tipo de violência esteve presente para entrevistadas de diferentes níveis educacionais, rendas familiares e classes econômicas. Ela também não se mostrou associada ao número de filhos vivos que possuíam as gestantes. Ter uma ocupação não protegeu a entrevistada contra maus tratos psicológicos. Mulheres com idades inferiores que 25 anos (adolescentes e jovens não-adolescentes), divorciada/desquitada, com ocupações de gerente/funções de nível superior, com baixo apoio social afetivo/interativo, que frequentemente fazia uso abusivo de álcool e residia com chefe de família autônomo/empregador foram as mais submetidas a maus tratos psicológicos.

Sobre a violência psicológica se fazer mais presente quando as gestantes tinham melhores ocupações, oferecemos duas explicações. Elas talvez tenham tido mais acesso ao conhecimento produzido sobre a problemática. Ou desafiavam um poder constituído e, por isso, eram mais frequentemente submetidas à violência. A presença de um chefe autônomo/empregador, que vê seu poder ameaçado, também pode ter resultado em maiores ocorrências de maus tratos psicológicos contra as entrevistadas.

Gestantes jovens sofreram mais violência psicológica que outras de mais idade. Podemos explicar este achado porque essa é uma fase da vida de mais conflitos. O adolescente e o jovem questionam e desafiam poderes constituídos dentro e fora do ambiente familiar. Faz parte do que se conhece como Síndrome da Adolescência Normal. A gravidez emerge com um agravante de conflitos existentes. A situação de ser divorciada/desquitada pode ter significado que o poder masculino foi desafiado e que houve a tentativa de enfrentamento e o rompimento com a situação de violência. É fato notório que o uso abusivo do álcool também se faz mais presente quando existem conflitos. Com o agravante de a gestante não contar com apoio social afetivo/interativo.

No bojo dessa discussão, com relação à Hipótese 1, consideramos que violência psicológica foi o tipo mais frequente; parceiros íntimos e ex-parceiros íntimos estiveram envolvidos em aproximadamente 50% dos maus tratos; o risco foi maior para gestantes com idades inferiores a 25 anos (adolescentes e jovens não-adolescentes), divorciadas/desquitadas, que faziam abuso frequente de álcool, com ocupações que poderiam lhes dar mais autonomia (gerente/funções de nível superior), que recebiam inadequado apoio afetivo/interativo e cujas famílias tinham chefes (os de maior renda) com posições de mais poder (autônomos/empregadores); e não teve preferência por classes econômicas.

Quanto aos fatores associados à violência física/sexual, evidenciamos que houve diferenças em relação à violência psicológica: as gestantes que pertenciam a famílias com rendas inferiores a um salário mínimo nacional sofreram mais violência que as com famílias com maiores salários. Sendo assim, violência física/sexual (aquela que deixa marca e é mais identificada e com mais probabilidade de sucesso no Judiciário) é um fenômeno de todas as classes sociais, contudo com maior risco de ocorrência para as mais pobres. Violência de gênero, modelada em função de condições socioeconômicas.

Na violência física/sexual, o risco foi maior apenas para as jovens não-adolescentes. As adolescentes talvez estivessem mais protegidas porque mais frequentemente residiam com seus familiares. Aqui, também ter inadequado apoio afetivo/interativo esteve associado à violência. Da mesma forma, ter um chefe de família autônomo/empregador indicou maior risco de violência contra as entrevistadas. Outrossim, observamos associação entre violência física/sexual e o chefe de família ser “outro” sujeito que não a gestante e o parceiro íntimo.

Sobre as Hipótese 2 e 3, temos a fazer as seguintes considerações: violência física foi o segundo tipo mais frequente (taxa de 12,87%) e sexual o menos frequente (2,68%); violência física/sexual foi praticada principalmente por atuais e ex-parceiros íntimos (aproximadamente 75% das agressões); o risco foi maior para gestantes jovens não-adolescentes, com renda familiar inferior ao salário mínimo nacional, com inadequado apoio afetivo/interativo e que pertenciam a famílias com chefes “outros” e que eram autônomos/empregadores (desafio ao poder constituído).

Com relação à Hipótese 4, ao contrário do que supúnhamos, não ter trabalho e nem renda não se mostraram associados à violência.

Não podemos afirmar que todos os atos de violência contra as gestantes entrevistadas tenham sido violência de gênero. Não utilizamos perguntas que nos permitissem fazer tal afirmação. Entretanto, assumimos que a grande maioria deva ter sido, inclusive quando praticada por mulheres. Essa manifestação fenomênica da violência tem, na sua origem, as relações desiguais de gênero. Entretanto, os nossos resultados mostraram que ela foi mediada por vários fatores, que variaram a depender do tipo de violência praticada contra as entrevistadas.

Apontamos como limitações da pesquisa: a) Não foi um estudo representativo da população de gestantes do município de São Luís, porque a amostra foi de conveniência; b) Empregamos a modalidade Estudo transversal, que não permite relacionar causa-efeito. No âmbito dessa discussão, não podemos generalizar os resultados para o município de São Luís.

Com base nesses achados, temos algumas recomendações a fazer: a) É necessário que os profissionais responsáveis pela atenção ao pré-natal investiguem, rotineiramente, violência contra as gestantes que buscam acolhimento nos serviços de saúde; b) Sabendo que mulheres ocultam a violência a que são submetidas, esses profissionais devem conhecer que aspectos da vida de mulheres e de parceiros íntimos e familiares têm sido associadas à violência praticada contra gestantes, a fim de que possam identificar as grávidas em situação de risco; c) A abordagem da violência deve ser interdisciplinar e contemplar as múltiplas dimensões da vida da mulher; d) Às mulheres em situação de violência devem ser oferecidas informações sobre a rede de atendimento; e) No currículo médico, em especial, devem estar inseridas mais do que normas técnicas para prevenção de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis e para o “aborto terapêutico”. A violência contra mulheres deve ser explicada como sendo um fenômeno determinado por relações historicamente desiguais, com supremacia do masculino; às quais se somam outras inequidades; e f) Os resultados de pesquisas devem oferecer subsídios para monitoramento e avaliação de Políticas Públicas destinadas à defesa de direitos e para o enfrentamento da violência contra mulheres.

REFERÊNCIAS

- ABRIL. **O mundo doméstico**. Rio de Janeiro: Abril Coleções, 1997. 176 p.
- ABRAMOVAY, M.; CUNHA, A. L.; CALAF, P. P. Introdução. _____. **Revelando tramas, descobrindo segredos: violência e convivência nas escolas**. Brasília: Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana, Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal, 2009. p. 15-30.
- ALMEIDA, S. S. de. (Org.). **Violência de gênero e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: UERJ, 2007. (Série Didáticos). 262 p.
- ANTUNES, R. A era da informatização e a época da informalização: riqueza e miséria do trabalho no Brasil. In: _____. (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006. Cap. 1. 527 p.
- ARENDT, H. **A condição humana**. Tradução de André Duarte. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. 352 p.
- _____. **Sobre a violência**. Tradução de Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. 114 p.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISAS. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas, 2010. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=302>>. Acesso em 28 jan. 2011.
- AUDI, C. A. F. **Violência doméstica na gravidez**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007. 276 f.
- AUDI, C. A. F et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Rev. Bras. Pub.**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 877-885. 2008.
- BARATA, R. B.. Epidemiologia social. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 nov. 2010.
- BEAUVOIR, S. de. **O segundo sexo: a experiência vivida**. Tradução de Sérgio Milliet. 2. ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1967. 500 p.
- BOY, A.; SALIHU, H. M. Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. **International Journal of Fertility and Women's Medicine**, Washington, v. 49, n. 4, p. 159-164, jul./aug. 2004.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 2. ed. Brasília: Senado, 1988. 292 p.

_____. Decreto nº. 4.377, de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto nº. 89.460, de 20 de março de 1984. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 22 jun. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm>. Acesso em: 20 nov. 2010.

_____. Decreto nº. 52.476, de 12 de setembro de 1963. Promulga a Convenção sobre os Direitos Políticos da Mulher, adotado por ocasião da VII Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 16 set. 1963. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/nudh/decreto_Mulher.html>. Acesso em: 20 nov. 2010.

_____. Lei nº. 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 25 nov. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm>. Acesso em: 20 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Sala de situação em saúde: São Luís**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 24 abr. 2011.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. **Análise das ocorrências registradas pelas Polícias Civis (janeiro de 2004 a dezembro de 2005)**. Brasília: Ministério da Justiça, 2007a. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/transparencia/data/Pages/MJCF2BAE97ITEMIDC5C3828943404A54BF47608963F43DA7PTBRNN.htm>>. Acesso em: 23 out. 2010.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. **Perfil das Vítimas e Agressores das Ocorrências Registradas pelas Polícias Civis (Janeiro de 2004 a Dezembro de 2005)**. Brasília: Ministério da Justiça, 2007b. Disponível em: <http://www.oas.org/dsp/Observatorio/Tablas/Brasil/Brasil_perfil_vitimas_agressores_2005-2005.pdf>. Acesso em: 23 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília, 2005b. (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno n. 5). 158 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 82 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes:** norma técnica. 2. ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno n. 6). 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes_nacionais_adoles_jovens_230810.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência pré-natal:** normas e manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestação de alto risco:** manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. 164 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes:** norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 32 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2009:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/publicacao_vigitel_2009.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2011.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Estatuto da criança e do adolescente.** Brasília: Casa Civil, 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/Leis/L8069.htm>>. Acesso em: 22 nov. 2010.

_____. Presidência da República. Controladoria-Geral da União. **Transferência de recursos por ação de governo:** total destinado pelo Governo Federal em âmbito nacional em 2008. Brasília: Presidência da República, 2009. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/PortalTransparenciaPesquisaAcao.asp?Exercicio=2008&textoPesquisa=viol%EAncia>>. Acesso em 25 nov. 2010.

_____. Presidência da República. Controladoria-Geral da União. **Transferência de recursos por ação de governo:** total destinado pelo Governo Federal em âmbito nacional em 2009. Brasília: Presidência da República, 2010. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/PortalTransparenciaPesquisaAcao.asp?Exercicio=2009&textoPesquisa=viol%EAncia>>. Acesso em 25 nov. 2010.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, 1:** anais. Brasília: Presidência da República, 2004b. Disponível em: <<http://www.sepm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2004/ANAIS.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, 2:** textos e roteiros de discussões para as Conferências Municipais e/ou Regionais e Conferências Estaduais de Políticas para as Mulheres. Brasília: Presidência da República, 2007c. Disponível em: <<http://www.sepm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2004/ANAIS.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Lei Maria da Penha: Lei nº. 11.340. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. 31 p.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004c. Disponível em: <<http://200.130.7.5/spmu/docs/Plano%20Nacional%20Politic%20Mulheres.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, 2.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/planonacional_politicamulheres.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2010.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política nacional de enfrentamento à violência contra mulheres.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007d. 24 p.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica:** ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 317 p.

BUENO, F. DA S. **Grande dicionário etimológico-prosódico da língua portuguesa.** Santos: Brasília, 1974. 4262 p.

BUTLER, J. P. **Problemas do gênero:** feminismos e subversão da identidade. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2003. 236 p.

CAMPBELL, J.; GARCÍA-MORENO, C.; SHARPS, P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. **Violence against women**, Thousand Oaks, v. 10, n. 7, July, p. 770-789. 2004.

COLLING, A. M. **A resistência da mulher à ditadura militar no Brasil.** Rio de Janeiro: Record; Rosa dos Tempos, 1997. 157 p.

COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 992-998, 2008.

DATASUS. **Indicadores e dados básicos – Brasil – 2007**: número de partos hospitalares RM de São Luís. Brasília, Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/f07.def>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

_____. **Indicadores e dados básicos – Brasil – 2007**: proporção de partos hospitalares RM de São Luís. Brasília, Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/f07.def>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

DOMENACH, J. La ubicuidad de la violencia. **Rev. Int. de Cienc. Soc.**, Paris, v. 30, n. 4, p. 777-785. 1978.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS ECONÔMICOS, 2010. Salário mínimo necessário. São Paulo: DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS ECONÔMICOS, 2010. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/en.xml>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

DRAIBE, S. M. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. In: IPEA; IPLAN. **Para a década de 90**: prioridades e perspectivas de políticas públicas. Brasília: IPEA; IPLAN, 1990. p. 1-66.

DURAND, J. G. Gestação e violência: estudo com usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. 220 f.

DURAND, J. G.; SCHRAIBER, L.B. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 310-322. 2007.

ELLSBERG, M.; HEISE, L. Violence against women as a health and development issue. In: _____. **Researching Violence Against Women**: a practical guide for researchers and activists. Washington DC: WHO; PATH, 2005. Cap. 1. Disponível em: <http://www.path.org/files/GBV_rvaw_complete.pdf>. Acesso em: 23 out. 2010.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Tradução de Leandro Konder. 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1997. 215 p.

_____. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. Tradução de Rosa Camargo Artigas, Reginaldo Forti. São Paulo: Global, 1985. 391 p.

FARAH, M. F. S. Gênero e Políticas Públicas. **Estudos feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 47-71, jan./abr. 2004.

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal**: ano base 2007. Rio de Janeiro: Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro, 2010. 33 p.

FÓRUM ESTADUAL DE MULHERES MARANHENSES. **Violência contra a mulher e a cidadania feminina no Maranhão: balanço crítico.** São Luís: FÓRUM, 2003. 56 p.

GAZMARARIAN, J. A. et al. Prevalence of violence against pregnant women. **JAMA**, Chicago, v. 275, p.1915-1920, 1996.

GRIEP, R. H. Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 703-714, mai-jun, 2005.

HENRIQUES, C. V. **Perfil clínico-epidemiológico das mulheres vítimas de violência atendidas no serviço de apoio à mulher, Recife-Pe.** 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004. 96 f.

HIRAKATA, V. N. Estudos transversais e longitudinais com desfechos binários: qual a melhor medida de efeito a ser utilizada?. Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Rev. HCPA.**, v. 29, n. 2, p. 174-176, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira** 2008. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/sintese_indic/indic_sociais2008.pdf>. Acesso em: 20 out. 2010.

JASINSKI, J. L. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. **Trauma, violence, & abuse**, Thousand Oaks, v. 5, n. 1, January, p. 47-64. 2004.

KATAOKA, Y. et al. Self-administered questionnaire versus interview as a screening method for intimate partner violence in the prenatal setting in Japan: a randomised controlled trial. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 10, n. 84, p. 1-7, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10>>. Acesso em: 06 Maio 2010.

MANDEL, E. **O lugar do marxismo na História.** 2. ed. São Paulo: Xamã, 2001. 118 p.

MARANHÃO. Lei nº. 8.279, de 26 de julho de 2005. Dispõe sobre o procedimento de Notificação Compulsória da Violência contra a Mulher atendida em serviços de urgência e emergência, públicos e privados, bem como na rede básica de atendimento, no Estado do Maranhão. **Diário da Assembléia**, São Luís, 27 jul. 2005. 28 p.

_____. Secretaria de Segurança Pública. **Relatório estatístico da Delegacia Especial da Mulher – DEM.** (Edição fac-similada). São Luís: Secretaria de Segurança Pública, 2011. 10 p.

_____. Vara especial da violência doméstica e familiar contra a mulher. (Edição fac-similada). **A vítima, o autor da violência e elementos correlacionados**. Maranhão: Vara especial da violência doméstica e familiar contra a mulher, 2009. 12 p.

MARX, K. Introdução a crítica da economia política. In:____. **Contribuição à crise da economia política**. 2.ed. Tradução de Maria Helena Barreiro Alves. São Paulo: Martins Fontes, 1983. p. 199-131. (Séries Novas direções).

MEDINA, A. B. C.; PENNA, L. H. G. Violência na gestação: um estudo da produção científica de 2000 a 2005. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 793-7 98, dez. 2008.

MÉNDEZ, N. P. Do lar pra as ruas: capitalismo, trabalho e feminismo. **Mulher e Trabalho**, Porto Alegre, v. 5, p. 51-63, 2005. Disponível em: <<http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/download/mulher/2005/artigo3.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2011.

MENEZES, T. C. et al. Violencia física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerperio. **RBGO**. Recife, v. 25, n. 5, p. 309-316, 2003.

MEZEY G. C.; BEWLEY S. Domestic violence and pregnancy. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, London, v. 104, n. 5, p. 528-531, 1997.

MINAYO, M. C. de S. **Análise diagnóstica da Política Nacional de saúde para Redução de Acidentes e Violências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 17-29.

_____. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 23-47.

MORAES, C. L; ARANA, F. D. N.; REICHENHEIM, M. E. Violência entre parceiros íntimos íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 667-676, 2010.

MORAES, C. L; REICHENHEIM, M. E. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Ireland, v. 79, p. 269-277, 2002.

MURARO, R. M. **Sexualidade da mulher brasileira**. 5. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996. 501 p.

MURPHY, C. C. et al. Abuse: a risk factor for low birth weight? a systematic review and meta-analysis. **CMAJ**, Ottawa, v. 164, n. 11, p. 1567-1572, May 29, 2001.

NACIONES UNIDAS. Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer. **Recomendación general n° 12: violencia contra la mujer**. Nueva York. Naciones Unidas, 1989. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>>. Acesso em: 23 out. 2010.

_____. Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer.

Recomendación general n° 19: la violencia contra la mujer. Nueva York. Naciones Unidas, 1992. Disponível em:

<<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>>.

Acesso em: 23 out. 2010.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657. 2005.

NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. **Estudos feministas**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 9-42. 2000.

OKADA, M. M. **Violência doméstica contra a mulher: estudo com puérperas atendidas em uma maternidade filantrópica**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. 138 f.

OLIVEIRA, A. S. D. de. **Violência entre parceiros íntimos durante a gestação: um fator de risco para o desmame precoce**. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. 217 f.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Objetivos estratégicos e ações. In: **Conferência Mundial Sobre a Mulher, 4**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. Cap. 4. 352 p.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Declaração da OIT sobre os princípios e direitos fundamentais no trabalho e seu seguimento**. Geneva: OIT, 1998. Disponível em:

<http://www.oitbrasil.org.br/info/download/declaracao_da_oit_sobre_principio_direitos_fundamentais.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID 10**. 4. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em:

<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/idh_sumario.html>. Acesso em: 10 ago. 2010.

_____. **Estudo multi-países sobre saúde da mulher e violência doméstica**.

Genebra: OMS. Versão 9.1, abr. 2000. p. 46.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública**. Geneva: OMS, 1996. Disponível em:

<http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf>. Acesso em: 23 out. 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La violencia contra la mujer en las Américas**. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1998. Disponível em: <<http://www.paho.org/spanish/GOV/CE/SPP/doc552.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2010.

ORGANIZATION OF AMERICAN STATES. Resolution nº XXIV/O24, on June 6, 1994. **Declaration of Belém do Pará, Brazil**. OAS, 1994. Disponível em: <<http://www.oas.org/EN/PINFO/RES/RESGA94/agd0006e.htm>>. Acesso em: 15 out. 2006.

OXFORD UNIVERSITY PRESS. **Oxford Latin Dictionary**. London: Oxford University Press, 1968. p. 2126.

PAULO NETTO, J.; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007. (Série Biblioteca básica do Serviço Social, 1). 258 p.

PAZ, A. M. da. **Violência por parceiro íntimo contra mulheres grávidas do Programa Saúde da Família do Distrito Sanitário II, Recife**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004. 99 f.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2007. Cap. 12, Cap. 13. p. 260-360.

PERROT, M. **As mulheres ou os silêncios da história**. Tradução de Viviane Ribeiro. Bauru: EDUSC, 2005. 519 p.

PINTO, C. R. J. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Perseu Abramo, 2003. 119 p.

POLANYI, K. **A grande transformação: as origens de nossa época**. 2 ed. Tradução de Fanny Wrobel. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000. 349 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LUIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Dados de São Luís**. (Edição fac-similada). São Luís: Secretaria Municipal de Saúde, 2010. 4 f.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Relatório de desenvolvimento humano – Brasil 2005: racismo, pobreza e violência**. Brasília: PNUD Brasil, 2005. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/rdh/>>. Acesso em 20 out. 2010.

RANGEL, O.; SORRENTINO, S. Gênero: conceito histórico. **Revista Princípios**, São Paulo, n. 33, 1994. Disponível em: <http://www.vermelho.org.br/museu/principios/anteriores.asp?edicao=33&cod_not=834>. Acesso em: 28 jul. 2007.

RIBEIRO, T de S. T. **Violência entre parceiros íntimos nos primeiros cinco meses de pós-parto em usuárias de unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. 96 f.

ROCHA, E. A captura de novos sentidos na história: gênero e etnia. **Diálogos**, Marília, v. 4, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.dhi.uem.br/publicacoesdhi/dialogos/volume01/vol04_atg6.htm>. Acesso em: 17 jul. 2007.

ROCHA, L. de M. L. N. **Violência de gênero e Políticas Públicas no Brasil**. 2005. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2005. 370 f.

_____. **Casas abrigo no enfrentamento da violência de gênero**. São Paulo: Veras, 2005. (Série temas, 6). 254 p.

RODRIGUES, D. T. **Análise da violência doméstica entre as mulheres atendidas em uma maternidade de baixo risco**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007. 166 f.

SAFFIOTTI, H. I. B. I. Descobertas da área das perfumarias. In: _____. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 39-68.

SANTOS, S. A. et al. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p. 483-93, 2010.

SARTI, C. A. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisando uma trajetória. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 35-50, mai./ago. 2004.

SCHRAIBER, L. B., D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 3, n. 5, p. 11-26, 1999.

SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 797-807, 2007.

_____. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 41-54, 2003.

SCHRAIBER, L. B.; D' OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, sup. 2, S205-S216, p. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400003&lng=pt>. Acesso em: 26 abr. 2011.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v.2, n. 20, p. 71-100, jul./dez. 1995.

SILVA, E. Y. K. **Análise da violência doméstica contra a mulher e a gestante e suas repercussões**. 2007. Dissertação (Mestrado em Obstetrícia) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007. 96 f.

SILVA, M. O. da S. e. Avaliação de políticas e programas sociais: aspectos conceituais e metodológicos. In: SILVA, M. O. da S. e (Org.). **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática**. São Paulo: Veras Editora, 2001. p. 37-93.

STEARNS, P. N. **História das relações de gênero**. Tradução de Mirna Pinsky. São Paulo: Contexto, 2007. 250 p.

TAILLIEU, T. L., BROWNRIDGE, D. A. Violence against pregnant women: prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. **Aggression and Violent Behavior**, Atlanta, v. 15, p. 14–35, 2010.

UNITED NATIONS. Resolution nº 34/180, of 17 december 1979. **Convention on the elimination of all forms of discrimination against women**. New York. United Nations, 1979. Disponível em: <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/378/07/IMG/NR037807.pdf?OpenElement>>. Acesso em: 23 out. 2010.

_____. Resolution nº 48/104, on december 23, 1993. **Declaration on the Elimination of Violence against Women**. New York. United Nations, 1994. Disponível em: <<http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/%28symbol%29/a.res.48.104.en>>. Acesso em: 23 ago. 2010.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. Maternal and newborn health: where we stand. In: _____. **The state of the world's children 2009: maternal and newborn health**. New York. UNICEF, 2008. p. 1-23. Disponível em: <http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/Introduction-Chapter1-Chapter2.pdf>. Acesso em: 23 out. 2010.

WIEVIORKA, M. O novo paradigma da violência. *Tempo Social; Rev. Sociol.*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 5-41, 1997.

_____. Violence today. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 261-267, 2006.

WOOD, E. M. **Democracia contra capitalismo: a renovação do materialismo histórico**. 2 ed. Tradução de Paulo Cezar Castanheira. São Paulo: Boitempo, 2006. 261 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals**. Geneva: WHO, 2005a. Disponível em: <<http://www.who.int/gender/documents/MDGs&VAWSept05.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2010.

_____. **Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates**. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/publications/2006/9241563206_eng.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2008.

_____. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **The Lancet**, London, v. 368, p. 1260-1269, October 7, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/media_corner/Prevalence_intimatepartner_WHOStudy.pdf>.

_____. **WHO multi-country study of women's health and domestic violence against women:** summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: WHO, 2005b. Disponível em: <http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf>. Acesso em: 23 out. 2010.

_____. **World report on violence and health.** Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf>. Acesso em: 23 out. 2010.

XAVIER, M. Arendt, Jung e Humanismo: um olhar interdisciplinar sobre a violência. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 19-31, 2008.

ZALUAR, A. Um debate disperso: violência e crime no Brasil da redemocratização. **São Paulo em Perspectiva**, v.13, n.3, p. 4-17, 1999.

APÊNDICES



APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
ENTREVISTA NO 5º. MÊS DE GRAVIDEZ**

NOME DA PESQUISA: FATORES ETIOLÓGICOS DO NASCIMENTO PRÉ-TERMO E CONSEQUÊNCIAS DOS FATORES PERINATAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA: COORTES DE NASCIMENTO EM DUAS CIDADES BRASILEIRAS.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Antônio Augusto Moura da Silva
TELEFONES PARA CONTATO: (98) 3301-9681

PATROCINADORES FINANCEIROS DA PESQUISA: FAPESP, CNPQ e FAPEMA.

OBJETIVOS DA PESQUISA:

Somos um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e estamos realizando uma pesquisa para entender o que faz os bebês nascerem antes do tempo (prematuros). Essa pesquisa está sendo realizada em Ribeirão Preto, estado de São Paulo, e em São Luís, estado do Maranhão. Para isso, precisamos de algumas informações tanto de bebês nascidos antes do tempo como de bebês nascidos no tempo normal, para comparação. Convidamos você a participar desta pesquisa e pedimos que autorize a participação do seu bebê.

Este é um formulário de consentimento, que fornece informações sobre a pesquisa. Se concordar em participar você deverá assinar este formulário.

Antes de conhecer a pesquisa, é importante saber o seguinte:

- Você estar participando voluntariamente. Não é obrigatório participar da pesquisa.
- Você pode decidir não participar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento

Esta pesquisa está sendo conduzida com mulheres durante o pré-natal que estejam grávidas de apenas um bebê, com menos de cinco meses de gestação e que tiverem feito ultrassonografia com até 20 semanas de gestação.

O QUE DEVO FAZER PARA PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

Se você concordar em participar desta pesquisa, você responderá a questionários sobre suas condições de vida, de saúde e doenças, se você conta com o apoio e afeto de parentes e amigos, se viveu momentos de estresse, depressão, ansiedade, se passou por experiências de discriminação e violência durante sua gestação. Faremos também perguntas a respeito de sua atividade física e consumo de gorduras. Você será convidada a realizar exames clínicos (medidas de peso e altura, pressão arterial, exame odontológico e coleta de secreção vaginal) e laboratoriais (coleta de sangue e de urina) para nos fornecer informações mais completas sobre a sua saúde e de seu bebê.

Questionário:

- A.** Você vai responder a um questionário contendo diversas perguntas. Perguntaremos sobre seus partos anteriores, características da gravidez atual e do pré-natal, hábitos de vida e dados referentes ao pai do bebê. Você nos fornecerá informações sobre seus dados pessoais e sociais e, por fim, nos informará dados para contato.
- B.** Você vai responder a um questionário sobre experiências de discriminação com perguntas sobre onde e quantas vezes sofreu discriminação racial em qualquer fase da sua vida. Por fim, se sofreu discriminação social, intelectual e pessoal, assim como quantas vezes, e como você reagiu a essas situações.
- C.** Você vai responder a um questionário que busca identificar estresse, ansiedade e depressão durante o período gestacional.
- D.** Você vai responder a um questionário sobre violência doméstica. Gostaríamos de saber se você sofreu algum tipo de violência, do tipo psicológica, física e sexual, durante e antes da gestação.
- E.** Você vai nos dizer se existe alguém que lhe ajude ao ficar doente, se existe alguém que lhe demonstre afeto, que lhe abrace, que lhe ouça quando precisa falar, em quem confie para compartilhar preocupações, para dar conselhos em situações de crise, que lhe distraia e divirta, entre outras.

Exames clínicos:

- A.** Mediremos seu peso, altura e pressão arterial, utilizando aparelhos próprios para essa finalidade.
- B.** Você passará por um exame com dentista que identificará infecções na boca e nos dentes. Os instrumentos serão esterilizados e o material utilizado é descartável.

Exames laboratoriais:

- A.** Será realizado exame de urina para investigar infecções urinárias.
- B.** Será realizada coleta de secreção vaginal utilizando espéculo e material descartável. Esse exame detectará infecções bacterianas. Será medido o pH vaginal e realizados exames para detecção de vaginose bacteriana, infecção por clamídia, micoplasma e ureaplasma. Serão também dosadas metaloproteinases.
- C.** Você fará exame de sangue. O sangue será colhido utilizando material descartável e por pessoas experientes. Esse exame medirá a quantidade de hormônio liberado no seu sangue em momentos de estresse. Alguns problemas genéticos e nas formas de proteção do seu organismo (imunidade) que podem causar parto prematuro também serão estudados. Os seguintes exames serão realizados: dosagem de CRH (Hormônio Liberador de Corticotropina), detecção de anticorpos contra citomegalovírus, dosagem de citocinas no soro, detecção de polimorfismos na codificação de TNF e CRH, dosagem de metaloproteinases no plasma e metais.
- D.** Como a quantidade de indivíduos que serão examinados neste estudo é muito grande, não será possível realizar todos os exames laboratoriais ao mesmo tempo. Para isso os materiais biológicos (sangue, urina e secreção vaginal) serão estocados por algum tempo até a realização dos exames. Pedimos a você permissão para que esse material seja guardado por tempo indeterminado, visto que o próprio estudo e outros que têm sido feitos podem trazer novos conhecimentos sobre o assunto e

pode haver necessidade de realização de novos testes com o material guardado. No entanto, novos testes somente serão realizados após aprovação de novo projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas no projeto, que decidirá se você deverá ser convocada ou não para autorizar os novos testes. Você será informada dos resultados dos novos testes que porventura sejam feitos, caso apresentem alguma alteração.

E. Será realizada ultrassonografia obstétrica para verificar o colo uterino e detectar possíveis problemas no seu bebê.

QUAIS SÃO OS RISCOS DA PESQUISA?

Os profissionais que realizarão as entrevistas e os exames são treinados para as tarefas, portanto praticamente não há riscos.

HÁ VANTAGENS EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

Conhecer os fatores que podem favorecer o nascimento antes do tempo poderá ajudar você, em futuras gestações, ou outras pessoas que possam vir a ter risco de parto prematuro.

Além disso, a sua participação vai nos ajudar a entender alguns problemas de saúde que poderão ser prevenidos no futuro. Quando este estudo acabar, os resultados serão discutidos com outros pesquisadores e divulgados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento.

E A CONFIDENCIALIDADE?

Os registros referentes a você permanecerão confidenciais. Você será identificada por um código e suas informações pessoais não serão divulgadas sem sua expressa autorização. Além disso, no caso de publicação deste estudo, não serão utilizados seus nomes ou qualquer dado que os identifiquem.

As pessoas que podem examinar seus registros são: o **Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**, o **Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão** e a equipe de pesquisadores e os monitores da pesquisa.

O QUE FAÇO EM CASO DE DÚVIDAS OU PROBLEMAS?

Para solucionar dúvidas relativas a este estudo, entre em contato com: Dr. Antônio Augusto Moura da Silva ou Dr. Raimundo Antonio da Silva nos telefones (98) 3301-9681 ou no endereço Rua Barão de Itapary, 155 Centro – São Luís (MA).

Para obter informações sobre seus direitos e os direitos de seu bebê como objeto de pesquisa, entre em contato com o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão pelo telefone 2109-1250 ou no Hospital Universitário (HUUFMA) Rua Barão de Itapary, 227 - 4º andar, Centro – São Luís (MA).

Se você entendeu a explicação e concorda voluntariamente em participar deste estudo, por favor, assine abaixo. Uma via ficará com você e a outra com o pesquisador responsável. Agradecemos muito a sua colaboração.

PÁGINA DE ASSINATURAS

Nome do voluntário: _____

Assinatura do voluntário: _____

Data: ____/____/____

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Data: ____/____/____

Nome da

Testemunha: _____

Assinatura da

Testemunha: _____

Data: ____/____/____

APÊNDICE B – Folder Rede de atendimento às mulheres em situação de violência

TELEFONES NAS EMERGÊNCIAS

DISQUE-DENÚNCIA: 180
Em caso de EMERGÊNCIA, ligue para o 190 (Polícia Civil e Militar) ou 193 (Bombeiros).

CASA ABRIGO

Vinculado ao Tribunal de Justiça do Maranhão, tem por finalidade abrigar mulheres em situação de violência, acompanhadas ou não dos filhos. Não é permitida a divulgação de endereços e telefones para garantir a integridade dos beneficiários das casas.

ASSISTÊNCIA JURÍDICA GRATUITA

- **DEFENSORIA PÚBLICA**
Endereço: Praia Grande – Centro Histórico – 3221.6110/3221.1343
- **UNICEUMA – Curso de Direito**
Endereço: Campus I, Renascença – 3214.4255
- **CEST – Faculdade Santa Terezinha**
Endereço: Av. Casemiro Júnior, próximo ao Juizado do Anil – 3213.8000

TIPOS DE VIOLÊNCIA

Violença Física: empurrão, soco, tapa, chute, corte, queimadura, etc.
Violença Sexual: obrigar a mulher a ver ou participar de qualquer tipo de relação sexual não desejada, etc.
Violença Psicológica: ameaça, chantagem, humilhação, proibir que a mulher saia de casa, trabalhe ou converse com amigos, etc.
Violença Moral: falar mal, contar fatos pessoais em público ou mentiras sobre a mulher, etc.
Violença Patrimonial: quebrar móveis e eletrodomésticos, rasgar roupas e documentos da mulher, etc.

PARCEIROS

GOVERNO DO MARANHÃO
Tribunal de Justiça do Maranhão
Secretaria de Segurança Pública
Secretaria de Estado da Saúde
Instituto Médico Legal

PREFEITURA DE SÃO LUÍS
Coordenadoria Municipal da Mulher
Secretaria Municipal de Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

UNICEUMA

CEST

PRODUÇÃO

Núcleo de Extensão da Vila Embratel
Gráfica Universitária

REDE DE SERVIÇOS

ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

SÃO LUÍS-MA



Toda mulher ameaçada ou agredida por qualquer pessoa do seu vínculo afetivo (companheiro, marido, ex-namorado, pai, mãe, filho (a), irmão, colega de trabalho, etc.) ou por desconhecido tem direito à assistência de **QUALIDADE** e **HUMANIZADA**.

“Violência contra a Mulher” é CRIME CONTRA OS DIREITOS HUMANOS.

Serviços públicos, instituições privadas e organizações não-governamentais da cidade de São Luís se articularam em **REDE** para que a mulher em situação de violência se sinta protegida. **Você também pode utilizá-los! E a LEI MARIA DA PENHA assegura sua proteção!**

DELEGACIA ESPECIAL DA MULHER (DEM)

Endereço: Av. Beira-Mar, nº 534 – Centro.
Telefones: 3214.8649 / 3214.8650.
Atendimento: 2ª a 6ª feira (8:00 às 12:00 e de 14:00 às 18:00 horas) – plantão de 24 horas para registros de ocorrências.
Competências: a) registrar Boletim de Ocorrência; b) instaurar procedimentos policiais adequados (coletar depoimentos e provas e realizar investigações, etc.); c) encaminhar mulheres em situação de violência para outras instituições da **REDE**, conforme a necessidade; d) encaminhar a mulher para exames de corpo de delito; e) enviar documentos e solicitar a concessão de Medidas Protetivas de Urgência à Vara Especial de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher.

CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA CASA DA MULHER

Endereço: Rua Parque 15 de Novembro nº 314 – Centro.
Telefone: (98) 3212.3206
e-mail: casadamulherdesaoluís@gmail.com
Atendimento: de 2ª a 6ª feira (das 8h às 18h)
Competência: promover o atendimento às mulheres em situação de violência, orientando-as sobre os diferentes serviços disponíveis de prevenção e assistência, tendo em vista a ruptura do ciclo de violência.
No Centro de Referência de São Luís a mulher receberá atendimentos social e psicológico e aconselhamento jurídico. Poderá participar de oficinas sobre gênero, violência, saúde e cultura, e de palestras sobre a Lei Maria da Penha e temas relacionados à cidadania da mulher.

INSTITUTO MÉDICO LEGAL (IML)

Av. dos Portugueses – Campus da UFMA – Bacanga.
Telefone: 3218.2738
Atendimento: 24 horas
Competência: Realizar exames de corpo de delito em vítimas de violência física ou sexual encaminhadas pelos órgãos competentes.

VARA ESPECIAL DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER

Endereço: Av. Getúlio Vargas, nº 87 – Monte Castelo.
Telefones: 3221.4610 – 3221.4242
Atendimento: das 8h às 18h, para mulheres com mais de 18 anos.
Competências: a) julgamento e execução das causas decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher; b) conceder Medidas Protetivas de Urgência.

EXEMPLOS DE MEDIDAS PROTETIVAS DE URGÊNCIA

- Afastamento do agressor do lar;
- Proibição do agressor de aproximação da mulher e de testemunhas;
- Proibição do agressor de ir ao local de trabalho e casa de familiares da mulher e de testemunhas;
- Suspensão/Restrição de porte de armas;
- Prestação de alimentos provisórios; e
- Garantia de proteção policial.

HOSPITAIS

Hospital da Mulher.
Hospital Universitário Materno-Infantil.
Maternidade Benedito Leite.
Maternidade Marly Sarney.



APÊNDICE C – Questionário do Pré-natal Autoaplicado

QUESTIONÁRIO DO PRÉ-NATAL AUTOAPLICADO

BLOCO M – ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO (PSS-14)

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão freqüentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam parecidas, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

Neste último mês, com que freqüência:

1M. Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	PSS1	<input type="checkbox"/>
2M. Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	PSS2	<input type="checkbox"/>
3M. Você tem se sentido nervosa e “estressada”? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	PSS3	<input type="checkbox"/>
4M. Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	PSS4	<input type="checkbox"/>
5M. Você tem sentido que está lidando bem com as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	PSS5	<input type="checkbox"/>
6M. Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	PSS6	<input type="checkbox"/>
7M. Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	PSS7	<input type="checkbox"/>
8M. Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	PSS8	<input type="checkbox"/>
9M. Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	PSS9	<input type="checkbox"/>
10M. Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	PSS10	<input type="checkbox"/>
11M. Você tem ficado irritada porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	PSS11	<input type="checkbox"/>
12M. Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	PSS12	<input type="checkbox"/>
13M. Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	PSS13	<input type="checkbox"/>
14M. Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	PSS14	<input type="checkbox"/>

BLOCO N – RELATO DE EVENTOS DE VIDA ESTRESSANTES

As próximas perguntas referem-se a alguns acontecimentos ou situações desagradáveis que podem ter ocorrido com você nos últimos 12 meses.

1N. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você teve algum problema de saúde que a impediu de realizar alguma de suas atividades habituais (trabalho, estudo ou lazer) por mais de um mês? Não	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	REVE1	<input type="checkbox"/>
2N. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você esteve internada em hospital por uma noite, ou mais, em razão de doença ou acidente?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	REVE2	<input type="checkbox"/>
3N. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, faleceu algum parente próximo seu (pai, mãe, cônjuge, companheiro, filho ou irmão)?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	REVE3	<input type="checkbox"/>
4N. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você enfrentou dificuldades financeiras mais severas do que as habituais? Não	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	REVE4	<input type="checkbox"/>
5N. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi forçada a mudar de casa contra sua vontade (por exemplo, por aumento de aluguel)? Não	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	REVE5	<input type="checkbox"/>
6N. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você passou por algum rompimento de relação amorosa, incluindo divórcio ou separação?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	REVE6	<input type="checkbox"/>
7N. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi assaltada ou roubada, isto é, teve dinheiro ou algum bem tomado, mediante uso ou ameaça de violência? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não		REVE7	<input type="checkbox"/>
8N. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi vítima de alguma agressão física? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não		REVE8	<input type="checkbox"/>

Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você se sentiu discriminada por alguma instituição ou pessoa, por alguma das razões abaixo?			
9N. Sua cor ou raça?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	REVE9	<input type="checkbox"/>
10N. Ser mulher?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	REVE10	<input type="checkbox"/>
11N. Sua religião ou culto?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	REVE11	<input type="checkbox"/>
12N. Sua opção ou preferência sexual?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	REVE12	<input type="checkbox"/>
13N. Doença ou deficiência física?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	REVE13	<input type="checkbox"/>
14N. Sua idade?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	REVE14	<input type="checkbox"/>
15N. Sua condição social ou econômica?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	REVE15	<input type="checkbox"/>
16N. OUTRAS (especifique): _____?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	REVE16	<input type="checkbox"/>

BLOCO O - ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Por favor, preencha cada item da lista de maneira cuidadosa. Indique agora os sintomas que você apresentou na **ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE**. Os sintomas podem estar ausentes, suaves (não lhe incomodam muito), moderados (são desagradáveis, mas você consegue suportar) ou severos (quase você não consegue suportar). Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	Ausente	Suave	Moderado	Severo		
10. Dormência ou formigamento	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK1	<input type="checkbox"/>
20. Sensações de calor	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK2	<input type="checkbox"/>
30. Tremor nas pernas	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK3	<input type="checkbox"/>
40. Incapaz de relaxar	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK4	<input type="checkbox"/>
50. Medo de acontecimentos ruins	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK5	<input type="checkbox"/>
60. Confusa ou delirante	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK6	<input type="checkbox"/>
70. Coração batendo rápido e forte	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK7	<input type="checkbox"/>
80. Insegura	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK8	<input type="checkbox"/>
90. Apavorada	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK9	<input type="checkbox"/>
100. Nervosa	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK10	<input type="checkbox"/>
110. Sensação de sufocamento	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK11	<input type="checkbox"/>
120. Tremor nas mãos	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK12	<input type="checkbox"/>
130. Trêmula	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK13	<input type="checkbox"/>
140. Medo de perder o controle	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK14	<input type="checkbox"/>
150. Dificuldade de respirar	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK15	<input type="checkbox"/>
160. Medo de morrer	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK16	<input type="checkbox"/>
170. Assustada	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK17	<input type="checkbox"/>
180. Indigestão ou desconforto abdominal	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK18	<input type="checkbox"/>
190. Desmaios	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK19	<input type="checkbox"/>
200. Rubor facial	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK20	<input type="checkbox"/>
210. Sudorese (não devido ao calor)	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK21	<input type="checkbox"/>

BLOCO P - ESCALA DE RASTREAMENTO POPULACIONAL PARA DEPRESSÃO DO CENTRO DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS (CES-D)

Segue abaixo uma lista de tipos de sentimentos e comportamentos. Solicitamos que você assinale a frequência com que tenha se sentido desta maneira durante a semana passada.

	Raramente (menos que 1 dia)	Durante pouco tempo (1 ou 2 dias)	Durante um tempo moderado (3 a 4 dias)	Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)		
1P. Senti-me incomodada com coisas que habitualmente não me incomodam	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD1	<input type="checkbox"/>
2P. Não tive vontade de comer; tive pouco apetite	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD2	<input type="checkbox"/>
3P. Senti não conseguir mudar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD3	<input type="checkbox"/>
4P. Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maiorias delas	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD4	<input type="checkbox"/>
5P. Senti dificuldade de me concentrar no que estava fazendo	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD5	<input type="checkbox"/>
6P. Senti-me deprimida	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD6	<input type="checkbox"/>
7P. Senti que tive que fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD7	<input type="checkbox"/>
8P. Senti-me otimista com relação ao futuro	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD8	<input type="checkbox"/>
9P. Considerei que minha vida tinha sido um fracasso	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD9	<input type="checkbox"/>
10P. Senti-me amedrontada	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD10	<input type="checkbox"/>
11P. Meu sono não foi repousante	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD11	<input type="checkbox"/>
12P. Estive feliz	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD12	<input type="checkbox"/>
13P. Falei menos que o habitual	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD13	<input type="checkbox"/>
14P. Senti-me sozinha	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD14	<input type="checkbox"/>
15P. As pessoas não foram amistosas comigo	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD15	<input type="checkbox"/>
16P. Aproveitei minha vida	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD16	<input type="checkbox"/>
17P. Tive crises de choro	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD17	<input type="checkbox"/>
18P. Senti-me triste	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD18	<input type="checkbox"/>
19P. Senti que as pessoas não gostavam de mim	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD19	<input type="checkbox"/>
20P. Não consegui levar adiante minhas coisas	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD20	<input type="checkbox"/>

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:
BLOCO Q – EXPERIÊNCIAS DE DISCRIMINAÇÃO (EOD)

Vamos perguntar agora sobre como você, e outras pessoas como você são tratadas e como você responde tipicamente a isso. Por favor, escolha a melhor resposta:

<p>1Q. Se você foi tratada injustamente, você normalmente?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> trata isto como um fato da vida</p> <p>2. <input type="checkbox"/> trata de fazer algo a respeito</p> <p>3. <input type="checkbox"/> fala sobre isto com outras pessoas</p> <p>4. <input type="checkbox"/> guarda para você mesma</p>	<input type="checkbox"/> RUT
---	--

<p>Alguma vez sofreu discriminação, não lhe permitiram fazer alguma coisa, foi maltratada ou lhe fizeram se sentir inferior em alguma das seguintes situações, por causa de sua raça, etnia ou cor?</p>

		Se sim, quantas vezes?				
2Q. Na escola?	0. <input type="checkbox"/> Não	1. <input type="checkbox"/> Uma	2. <input type="checkbox"/> Duas ou três	3. <input type="checkbox"/> Quatro ou mais	EOD1	<input type="checkbox"/>
3Q. Ao ser contratada ou obter emprego?	0. <input type="checkbox"/> Não	1. <input type="checkbox"/> Uma	2. <input type="checkbox"/> Duas ou três	3. <input type="checkbox"/> Quatro ou mais	EOD2	<input type="checkbox"/>
4Q. No trabalho?	0. <input type="checkbox"/> Não	1. <input type="checkbox"/> Uma	2. <input type="checkbox"/> Duas ou três	3. <input type="checkbox"/> Quatro ou mais	EOD3	<input type="checkbox"/>
5Q. Ao buscar uma casa?	0. <input type="checkbox"/> Não	1. <input type="checkbox"/> Uma	2. <input type="checkbox"/> Duas ou três	3. <input type="checkbox"/> Quatro ou mais	EOD4	<input type="checkbox"/>
6Q. Ao procurar assistência médica?	0. <input type="checkbox"/> Não	1. <input type="checkbox"/> Uma	2. <input type="checkbox"/> Duas ou três	3. <input type="checkbox"/> Quatro ou mais	EOD5	<input type="checkbox"/>
7Q. Ao ir a uma loja ou restaurante?	0. <input type="checkbox"/> Não	1. <input type="checkbox"/> Uma	2. <input type="checkbox"/> Duas ou três	3. <input type="checkbox"/> Quatro ou mais	EOD6	<input type="checkbox"/>
8Q. Ao buscar crédito, empréstimos bancários ou hipotecários?	0. <input type="checkbox"/> Não	1. <input type="checkbox"/> Uma	2. <input type="checkbox"/> Duas ou três	3. <input type="checkbox"/> Quatro ou mais	EOD7	<input type="checkbox"/>
9Q. Na rua ou em outro local público?	0. <input type="checkbox"/> Não	1. <input type="checkbox"/> Uma	2. <input type="checkbox"/> Duas ou três	3. <input type="checkbox"/> Quatro ou mais	EOD8	<input type="checkbox"/>
10Q. Na polícia ou no tribunal?	0. <input type="checkbox"/> Não	1. <input type="checkbox"/> Uma	2. <input type="checkbox"/> Duas ou três	3. <input type="checkbox"/> Quatro ou mais	EOD9	<input type="checkbox"/>

Ao longo da vida, há pessoas que se sentem discriminadas em razão de sua cor ou raça, de ser homem ou mulher, ou por outros motivos. As próximas perguntas referem-se a situações em que você possa ter se sentido injustiçada, devido à discriminação como, por exemplo, no trabalho, local de residência ou em locais públicos.

<p>11Q. Alguma vez na vida você se sentiu injustiçada, devido à discriminação em seu LOCAL DE TRABALHO como, por exemplo, sendo demitida, não conseguindo emprego ou, então, não sendo indicada para cargo de chefia?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>WQ1 <input type="checkbox"/></p>
<p>12Q. Caso sim, na ÚLTIMA VEZ em que isso aconteceu, qual foi, na sua opinião, a PRINCIPAL razão desta discriminação?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sua cor ou raça 2. <input type="checkbox"/> Ser mulher 3. <input type="checkbox"/> Sua religião ou culto 4. <input type="checkbox"/> Doença ou deficiência física 5. <input type="checkbox"/> Sua opção ou preferência sexual 6. <input type="checkbox"/> Sua condição econômica, instrução ou função 7. <input type="checkbox"/> Sua atividade política 8. <input type="checkbox"/> Sua idade 9. <input type="checkbox"/> Sua aparência física 10. <input type="checkbox"/> Outra -> Qual? _____</p>	<p>WQ2 <input type="checkbox"/></p>
<p>13Q. Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Há menos de 1 mês 2. <input type="checkbox"/> Entre 1 e 12 meses atrás 3. <input type="checkbox"/> Há mais de 12 meses atrás</p>	<p>WQ3 <input type="checkbox"/></p>
<p>14Q. Alguma vez na vida a você se sentiu injustiçada, devido à discriminação em assuntos referentes à MORADIA como, por exemplo, tendo dificuldade para alugar imóvel ou para conviver com a vizinhança?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>WQ4 <input type="checkbox"/></p>
<p>15Q. Caso sim, na ÚLTIMA VEZ em que isso aconteceu, qual foi, na sua opinião, a PRINCIPAL razão desta discriminação?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sua cor ou raça 2. <input type="checkbox"/> Ser mulher 3. <input type="checkbox"/> Sua religião ou culto 4. <input type="checkbox"/> Doença ou deficiência física 5. <input type="checkbox"/> Sua opção ou preferência sexual 6. <input type="checkbox"/> Sua condição econômica, instrução ou função 7. <input type="checkbox"/> Sua atividade política 8. <input type="checkbox"/> Sua idade 9. <input type="checkbox"/> Sua aparência física 10. <input type="checkbox"/> Outra -> Qual? _____</p>	<p>WQ5 <input type="checkbox"/></p>
<p>16Q. Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Há menos de 1 mês 2. <input type="checkbox"/> Entre 1 e 12 meses atrás 3. <input type="checkbox"/> Há mais de 12 meses atrás</p>	<p>WQ6 <input type="checkbox"/></p>

<p>17Q. Alguma vez na vida você se sentiu injustiçada, devido à discriminação pela POLÍCIA como, por exemplo, sendo acusada, revistada ou agredida de alguma forma?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não</p>	WQ7	<input type="checkbox"/>
<p>18Q. Caso sim, na ÚLTIMA VEZ em que isso aconteceu, qual foi, na sua opinião, a PRINCIPAL razão desta discriminação?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sua cor ou raça 2. <input type="checkbox"/> Ser mulher 3. <input type="checkbox"/> Sua religião ou culto 4. <input type="checkbox"/> Doença ou deficiência física 5. <input type="checkbox"/> Sua opção ou preferência sexual 6. <input type="checkbox"/> Sua condição econômica, instrução ou função 7. <input type="checkbox"/> Sua atividade política 8. <input type="checkbox"/> Sua idade 9. <input type="checkbox"/> Sua aparência física 10. <input type="checkbox"/> Outra -> Qual? _____</p>		
<p>19Q. Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Há menos de 1 mês 2. <input type="checkbox"/> Entre 1 e 12 meses atrás 3. <input type="checkbox"/> Há mais de 12 meses atrás</p>	WQ8	<input type="checkbox"/>
<p>20Q. Alguma vez na vida você se sentiu injustiçada, devido à discriminação no atendimento recebido em LOCAIS PÚBLICOS, tais como bancos, estabelecimentos comerciais, hospitais, repartições públicas etc?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não</p>	WQ9	
<p>21Q. Caso sim, na ÚLTIMA VEZ em que isso aconteceu, qual foi, na sua opinião, a PRINCIPAL razão desta discriminação?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sua cor ou raça 2. <input type="checkbox"/> Ser mulher 3. <input type="checkbox"/> Sua religião ou culto 4. <input type="checkbox"/> Doença ou deficiência física 5. <input type="checkbox"/> Sua opção ou preferência sexual 6. <input type="checkbox"/> Sua condição econômica, instrução ou função 7. <input type="checkbox"/> Sua atividade política 8. <input type="checkbox"/> Sua idade 9. <input type="checkbox"/> Sua aparência física 10. <input type="checkbox"/> Outra -> Qual? _____</p>	WQ10	<input type="checkbox"/>
<p>22Q. Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Há menos de 1 mês 2. <input type="checkbox"/> Entre 1 e 12 meses atrás 3. <input type="checkbox"/> Há mais de 12 meses atrás</p>	WQ11	
	WQ12	

<p>23Q. Alguma vez na vida você se sentiu injustiçada, devido à discriminação em seu COLÉGIO OU FACULDADE como, por exemplo, sendo desestimulada a prosseguir seus estudos?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>WQ13</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>24Q. Caso sim, na ÚLTIMA VEZ em que isso aconteceu, qual foi, na sua opinião, a PRINCIPAL razão desta discriminação?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sua cor ou raça</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Ser mulher</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Sua religião ou culto</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Doença ou deficiência física</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Sua opção ou preferência sexual</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Sua condição econômica, instrução ou função</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Sua atividade política</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Sua idade</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Sua aparência física</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Outra -> Qual? _____</p>		<p>WQ14</p>
<p>25Q. Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Há menos de 1 mês</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Entre 1 e 12 meses atrás</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Há mais de 12 meses atrás</p>	<p>WQ15</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

BLOCO R - Abuse Assessment Screening (AAS)

1R. Você já foi alguma vez maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo seu parceiro ou alguém importante para você? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	AAS1	<input type="checkbox"/>
2R. Neste último ano (12 meses), alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	AAS2	<input type="checkbox"/>

Caso afirmativo (sim), quem? (Por favor, marque uma ou mais opções)

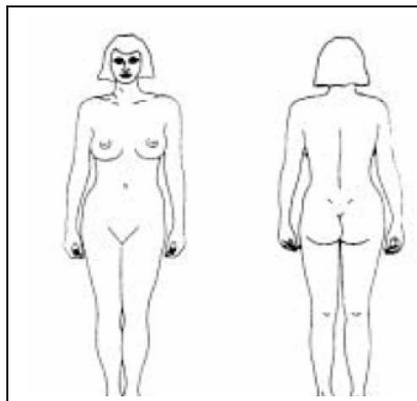
	Número de vezes		
3R. <input type="checkbox"/> Marido		AAS3	<input type="checkbox"/>
4R. <input type="checkbox"/> Ex-marido		AAS4	<input type="checkbox"/>
5R. <input type="checkbox"/> Namorado		AAS5	<input type="checkbox"/>
6R. <input type="checkbox"/> Estranho		AAS6	<input type="checkbox"/>
7R. <input type="checkbox"/> Outro		AAS7	<input type="checkbox"/>

8R. Desde que você engravidou, alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	AAS8	<input type="checkbox"/>
--	-------------	--------------------------

Caso afirmativo (sim), quem? (Por favor, marque uma ou mais opções)

	Número de vezes		
9R. <input type="checkbox"/> Marido		AAS9	<input type="checkbox"/>
10R. <input type="checkbox"/> Ex-marido		AAS10	<input type="checkbox"/>
11R. <input type="checkbox"/> Namorado		AAS11	<input type="checkbox"/>
12R. <input type="checkbox"/> Estranho		AAS12	<input type="checkbox"/>
13R. <input type="checkbox"/> Outro		AAS13	<input type="checkbox"/>

Marque a área traumatizada no diagrama do corpo humano.



Marque cada episódio de acordo com a escala a seguir.
(Escolha a descrição com o maior número)

1. Ameaças de maus-tratos/agressão, inclusive com uma arma
2. Tapa, empurrão; sem machucar ou ferimento ou dor duradoura
3. Soco, chute, machucado/"mancha roxa", cortes e/ou dor contínua
4. Espancamento, contusões severas, queimaduras, ossos quebrados
5. Danos na cabeça, internos e/ou permanentes
6. Uso de armas, ferimento por arma

14R. Neste último ano (12 meses), alguém forçou você a realizar atividades sexuais?

1. Sim
2. Não

AAS14

Caso afirmativo (sim), quem? (Por favor, marque uma ou mais opções)

	Número de vezes
15R. <input type="checkbox"/> Marido	
16R. <input type="checkbox"/> Ex-marido	
17R. <input type="checkbox"/> Namorado	
18R. <input type="checkbox"/> Estranho	
19R. <input type="checkbox"/> Outro	

AAS15

AAS16

AAS17

AAS18

AAS19

20R. Você tem medo do seu parceiro ou de alguém listado acima?

1. Sim
2. Não

AAS20

BLOCO S – Escalas de Rede e Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOS)

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família, amigos e algumas atividades em grupo.

<p>1S. Com quantos parentes você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Se for o caso, inclua esposo, companheiro, ou filhos nesta resposta). 0. <input type="checkbox"/> Nenhum _____ parentes</p>	<p>MOS1 <input type="checkbox"/></p>
<p>2S. Com quantos amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua esposo, companheiro, ou filhos nesta resposta). 0. <input type="checkbox"/> Nenhum _____ amigos</p>	<p>MOS2 <input type="checkbox"/></p>
<p>3S. Nos últimos 12 meses, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>MOS3 <input type="checkbox"/></p>
<p>4S. Caso sim, com que frequência? 1. <input type="checkbox"/> Uma vez por semana 2. <input type="checkbox"/> Mais de uma vez por semana 3. <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana 4. <input type="checkbox"/> Uma vez no ano 5. <input type="checkbox"/> Algumas vezes no ano</p>	<p>MOS4 <input type="checkbox"/></p>
<p>5S. Nos últimos 12 meses, você participou de reuniões de associação de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>MOS5 <input type="checkbox"/></p>
<p>6S. Caso sim, com que frequência? 1. <input type="checkbox"/> Uma vez por semana 2. <input type="checkbox"/> Mais de uma vez por semana 3. <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana 4. <input type="checkbox"/> Uma vez no ano 5. <input type="checkbox"/> Algumas vezes no ano</p>	<p>MOS6 <input type="checkbox"/></p>
<p>7S. Nos últimos 12 meses, você participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não governamentais (ONGs), de caridade, ou outras? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>MOS7 <input type="checkbox"/></p>
<p>8S. Caso sim, com que frequência? 1. <input type="checkbox"/> Uma vez por semana 2. <input type="checkbox"/> Mais de uma vez por semana 3. <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana 4. <input type="checkbox"/> Uma vez no ano 5. <input type="checkbox"/> Algumas vezes no ano</p>	<p>MOS8 <input type="checkbox"/></p>

A seguir, apresentaremos perguntas sobre situações em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, apoio ou ajuda.

Se você precisar, com que frequência conta com alguém:

9S. Que a ajude, se ficar de cama? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS9	<input type="checkbox"/>
10S. Para lhe ouvir, quando você precisa falar? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS10	<input type="checkbox"/>
11S. Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS11	<input type="checkbox"/>
12S. Para levá-la ao médico? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS12	<input type="checkbox"/>
13S. Que demonstre amor e afeto por você? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS13	<input type="checkbox"/>
14S. Para se divertir junto? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS14	<input type="checkbox"/>
15S. Para lhe dar informação que a ajude a compreender uma determinada situação? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS15	<input type="checkbox"/>
16S. Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS16	<input type="checkbox"/>
17S. Que lhe dê um abraço? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS17	<input type="checkbox"/>
18S. Com quem relaxar? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS18	<input type="checkbox"/>
19S. Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS19	<input type="checkbox"/>
20S. De quem você realmente quer conselhos? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS20	<input type="checkbox"/>
21S. Com quem distrair a cabeça? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS21	<input type="checkbox"/>
22S. Para ajudá-la nas tarefas diárias, se você ficar doente? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS22	<input type="checkbox"/>
23S. Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS23	<input type="checkbox"/>
24S. Para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS24	<input type="checkbox"/>
25S. Com quem fazer coisas agradáveis? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS25	<input type="checkbox"/>
26S. Que compreenda seus problemas? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS26	<input type="checkbox"/>
27S. Que você ame e que faça você se sentir querida? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS27	<input type="checkbox"/>

BLOCO T - Questionário de violência da OMS

Quando pessoas casam, vivem juntas ou namoram, e mesmo no trabalho, elas geralmente compartilham bons e maus momentos. Gostaríamos de fazer, à senhora, algumas perguntas sobre seus relacionamentos. Se tiver dúvidas, peça ajuda ao entrevistador. Asseguramos, novamente, que suas respostas serão mantidas em segredo.

Durante essa gravidez, alguém, alguma vez

1T. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS1	<input type="checkbox"/>
2T. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS2	<input type="checkbox"/>
3T. Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como a olha, como grita, quebra coisas)? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS3	<input type="checkbox"/>
4T. Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS4	<input type="checkbox"/>
5T. Deu-lhe uma tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS5	<input type="checkbox"/>
6T. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco / chacoalhão? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS6	<input type="checkbox"/>
7T. Machucou-a com um soco ou com algum objeto? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS7	<input type="checkbox"/>
8T. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS8	<input type="checkbox"/>
9T. Tentou estrangular ou queimou você de propósito? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS9	<input type="checkbox"/>
10T. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS10	<input type="checkbox"/>
11T. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS11	<input type="checkbox"/>
12T. Você teve relação sexual porque estava com medo do que essa pessoa pudesse fazer? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS12	<input type="checkbox"/>
13T. Forçou-a a uma prática sexual que você considera humilhante? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS13	<input type="checkbox"/>
14T. Quem fez isso com você? (Pode ser marcada mais de uma resposta) 1. <input type="checkbox"/> Atual Marido / companheiro / namorado 2. <input type="checkbox"/> Ex-marido / companheiro / namorado 3. <input type="checkbox"/> Pai 4. <input type="checkbox"/> Padrasto 5. <input type="checkbox"/> Mãe 6. <input type="checkbox"/> Madrasta 7. <input type="checkbox"/> Irmão, irmã ou outro familiar que mora na mesma residência que você 8. <input type="checkbox"/> Familiar que não reside com você 9. <input type="checkbox"/> Vizinho ou outra pessoa conhecida 10. <input type="checkbox"/> Outros: _____ 88. <input type="checkbox"/> Não houve violência	OMS14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SE HOUE VIOLÊNCIA, QUEREMOS SABER SE ISSO AFETOU A SUA SAÚDE

15T. Por causa de violência durante essa gravidez, você teve algum problema de saúde? Qual problema? 1. <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal 2. <input type="checkbox"/> Ameaça de aborto 3. <input type="checkbox"/> Ameaça de parto prematuro 4. <input type="checkbox"/> Outros _____ 8. <input type="checkbox"/> Não houve violência	OMS15	<input type="checkbox"/>
16T. Você já ficou machucada a ponto de precisar de cuidados de saúde? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	OMS16	<input type="checkbox"/>

Agora queremos saber sobre os seus relacionamentos nos 12 últimos meses anteriores à gravidez atual.

Nos 12 meses anteriores a essa gravidez, alguém, alguma vez

17T. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS17	<input type="checkbox"/>
18T. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS18	<input type="checkbox"/>
19T. Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como a olha, como grita, quebra coisas)? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS19	<input type="checkbox"/>
20T. Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS20	<input type="checkbox"/>
21T. Deu-lhe uma tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS21	<input type="checkbox"/>
22T. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco / chacoalhão? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS22	<input type="checkbox"/>
23T. Machucou-a com um soco ou com algum objeto? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS23	<input type="checkbox"/>
24T. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS24	<input type="checkbox"/>
25T. Tentou estrangular ou queimou você de propósito? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS25	<input type="checkbox"/>
26T. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS26	<input type="checkbox"/>
27T. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS27	<input type="checkbox"/>
28T. Você teve relação sexual porque estava com medo do que essa pessoa pudesse fazer? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS28	<input type="checkbox"/>
29T. Forçou-a a uma prática sexual que você considera humilhante? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS29	<input type="checkbox"/>

<p>30T. Quem fez isso com você? (Pode ser marcada mais de uma resposta)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Atual Marido / companheiro / namorado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Ex-marido / companheiro / namorado</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Pai</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Padrasto</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Mãe</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Madrasta</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Irmão, irmã ou outro familiar que mora na mesma residência que você</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Familiar que não reside com você</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Vizinho ou outra pessoa conhecida</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Outros: _____</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Não houve violência</p>	OMS30	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--------------	---

SE HOUVE VIOLÊNCIA, QUEREMOS SABER SE ISSO AFETOU A SUA SAÚDE

<p>31T. Por causa de violência nos 12 meses anteriores a essa gravidez, você teve algum problema de saúde? Qual problema?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Ameaça de aborto</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Ameaça de parto prematuro</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Outros _____</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Não houve violência</p>	OMS31	<input type="checkbox"/>
<p>32T. Você já ficou machucada a ponto de precisar de cuidados de saúde?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não</p>	OMS32	<input type="checkbox"/>

BLOCO U – CONSUMO DE DROGAS

1U. Você utilizou ou tem utilizado alguma droga (maconha, merla, cocaína, crack, outras) nos três meses antes ou durante a gestação atual?

1. Sim

2. Não **Se você marcou esta opção, não precisa responder às demais questões**

9. Não sabe

DROGAS

Caso sim, qual a droga utilizada e quantidade?

Nos 3 meses antes da gravidez	Não usou 0	Diariamente 1	Semanalmente 2	Mensalmente 3	Raramente 4	Não sabe 9	
2U. Maconha	<input type="checkbox"/>	MACONHA <input type="checkbox"/>					
3U. Merla	<input type="checkbox"/>	MERLA <input type="checkbox"/>					
4U. Cocaína	<input type="checkbox"/>	COCAINA <input type="checkbox"/>					
5U. Crack	<input type="checkbox"/>	CRACK <input type="checkbox"/>					
6U. Outras	<input type="checkbox"/>	OUTRAS <input type="checkbox"/>					
Nos 3 primeiros meses de gravidez	Não usou 0	Diariamente 1	Semanalmente 2	Mensalmente 3	Raramente 4	Não sabe 9	
7U. Maconha	<input type="checkbox"/>	MACONHA1T <input type="checkbox"/>					
8U. Merla	<input type="checkbox"/>	MERLA1T <input type="checkbox"/>					
9U. Cocaína	<input type="checkbox"/>	COCAINA1T <input type="checkbox"/>					
10U. Crack	<input type="checkbox"/>	CRACK1T <input type="checkbox"/>					
11U. Outras	<input type="checkbox"/>	OUTRAS1T <input type="checkbox"/>					
Do 4º. mês em diante	Não usou 0	Diariamente 1	Semanalmente 2	Mensalmente 3	Raramente 4	Não sabe 9	
12U. Maconha	<input type="checkbox"/>	MACONHA4 <input type="checkbox"/>					
13U. Merla	<input type="checkbox"/>	MERLA4 <input type="checkbox"/>					
14U. Cocaína	<input type="checkbox"/>	COCAINA4 <input type="checkbox"/>					
15U. Crack	<input type="checkbox"/>	CRACK4 <input type="checkbox"/>					
16U. Outras	<input type="checkbox"/>	OUTRAS4 <input type="checkbox"/>					



**QUESTIONÁRIO DO PRÉ-NATAL
ENTREVISTA**

BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

2A. Número de identificação: _____

1ª casela: 1 Ribeirão Preto

2 São Luís

2ª casela: 1 Pré-natal

2 Nascimento

3 1º ano

3ª casela: M. Avaliação no pré-natal

A. Avaliação no nascimento RN 1

B. Avaliação no nascimento RN 2

C. Avaliação no nascimento RN 3

D. Avaliação no nascimento RN 4

4ª e 5ª caselas: QM. Questionário da mãe

QC. Questionário do RN

SC. Saliva da criança

CO. Cordão umbilical

6ª à 9ª. caselas: número seqüencial para cada cidade

NUMERO □□□□□□□□

3A. Cidade:

1. Ribeirão Preto

2. São Luís

CIDADEP

3A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA): __/__/____

DATAENTP □□□□□□□□

Entrevistador (a) : _____

4A. Nome completo da gestante (não abreviar):

NOMEG

5A. Data de nascimento da gestante (DD/MM/AAAA):

__/__/____

DNGEST □□□□□□□□

6A. Idade da gestante __

99. Não sabe

IDADEG

□□

7A. Data da ultrassonografia do recrutamento

(DD/MM/AAAA):

__/__/____

99999999. Não sabe

DATUSR

□□□□□□□□

**8A. Idade gestacional pela ultrassonografia do
recrutamento:**

__ semanas

99. Não sabe

IDGESTUSR

□□

9A. Idade gestacional atual (pela USG):

__ semanas

99. Não sabe

IDGESTAT

□□

BLOCO B – DADOS DE CONTATO

1B. Qual o seu endereço completo?

Telefone residencial: ____-____-____ Outro telefone: ____-____-____ celular: ____-____-____

2B. Para facilitar futuros contatos, a sra. poderia nos fornecer o nome, relação de parentesco ou amizade, endereço e telefone fixo ou celular de parentes ou pessoas próximas com quem a sra. tem contato frequente?

Nome da pessoa: _____

Parentesco/Amizade: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

Nome da pessoa: _____

Parentesco/Amizade: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

3B. A sra. poderia nos fornecer o endereço e o telefone do seu trabalho?

Endereço: _____

Telefone comercial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____

4B. Se a sra. pretende mudar de cidade, poderia nos informar o nome, endereço e o telefone de contato de algum parente ou alguém que more próximo à sua nova residência?

Nome da pessoa: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

--

BLOCO C – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

1C. A sra. sabe ler e escrever?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

LERG

2C. A sra. frequenta ou frequentou escola?

1. Sim
 2. Não **Passa para a questão 7C**
 9. Não sabe

ESCOLG

3C. Qual o último curso que a sra. frequentou ou frequenta?

1. Alfabetização de jovens e adultos
 2. Ensino fundamental ou 1o grau
 3. Ensino médio ou 2o grau
 4. Superior graduação incompleto **Passa para a questão 5C**
 5. Superior graduação completo **Passa para a questão 5C**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CURSOG

4C. Qual a série que a sra. frequenta ou até que série a sra. estudou?

1. Primeira
 2. Segunda
 3. Terceira
 4. Quarta
 5. Quinta
 6. Sexta
 7. Sétima
 8. Oitava
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

SERIEG

5C. A sra estava estudando quando ficou grávida?

1. Sim
 2. Não **Passa para a questão 7C**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

ESTUDGRAV

6C. A sra. parou de estudar porque ficou grávida?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

PAROUEST

7C. Qual a situação conjugal atual da sra.?

1. Casada
2. União consensual (Mora junto)
3. Solteira
4. Separada/desquitada/divorciada
5. Viúva
9. Não sabe

SITCONG

8C. Quantas pessoas vivem atualmente na casa onde a sra. mora? (Considere apenas as pessoas que estão morando na casa há pelo menos 3 meses, e que não são temporários, como um tio que está temporariamente vivendo com a sra. por menos de 3 meses ou visitantes). _ _

99. Não sabe

PESSOASP

9C. A sra. mora atualmente com o marido ou companheiro?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

MORACOMPP

10C. A sra. mora atualmente com filhos (biológicos ou não)?

1. Sim
2. Não **Passe para a questão 12C**
9. Não sabe

MORAFILHOP

11C. Caso sim, com quantos filhos? _ _

88. Não se aplica
99. Não sabe

QTFILHOSP

12C. De onde vem a água da casa usada para beber?

1. Rede pública/água encanada
2. Poço artesiano
3. Poço/cacimba
5. Outro _____
4. Rio/riacho/lagoa
9. Não sabe

AGUABEBER

13C. Quantos cômodos têm na sua casa? _____ cômodos

99. Não sabe

COMODOS

14C. Quantos cômodos servem como dormitório?

_____ cômodos

9. Não sabe

DORMITOR

15C. A sra. exerce alguma atividade remunerada dentro ou fora de casa?

1. Sim
2. Não **Passe para a questão 19C**
9. Não sabe

ATIVREMP

16C. Qual a sua ocupação (o que faz atualmente no trabalho)?

88. Não se aplica
99. Não sabe

OCUPG

17C. Qual a sua relação de trabalho?

1. Trabalha por conta própria
2. Assalariado ou empregado
3. Dono de empresa-empregador
4. Faz bico
8. Não se aplica
9. Não sabe

RELACAOP

18C. A sra. parou de trabalhar porque ficou grávida?

1. Sim
2. Não
8. Não se aplica
9. Não sabe

PAROUTRAB

19C. Quem é a pessoa da família com maior renda atualmente?
(considerar chefe da família aquele de maior renda)

1. A entrevistada **Passa para a questão 28C**
2. Companheiro
3. Mãe
4. Pai
5. Avó
6. Avô
7. Madrasta
8. Padrasto
9. Tia
10. Tio
11. Irmã
12. Irmão
13. Outro _____
99. Não sabe

CHEFEP

20C. Qual o sexo da pessoa da família com maior renda?

1. Masculino
2. Feminino
8. Não se aplica
9. Não sabe

SEXOCHEFEP

21C. Qual a idade da pessoa da família com maior renda
(anos completos)? _ _

88. Não se aplica
99. Não sabe

IDCHEFEP

22C. Essa pessoa sabe ler e escrever?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

ERCHEFEP

23C. Essa pessoa frequenta ou frequentou escola?

1. Sim
 2. Não Passe para a questão 26C
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

ESCCHEFEP

24C. Qual foi o último curso que essa pessoa frequentou ou frequenta?

1. Alfabetização de jovens e adultos
 2. Ensino fundamental ou 1o grau
 3. Ensino médio ou 2o grau
 4. Superior graduação incompleto Passe para a questão 26C
 5. Superior graduação completo Passe para a questão 26C
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CURSOCHEFEP

25C. Qual a série que essa pessoa frequenta ou até que série frequentou?

1. Primeira
 2. Segunda
 3. Terceira
 4. Quarta
 5. Quinta
 6. Sexta
 7. Sétima
 8. Oitava
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

SERIECHEFEP

26C. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) a pessoa com a maior renda da família? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu).

88. Não se aplica
 99. Não sabe

OCUPCHEFEP

27C. Qual a relação de trabalho do chefe da família?

1. Trabalha por conta própria
2. Assalariado ou empregado
3. Dono de empresa-empregador
4. Faz bico
8. Não se aplica
9. Não sabe

RELCHEFEP

28C. No mês passado quanto ganharam as pessoas da família que trabalham?

1ª pessoa R\$ __. ____, __

2ª pessoa R\$ __. ____, __

3ª pessoa R\$ __. ____, __

4ª pessoa R\$ __. ____, __

5ª pessoa R\$ __. ____, __

A família tem outra renda? __. ____, __

Renda total R\$ __. ____, __

99999. Não sabe

RENDAFP

□□□□□

Quantos itens abaixo a família possui? (circule a resposta)

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou mais
29C. Televisão em cores	0	1	2	3	4
30C. Rádio	0	1	2	3	4
31C. Banheiro	0	4	5	6	7
32C. Automóvel	0	4	7	9	9
33C. Empregada mensalista	0	3	4	4	4
34C. Máquina de lavar	0	2	2	2	2
35C. Videocassete ou DVD	0	2	2	2	2
36C. Geladeira	0	4	4	4	4
37C. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

TELEVISAOP

RADIOP

BANHEIROP

AUTOMOVELP

EMPREGADAP

MAQLAVARP

DVDP

GELADEIRAP

FREEZERP

38C. Grau de Instrução da pessoa com maior renda

Analfabeto/Primário incompleto/ Até 3ª Série Fundamental	0
Primário completo/ Até 4ª Série Fundamental/Ginasial incompleto	1
Ginasial completo/ Fundamental completo/Colegial incompleto	2
Colegial completo/ Médio completo/Superior incompleto	4
Superior completo	8

INSTRUCAOP



BLOCO D – HÁBITOS DE VIDA

Agora vamos conversar um pouco sobre o consumo de bebida alcoólica.

1U. Durante a gravidez, a sra. tomou cerveja?

1. Sim

2. Não **Passe para a questão 5D**

9. Não sabe

CERVEJAG



2U. Quantos dias por semana? _

8. Não se aplica

9. Não sabe

DIACERVG



3U. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. Não se aplica

99. Não sabe

QTCERVG



4U. Qual o tipo de vasilha?

1. Copo comum (200ml)

2. Lata (350ml)

3. Garrafa pequena (300ml) – long neck

4. Garrafa (600-720ml)

5. Outro

8. Não se aplica

9. Não sabe

TIPOCERVG



5U. Durante a gravidez a sra tomou vinho?

1. Sim

2. Não **Passe para a questão 9D**

9. Não sabe

VINHOG



6U. Quantos dias por semana? _

8. Não se aplica

9. Não sabe

DIAVINHOG



7U. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. Não se aplica

99. Não sabe

QTVINHO

8U. Qual o tipo de vasilha?

1. Copo comum (200ml)

2. Cálice ou taça (400 ml)

3. Garrafa pequena (300ml)

4. Garrafa (600-720ml)

5. Outro

8. Não se aplica

9. Não sabe

TIPOVINHO

9U. Durante a gravidez a sra. tomou algum outro tipo de bebida como uísque, vodka, gim, rum?

1. Sim

2. Não **Passa para a questão 13D**

9. Não sabe

DESTG

10U. Quantos dias por semana? _

8. Não se aplica

9. Não sabe

DIADESTG

11U. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _

88. Não se aplica

99. Não sabe

QTDESTG

12U. Qual o tipo de vasilha?

1. Copo comum (200ml)

2. Cálice, taça (400 ml)

3. Martelo, copo de pinga (100ml)

4. Lata (350ml) retirar

5. Garrafa pequena (300ml)

6. Garrafa (600-720ml)

7. Outro

8. Não se aplica

9. Não sabe

TIPODESTG

13U. Durante a gravidez com que frequencia a sra. consumiu cinco ou mais unidades de bebida alcoólica em uma única ocasião?

1. Todos os dias
2. Quase todos os dias
3. 1 a 4 vezes na semana
4. 1 a 3 vezes por mês
5. Raramente
6. Nunca
8. Não se aplica
9. Não sabe

FREQBEB

Agora vamos conversar um pouco sobre o hábito de fumar.

14U. A sra. fumou ou fuma durante esta gravidez?

1. Sim
2. Não **Passa para questão 16D**
9. Não sabe

FUMOGRAVP

15U. Quantos cigarros a sra. fuma ou fumou por dia durante a gravidez? __ __

88. Não se aplica
99. Não sabe

QTFUMOP

Agora vamos conversar um pouco sobre o consumo de bebidas com cafeína

16U. Desde que ficou grávida a sra. tem tomado café (café preto, café instantâneo tipo nescafé ou capuccino)?

1. Sim
2. Não **Passa para a questão 20D**
9. Não sabe

CAFE

17U. Quantos dias por semana a sra. toma café? _

8. Não se aplica
9. Não sabe

DIASCAFE

18U. Quantas vezes por dia a sra. toma café? __

88. Não se aplica
99. Não sabe

VEZESCAFE

19U. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costuma tomar café?

1. xícara de chá
2. xícara de cafezinho
3. meia taça
4. copo comum – 200 ml
5. outro _____
8. Não se aplica
9. Não sabe

TIPOCAFE

20U. Desde que ficou grávida a sra. tem tomado chá (chá mate, chá preto, chá verde, chá amarelo, chá branco ou outro)?

1. Sim
2. Não **Passe para a questão 24D**
9. Não sabe

CHA

21U. Quantos dias por semana a sra. toma chá? _

8. Não se aplica
9. Não sabe

DIASCHA

22U. Quantas vezes por dia a sra. toma chá? _ _

88. Não se aplica
99. Não sabe

VEZESCHA

23U. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costuma tomar chá?

1. xícara de chá
2. xícara de cafezinho
3. meia taça
4. copo comum – 200 ml
5. outro _____
8. Não se aplica
9. Não sabe

TIPOCHA

24U. Desde que ficou grávida a sra. tem tomado refrigerantes (coca-cola ou Pepsi-cola)?

1. Sim
2. Não **Passe para a questão 28D**
9. Não sabe

REFRI

25U. Quantos dias por semana a sra. toma refrigerante? _

8. Não se aplica
9. Não sabe

DIASREFRI

26U. Quantas vezes por dia a sra. toma refrigerante? _ _

88. Não se aplica
99. Não sabe

VEZESREFRI

27U. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costuma tomar refrigerante?

1. xícara de chá
2. xícara de cafezinho
3. meia taça
4. copo comum – 200 ml
5. outro _____
8. Não se aplica
9. Não sabe

TIPOREFRI

28U. Desde que ficou grávida a sra. tem tomado bebidas com chocolate?

1. Sim
2. Não **Passa para a questão 32D**
9. Não sabe

CHOCOLATE

29U. Quantos dias por semana a sra. toma bebidas com chocolate? _

8. Não se aplica
9. Não sabe

DIASCHOCO

30U. Quantas vezes por dia a sra. toma bebidas com chocolate? _ _

88. Não se aplica
99. Não sabe

VEZESCHOCO

31U. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costuma tomar bebidas com chocolate?

1. xícara de chá
2. xícara de cafezinho
3. meia taça
4. copo comum – 200 ml
5. outro _____
8. Não se aplica
9. Não sabe

TIPOCHOCO

32U. Desde que ficou grávida a sra. tem comido alimentos com chocolate?

1. Sim
2. Não **Passa para a questão 1E**
9. Não sabe

ALCHOCO

33U. Quantos dias por semana a sra. come chocolate? _

8. Não se aplica
9. Não sabe

DIASALCHO

34U. Quantas vezes por dia a sra. come chocolate?

-
88. Não se aplica
 99. Não sabe

VEZESALCHO

BLOCO E – DADOS DO COMPANHEIRO

Caso o companheiro seja a pessoa com maior renda ou não more junto com a mãe do RN, passe para a questão 1F.

1E. Qual a idade do companheiro atual? _ _

88. Não se aplica – não tem companheiro atual
99. Não sabe

IDCOMPP

2E. O seu companheiro sabe ler e escrever?

1. Sim
2. Não
8. Não se aplica
9. Não sabe

LERCOMPP

3E. O seu companheiro frequenta ou frequentou escola?

1. Sim
2. Não **Passa para a questão 6E**
8. Não se aplica
9. Não sabe

ESCCOMPP

4E. Qual o último curso que seu companheiro frequentou ou frequenta?

1. Alfabetização de jovens e adultos
2. Ensino fundamental ou 1o grau
3. Ensino médio ou 2o grau
4. Superior graduação incompleto **Passa para a questão 6E**
5. Superior graduação completo **Passa para a questão 6E**
8. Não se aplica
9. Não sabe

CURSOCOMPP

5E. Qual a série que seu companheiro frequenta ou até que série estudou?

1. Primeira
2. Segunda
3. Terceira
4. Quarta
5. Quinta
6. Sexta
7. Sétima
8. Oitava
88. Não se aplica
99. Não sabe

SERIECOMPP

6E. O seu companheiro está trabalhando no momento?

1. Sim
2. Não **Passa para a questão 1F**
8. Não se aplica
9. Não sabe

TRABCOMPP

7E. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) o seu companheiro atual? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu).

-
88. Não se aplica
 99. Não sabe

OCUPCOMPP

8E. Qual a relação de trabalho do seu companheiro?

1. Trabalha por conta própria
2. Assalariado ou empregado
3. Dono de empresa-empregador
4. Faz bico
8. Não se aplica
9. Não sabe

RELCOMPP

BLOCO F – DADOS DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

1F. Com quantos parceiros do sexo masculino a sra. já teve relação sexual? _ _

99. Não sabe

NPARCEIROS

2F. Algum parceiro sexual masculino já disse à sra. que teve doença sexualmente transmissível (doença venérea)?

1. Sim

2. Não **Passe para a questão 4F**

9. Não sabe

DST

3F. Caso o parceiro já tenha lhe dito, qual o nome da (s) doença(s)?

88. Não se aplica

99. Não sabe

NOMEDST

4F. Algum dos parceiros sexuais masculinos já lhe disse ser HIV positivo ou ter AIDS?

1. Sim

2. Não

9. Não sabe

HIV

5F. A sra. já foi chamada por algum serviço de saúde por ter tido relação sexual com alguma pessoa com doença sexualmente transmissível?

1. Sim

2. Não **Passe para a questão 7F**

9. Não sabe

SSDST

6F. Caso tenha sido chamada, qual o nome da (s) doença(s)?

88. Não se aplica

99. Não sabe

NOMESSDST

7F. No ano anterior a essa gravidez, a sra. estava usando algum método contraceptivo?

1. Sim

2. Não **Passe para a questão 1G**

9. Não sabe

METODO

8F. Caso sim, qual o método contraceptivo que a sra. estava usando (pode marcar mais de uma opção)?

1. Camisinha somente

2. Camisinha/ espermicida

3. Diafragma somente

4. Diafragma/ Espermicida

5. Espermicida somente

6. Esponja

7. DIU
 8. Pílulas orais
 9. Tabelinha/ritmo (calendário, temperatura)
 10. Coito interrompido
 11. Ducha vaginal
 12. Injetáveis
 13. Outros
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

QUALMETODO

BLOCO G – CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO ATUAL, DO PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO

Pergunte se a gestante dispõe do cartão da gestante e se está de posse do mesmo. Confirme as respostas no cartão

1G. A sra tem cartão da gestante?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica – não fez pré-natal
 9. Não sabe

CARTAOP

2G. Qual a data da sua última menstruação

(DD/MM/AAAA)?

__/__/____

99999999. Não sabe

DUMP

□□□□□□□□

3G. Caso não saiba o dia, informar o mês e o ano(MM/AAAA)?

888888. Não se aplica
 999999. Não sabe

MESANOUMP

□□□□□□

4G. Qual o seu peso antes de engravidar? ____ , __ kg

9999. Não sabe

PESOANTESP

□□□□

5G. Qual a sua altura antes de engravidar? ____ , _ cm

9999. Não sabe

ALTURAANTP

□□□□

6G. A sra está fazendo pré-natal?

1. Sim
 2. Não **Passa para a questão 11G**
 9. Não sabe

PNP

7G. Qual a data da primeira consulta pré-natal

(DD/MM/AAAA)? __/__/____

88888888. Não se aplica
 99999999. Não sabe

DT1CPNP

□□□□□□□□

8G. Em que mês de gravidez a sra. iniciou as consultas de pré-natal? __

88. Não se aplica
 99. Não sabe

MES1CPNP

9G. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 1º trimestre de gestação? _ _		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica	QTCPN1TP	<input type="checkbox"/>
99. <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/>
10G. Onde a sra. está realizando o pré-natal nesta gestação?		
1. <input type="checkbox"/> SUS (posto de saúde, hospital universitário)	LOCALPN	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> Plano de Saúde		
3. <input type="checkbox"/> Particular		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		
11G. A sra. tem hipertensão (pressão alta) fora da gestação diagnosticada por médico ou enfermeiro?		
1. <input type="checkbox"/> Sim	HIPERTF	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		
12G. A sra. tem hipertensão (pressão alta) na gestação atual?		
1. <input type="checkbox"/> Sim	HIPERTG	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		
13G. A mãe da sra. tem hipertensão crônica (pressão alta)?		
1. <input type="checkbox"/> Sim	HIPERTM	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		
14G. A mãe da sra. teve hipertensão (pressão alta) na gestação?		
1. <input type="checkbox"/> Sim	HIPERTMG	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		
15G. O pai da sra. tem hipertensão crônica (pressão alta)?		
1. <input type="checkbox"/> Sim	HIPERTP	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		
16G. O(s) irmão(s) da sra. tem hipertensão crônica (pressão alta)?		
1. <input type="checkbox"/> Sim	HIPERTH	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		
17G. Caso sim, quantos irmãos têm hipertensão crônica (pressão alta)? _____ irmãos		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica	HIPERTHQ	<input type="checkbox"/>
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		
		<input type="checkbox"/>

18G. A(s) sua(s) irmãs tiveram hipertensão (pressão alta) na gestação?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

HIPERTIG

19G. Caso sim, quantas irmãs tiveram hipertensão (pressão alta) na gestação?

- ____ irmãs
8. Não se aplica
9. Não sabe

HIPERTIGQ

BLOCO H – EXPOSIÇÃO A METAIS

1H. Alguém que vive na sua casa trabalha em fábrica de tintas, adubos, vidros, cerâmica, plástico, conserto de baterias ou galvanoplastia (revestimento de metais)?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

FABTINTA

2H. Tem alguma fábrica ou indústria perto da casa da sra.?

1. Sim
2. Não **Passa para a questão 4H**
9. Não sabe

FABRICA

3H. Caso sim, qual é a distância da fábrica para a casa da sra.? (estimativa por quarteirões) _ _

00. No mesmo quarteirão
88. Não se aplica
99. Não sabe

DISTFABRICA

4H. A sra. reformou ou pintou a sua casa recentemente?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

PINTOUCASA

5H. A sra. tem alguma atividade de lazer/hobby como pintura, cerâmica, pesca ou tiro com arma de fogo?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

LAZER

6H. A sra. come peixe, marisco ou camarão?

1. Sim
2. Não **Passa para a questão 8H**
9. Não sabe

PEIXE

7H.Caso sim, qual é a freqüência?

1. Uma vez na semana
2. Mais de uma vez na semana
3. Uma vez ao mês
4. 2 a 3 vezes ao mês
5. Diariamente
8. Não se aplica
9. Não sabe

FREQPEIXE

8H.A sra. consumiu peixe, camarão ou marisco nos últimos 2 dias?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

PEIXE2D

9H.A sra. toma remédios, chás, energéticos, vitaminas?

1. Sim
2. Não **Passe para a questão 25H**
9. Não sabe

REM

Caso tome, qual o nome do remédio e qual o mês de início e de término? Se continua usando, anotar que está em uso?

10H.Remédio

88. Não se aplica
99. Não sabe

REM1

11H. Mês de início_

00. Usa desde antes da gravidez
88. Não se aplica
99. Não sabe

IREM1

12H. Mês de término _

10. Ainda usa
88. Não se aplica
99. Não sabe

TREM1

13H.Remédio

88. Não se aplica
99. Não sabe

REM2

14H. Mês de Início _
 00. Usa desde antes da gravidez
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

IREM2

□□

15H. Mês de término _
 10. Ainda usa
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

TREM2

□□

 16H. Remédio

 88. Não se aplica
 99. Não sabe

□□

REM3

17H. Mês de Início _
 00. Usa desde antes da gravidez
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

IREM3

□□

18H. Mês de término _
 10. Ainda usa
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

TREM3

□□

 19H. Remédio

 88. Não se aplica
 99. Não sabe

□□

REM4

20H. Mês de Início _
 00. Usa desde antes da gravidez
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

IREM4

□□

21H. Mês de término _
 10. Ainda usa
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

TREM4

□□

 22H. Remédio

 88. Não se aplica
 99. Não sabe

□□

REM5

23H. Mês de Início _
 00. Usa desde antes da gravidez
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

IREM5

□□

24H. Mês de término _

10. Ainda usa

88. Não se aplica

99. Não sabe

TREM5

25H. A sra. masca chicletes?

1. Sim

2. Não **Passe para a questão 27H**

9. Não sabe

CHICLETE

26H. Caso sim, com que frequência?

1. Diariamente

2. Ocasionalmente

8. Não se aplica

9. Não sabe

FREQCHIC

27H. A sra. tem dentes com restaurações (obturações) de metal (amálgama)?

1. Sim

2. Não **Passe para a questão 29H**

9. Não sabe

RESTAURA

28H. Caso sim, há quanto tempo? __ anos

88. Não se aplica

99. Não sabe

TRESTAURA

29H. A sra. usa tintura de cabelo?

1. Sim

2. Não **Passe para a questão 31H**

9. Não sabe

TINTURA

30H. Caso sim, com que frequência?

1. Diariamente

2. Ocasionalmente

8. Não se aplica

9. Não sabe

FREQTINT

31H. A sra. tem horta em casa?

1. Sim

2. Não **Passe para o BLOCO L**

9. Não sabe

HORTA

32H. Caso sim, a sra. come as verduras da sua horta?

1. Sim

2. Não

8. Não se aplica

9. Não sabe

COMEVERD

33H. Qual a água que a sra. usa para irrigar a sua horta?

1. Água da torneira
2. Água do poço
3. Outra: _____
8. Não se aplica
9. Não sabe

AGUAHORTA

BLOCO I – SAÚDE BUCAL

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre sua saúde bucal (condições de seus dentes e gengivas) e sobre a utilização de serviços de odontologia.

1I. Tente se lembrar como era a sua saúde bucal antes da gravidez. Antes desta gravidez, como a sra. considerava a sua saúde bucal:

1. Excelente
2. Muito boa
3. Boa
4. Razoável
5. Ruim
9. Não sabe

SBUCAL

2I. Desde que começou esta gravidez, a sra. percebeu alguma mudança na condição de suas gengivas (ficaram inflamadas (inchadas) ou passaram a sangrar durante a escovação ou mesmo sem tocar nelas)?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

GENGIVA

3I. Desde que começou esta gravidez a sra. percebeu alguma mudança na condição de seus dentes (apareceram novas cáries nos dentes ou as cáries antigas ficaram piores)?

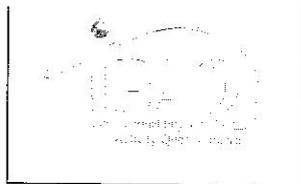
1. Sim
2. Não
9. Não sabe

DENTE

4I. Antes dessa gestação, algum dentista alguma vez disse que a sra. precisaria fazer tratamento para a gengiva?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

DENTISTA



BLOCO J – QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ-versão curta)

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gastou fazendo atividade física na **ÚLTIMA SEMANA**. As perguntas incluem as atividades que você fez no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder às questões lembre que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS OU PESADAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder às perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez:

- 1J. Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por **pelo menos 10 minutos contínuos** em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?
0. Nenhum _____ dias por **SEMANA** IPAQ1
- 2J. Nos dias em que você caminhou por **pelo menos 10 minutos contínuos**, quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?
Horas __ Minutos __ IPAQ2
- 3J. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)?
0. Nenhum _____ dias por **SEMANA** IPAQ3
- 4J. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por **pelo menos 10 minutos contínuos**, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?
Horas __ Minutos __ IPAQ4
- 5J. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS OU PESADAS** por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cuidar do jardim, carregar pesos pesados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração)?
0. Nenhum _____ dias por **SEMANA** IPAQ5
- 6J. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas ou pesadas por **pelo menos 10 minutos contínuos**, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?
Horas __ Minutos __ IPAQ6

BLOCO K – ESCORE DE BLOCK (GORDURAS)

Pense agora a respeito dos seus hábitos alimentares no último ano. Aproximadamente, com que frequência você consome cada um dos alimentos abaixo. (Se não consumir, marcar a primeira opção).

Alimentos	1 vez ou menos ao mês	2 a 3 vezes ao mês	1 a 2 vezes por semana	3 a 4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana		
1K. Hambúrguer, cheeseburger ou bauru	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG1	<input type="checkbox"/>
2K. Bife ou carne assada	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG2	<input type="checkbox"/>
3K. Frango frito	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG3	<input type="checkbox"/>
4K. Salsicha, cachorro quente, salame	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG4	<input type="checkbox"/>
5K. Presunto, mortadela e embutidos	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG5	<input type="checkbox"/>
6K. Maionese comum	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG6	<input type="checkbox"/>
7K. Margarina ou Manteiga	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG7	<input type="checkbox"/>
8K. Ovos	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG8	<input type="checkbox"/>
9K. Bacon ou linguiça	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG9	<input type="checkbox"/>
10K. Queijos e requeijão	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG10	<input type="checkbox"/>
11K. Leite integral	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG11	<input type="checkbox"/>
12K. Batata frita	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG12	<input type="checkbox"/>
13K. Salgadinhos de pacote, pipoca	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG13	<input type="checkbox"/>
14K. Sorvetes	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG14	<input type="checkbox"/>
15K. Bolachas, doces de padaria, bolos, pastéis, massas folhadas	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG15	<input type="checkbox"/>

BLOCO J – EXAME CLÍNICO

1J. Peso (medido): _ _ _ , _ Kg		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	PESO	
2J. Percentual de gordura corporal: _ _ . _ %		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	PGORDURA	
3J. Altura (medida): _ _ _ , _ cm		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	ALTURA	
4J. Pressão arterial sistólica 1 ^a . medida: _ _ _ mmHg		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	PAS1	
5J. Pressão arterial sistólica 2 ^a . medida: _ _ _ mmHg		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	PAS2	
6J. Pressão arterial diastólica 1 ^a . medida: _ _ _ mmHg		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	PAD1	
7J. Pressão arterial diastólica 2 ^a . medida: _ _ _ mmHg		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	PAD2	
8J. Pulso: _ _ _ batimentos por minuto		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	PULSO	

MATERIAL BIOLÓGICO E EXAMES DA GESTANTE

9J. Foi feita coleta de sangue?		<input type="checkbox"/>
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
	SANGUE	
10J. Foi feita coleta de urina?		<input type="checkbox"/>
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
	URINA	
11J. Foi feita coleta de secreção vaginal?		<input type="checkbox"/>
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
	SECVAG	
12J. Foi feito exame odontológico?		<input type="checkbox"/>
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
	ODONTO	
13J. Foi feita ultrassonografia?		<input type="checkbox"/>
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
	USGP	

ANEXO

ANEXO A – Parecer Consubstanciado



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº223/2009

Pesquisador (a) Responsável: Antônio Augusto Moura da Silva

Equipe executora: Antônio Augusto Moura da Silva, marco Antonio Barbieri, Heloisa Bettiol, Fernando Lamy Filho, Liberata Campos Coimbra, Maria Teresa Seabra S.B. e Alves, Raimundo Antonio da Silva, Valdinar Sousa Ribeiro, Vania Maria de Farias Aragão, Wellington da Silva Mendes, Zeni Carvalho Lamy, Mari Ada Conceição Saraiva, Alcione Miranda dos Santos, Arlene de Jesus Mendes Caldas, Cecília Cláudia Costa Ribeiro, Silma Regina P. Martins, Flávia Raquel F. Nascimento, Marília da Glória Martins, Virginia P.L. Ferriani, Marisa Márcia M. Pinhata, Jacqueline P. Monteiro José S. Camelo Junior, Carlos Eduardo, Martinelli Júnior, Sonir Roberto R. Antonini e Aparecida Yulie Yamamoto

Tipo de Pesquisa: Projeto Temático

Registro do CEP: 350/08 Processo 4771/2008-30

Instituição onde será desenvolvido: Hospital Universitário, Maternidade Marly Sarney, Clínica São Marcos, Maternidade Benedito Leite, Maternidade Maria do Amparo, Santa Casa de Misericórdia do Maranhão, Maternidade Nazira Assub, Clínica São José e Clínica Luiza Coelho.

Grupo: III

Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia 20.03.08 o processo Nº. 4771/2008-30, referente ao projeto de pesquisa: **"Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e conseqüências dos fatores perinatais na saúde de criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras"**, tendo como pesquisadora responsável Antônio Augusto Moura da Silva, cujo objetivo geral é **"Investigar novos fatores na etiologia da prematuridade, utilizando-se abordagem integrada e colaborativa em duas cidades brasileiras numa coorte de conveniência, iniciada no pré-natal"**.

Tendo apresentado pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luís – Maranhão Tel: (98) 2109-1250
E-mail cep@huufma.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Solicita-se à pesquisadora o envio a este CEP, relatório parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

São Luis, 08 de abril de 2009.


Prof. Dr. João Inácio Lima de Souza

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Hospital Universitário da UFMA

Ethica homini habitat est

