

Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde

Violence against women: a study in a primary healthcare unit

Lilia Blima Schraiber^a, Ana Flávia PL d'Oliveira^b, Ivan França-Junior^c e Adriana A Pinho^c

^aDepartamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. ^bCentro de Saúde-Escola Samuel B. Pessoa. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, SP, Brasil. ^cDepartamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Descritores

Violência doméstica. Saúde da mulher. Mulheres maltratadas. Serviços de saúde da mulher.

Resumo

Objetivo

É escasso o conhecimento sobre a ocorrência de violência contra a mulher no contexto brasileiro. A questão raramente aparece nos diagnósticos e nas condutas realizados nos serviços de saúde, apesar da magnitude e das importantes repercussões dessa forma de violência nas condições de saúde da população. Buscou-se encontrar casos de violência contra a mulher, identificando a natureza do ato perpetrado, a qualidade/gravidade da violência e a relação do(a) agressor(a) com a mulher.

Métodos

O estudo foi realizado no Município de São Paulo, entre usuárias de uma unidade básica de saúde, durante dois meses, em 1998. A busca ativa de casos de violência e sua frequência foi realizada mediante entrevista padronizada, aplicada a todas as mulheres de 15 a 49 anos que foram atendidas no período da pesquisa. Foram entrevistadas 322 mulheres.

Resultados

Ao todo, 143 usuárias (44,4%; IC95%=38,9-49,8%) relataram pelo menos um episódio de violência física na vida adulta, sendo que, em 110 casos, o ato de violência partiu de companheiros ou familiares (34,1%; IC95%=28,9-39,3%). Relataram a ocorrência de pelo menos um episódio de violência sexual na vida adulta 37 mulheres (11,5%; IC95%=8,0-14,9%); em 23 casos, os autores da ação eram companheiros ou familiares (7,1%; IC95%=4,3-9,9%).

Conclusões

Assim como já demonstrado em outros países, a violência física e sexual teve alta magnitude entre as mulheres usuárias dos serviços básicos de saúde. Os companheiros e familiares são os principais perpetradores, e os casos são, em sua maioria, severos e repetitivos.

Keywords

Domestic violence. Women's health. Battered women. Women's health services.

Abstract

Objectives

There is scarce information on violence against women in the Brazilian society. This fact is rarely reported in medical records as part of the diagnosis and case management, despite evidence showing the significant impact of violence on the population's health. The study aim was to estimate the occurrence of violence against

Correspondência para/Correspondence to:

Lilia Blima Schraiber
Departamento de Medicina Preventiva
Faculdade de Medicina da USP
Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar, Cerqueira César
01246-903 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: liliabli@usp.br

Pesquisa financiada pela Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq - Processo n 523348/96-7). Recebido em 3/12/2001. Reformulado em 30/4/2002. Aprovado em 6/5/2002.

women, and to determine the nature and magnitude of the violent action and the relationship between women and her aggressors.

Methods

The study was conducted among women seen in a primary care unit of the city of São Paulo, Brazil, in a two-month period in 1998. The occurrence of violence cases was ascertained using standardized interviews to all women aged 15 to 49 years who sought health care during the study. Three-hundred and twenty-two women were interviewed.

Results

Of the participants, 143 (44.4%; IC95%=38.9-49.8%) reported at least one episode of physical violence in their adult life, 110 of those perpetrated by their partners or family members (34.1%; IC95%=28.9-39.3%). Thirty-seven women (11.5%; IC95%=8.0-14.9%) reported at least one episode of sexual violence in their adult life, 23 of those perpetrated by their partners or family members (7.1%; IC95%=4.3-9.9%).

Conclusions

As reported in other countries, physical and sexual violence is highly frequent among women seen in primary care services. In most cases their partners and family members are the perpetrators and the episodes are mostly serious and recurrent.

INTRODUÇÃO

Desde o início da década de 70, a violência contra a mulher tem recebido crescente atenção e mobilização. O problema inclui diferentes manifestações, como: assassinatos, estupros, agressões físicas e sexuais, abusos emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial, por causa de dote ou por opção sexual. A violência pode ser cometida por diversos perpetradores: parceiros, familiares, conhecidos, estranhos ou agentes do Estado.^{2,3,7,8}

No Brasil, nos últimos 20 anos, foram criados serviços voltados para a questão, como as delegacias de defesa da mulher, as casas-abrigo e os centros de referência multiprofissionais que têm enfocado, principalmente, a violência física e sexual cometida por parceiros e ex-parceiros sexuais da mulher. Na última década, foram criados os serviços de atenção à violência sexual para a prevenção e profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis (DST), de gravidez indesejada e para realização de aborto legal, quando for o caso.

Estudos populacionais e em serviços indicam maior risco de agressão às mulheres por parte de pessoas próximas, como parceiros e familiares, do que por estranhos.^{8,18} A violência física na vida adulta vinda de um parceiro, por exemplo, que é a situação melhor estudada, atinge cerca de 20% a 50% das mulheres ao redor do mundo ao menos uma vez na vida.⁹ No Brasil, os estudos de casos são, basicamente, os denunciados nas delegacias de defesa da mulher. Apresentam também um padrão centrado na violência doméstica, sendo o parceiro ou ex-parceiro o agressor

em aproximadamente 77,6% dos casos registrados.¹⁶ Os únicos dados populacionais colhidos no País a que se teve acesso, desenhados para averiguar vitimização, mostram, em geral, o mesmo padrão.⁶ Mais recentemente, a partir da década de 90, essa forma de violência vem sendo concebida como baseada nas relações de gênero e, também, como uma questão de saúde e de direitos humanos.⁸

Muito freqüentemente, o problema traduz-se em diversas repercussões para a saúde das mulheres e sua qualidade de vida. A violência conjugal e o estupro têm sido associados a maiores índices de suicídio, abuso de drogas e álcool, queixas vagas, cefaléia, distúrbios gastrointestinais e sofrimento psíquico em geral. Em relação à saúde reprodutiva, a violência contra a mulher tem sido associada às dores pélvicas crônicas, às doenças sexualmente transmissíveis, como a síndrome da imunodeficiência humana adquirida (Aids), além de doenças pélvicas inflamatórias e gravidez indesejada.^{3,7,8,11}

Os episódios de violência são repetitivos e tendem a se tornar progressivamente mais graves.^{2,9} Os estudos apontam também para uso mais intenso dos serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, delirando-se, assim, uma clientela expressiva.^{10,11} Apesar disto, a violência nas relações de gênero não é reconhecida nos diagnósticos realizados nos serviços de saúde, sendo problema de extrema dificuldade para ser abordado.^{14,17}

Estudos internacionais mostram altas prevalências do problema nos serviços de saúde. Pesquisa em atenção primária apresenta uma frequência de 21,4% das

mulheres relatando violência doméstica a partir dos 18 anos.¹¹ Já em serviços de emergência, as ocorrências encontradas variam de 22% a 35% durante a vida da mulher.¹

Os serviços básicos de saúde são importantes na detecção do problema, porque têm, em tese, uma grande cobertura e contato com as mulheres, podendo reconhecer e acolher o caso antes de incidentes mais graves.

Nesse sentido, realizou-se um conjunto de investigações que teve como objetivos gerais identificar as necessidades de saúde emergentes em situações de violência conexas às relações de gênero e conhecer as possibilidades de atendimento em serviços de atenção primária à saúde, abordando a relação usuária-serviço no interior de tecnologias assistenciais como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

O presente artigo analisa parte dos resultados de estudos referentes à frequência de casos de violência dentre usuárias de um centro de saúde da rede pública, identificando a natureza do ato perpetrado, a qualidade/gravidade da violência e a relação da mulher com o agressor.

MÉTODOS

A investigação situou-se na região do Butantã, Município de São Paulo, em um centro de saúde-escola. O tamanho mínimo da amostra foi calculado em 258 mulheres, levando-se em consideração uma prevalência de 21,4% de violência doméstica encontrada por McCauley et al¹¹ (1995) em serviço similar e suficiente para detectar uma variação de 5% com nível de confiança em 95%. Uma parcela adicional de mulheres (28%) foi abordada para eventuais perdas amostrais. Foram entrevistadas todas as mulheres que procuraram o serviço e foram atendidas no pronto-atendimento médico ou em consultas de enfermagem, que são as duas portas de entrada para atendimentos ao adulto, até completar o tamanho da amostra. A coleta de dados foi realizada no ano de 1998, nos meses de junho e agosto.

A entrevista foi inspirada no modelo americano *do Abuse Assessment Screening*.¹² Esse instrumento, criado para ser utilizado em serviços de saúde, foi traduzido e adaptado à cultura nacional e local, pré-testado e aplicado em usuárias do serviço, de preferência enquanto aguardavam suas consultas. Ele foi composto por cinco partes: dados sociais e demográficos; situação familiar e reprodutiva; dados específicos sobre episódios de violência; questões abertas sobre

representações sociais acerca de violência, sobre a autopercepção do episódio vivido e um mapa corporal, que permitia a localização da região do corpo agredida, quando fosse o caso. Os episódios de violência foram questionados pela nomeação de atos específicos, como tapas, empurrões e chutes. A palavra violência foi usada apenas no fim da entrevista, para apreender o quanto a entrevistada também considerava violência os comportamentos classificados pelos pesquisadores como violentos. As entrevistas foram realizadas por pesquisadoras treinadas e com experiência em atendimento de casos de violência, em sala com condições de privacidade e sempre sem acompanhantes.

Os atos de violência física foram classificados conforme sua gravidade segundo estudo da OMS/OPS:¹³

- *ato moderado*: ameaças, desde que não relativas a abuso sexual e sem uso de armas; agressões contra animais ou objetos pessoais e violência física na forma de empurrões, tapas, beliscões, sem uso de quaisquer instrumentos perfurantes, cortantes ou que gerem contusões;
- *ato severo*: agressões físicas com lesões temporárias; ameaças com uso de arma, agressões físicas com cicatrizes, lesões permanentes, queimaduras e uso de arma.

Inicialmente foi pesquisada a situação de violência contra mulheres em geral, delimitada como atos de ameaça ou agressão física e sexual. A violência doméstica foi delimitada como atos realizados por familiares, companheiros ou ex-companheiros que conviviam ou não no mesmo domicílio, sendo a violência perpetrada ou não nesse local. Foram considerados os atos de agressão física direta às mulheres, de ameaça à integridade física e/ou atos de agressão física a objetos ou animais pertencentes às mulheres, além dos atos de ameaça ou perpetração de abuso sexual.

Para sua identificação, os agressores foram classificados segundo a proximidade familiar: companheiro (marido ou companheiro ou ex-marido/ex-companheiro, namorado ou ex-namorado), familiares (filhos, mães, pais, tios, primos ou outro familiar), conhecidos (amigos, vizinhos, colegas de trabalho, patrões, colegas de escola e outros) e estranhos. As agressões do tipo “múltiplos agressores” foram agrupadas para ressaltar a proximidade familiar, pois é desse aspecto que trata o conceito de violência doméstica. Assim, toda vez que uma mulher foi agredida por companheiro e também por um familiar ou mesmo um estranho, o dado encontra-se agrupado como companheiro, o mesmo ocorrendo relativamente a familiar e conhecido, nessa ordem de importância.

Salienta-se que a ética da pesquisa, de crucial importância no presente estudo, considerou quatro planos de atuação: (a) consentimento informado elaborado com termos e linguagem especiais para abordar as usuárias com propriedade diante desse tema difícil e complexo; (b) explicitação à entrevistada sobre seu direito de interromper a entrevista a qualquer momento, sendo alertada, em especial, acerca do momento em que a entrevista iniciaria as questões específicas sobre violência; (c) garantias prévias de suportes assistenciais aos casos identificados que solicitassem alguma forma de assistência; (d) garantias de suportes de natureza psicológica e ética aos pesquisadores de campo, tanto com referência a seu treinamento específico quanto de supervisão na aplicação das entrevistas. Para isso, foi adotada uma forma de supervisão que combinou o monitoramento da técnica da coleta dos dados com a supervisão psicoemocional dos entrevistadores.

RESULTADOS

Ao todo, foram abordadas 330 mulheres que procuraram o atendimento no CSEB no período de coleta de dados. Destas, quatro recusaram-se a participar da pesquisa, duas desistiram no meio da entrevista, e duas foram excluídas por posterior verificação de erro na idade. Portanto, a amostra final foi constituída por 322 entrevistadas. Nenhuma mulher encontrava-se em situação de sofrimento agudo de saúde que impossibilitasse o convite para participação na pesquisa.

A maioria das mulheres entrevistadas tinha entre 15 e 24 anos (47,2%), considerava-se de cor branca (47,8%) e morava com o companheiro na época da pesquisa (59,0%). Quanto ao nível de instrução, 5,6% das mulheres eram analfabetas; 32,3% tinham até quatro anos de estudo (primário incompleto); 33,8% até oito anos (primário completo); 19,6% tinham até o colegial completo; e 8,7% tinham 12 anos ou mais de estudo.

A idade média das mulheres entrevistadas foi de 28,0 anos (mediana = 25,4 anos), sendo a idade mais freqüente a de 18,5 anos. A maioria das mulheres era procedente da região Sudeste (50,6%) – 136 nascidas no Estado de São Paulo (42,2% da amostra) –, seguida da região Nordeste (45,4%), sendo que 64,6% das mulheres eram provenientes da zona urbana, e 34,8%, da zona rural.

Quanto à ocupação das mulheres, 36,0% declararam-se do lar, enquanto 41,9% estavam empregadas em trabalho regular (16,1% como empregadas domésticas), e 4,3%, em trabalho não regular. Declara-

ram-se estudantes 4,3%, e 13,0% estavam desempregadas na época da pesquisa. Quanto ao local de habitação, 44,4% das entrevistadas declararam morar em favelas.

Em relação à situação reprodutiva das entrevistadas, destaca-se que 14,3% tiveram sua primeira relação sexual entre 10 e 14 anos; 52,2%, entre 15 e 18 anos; e 30,0%, acima dos 19 anos. Das 198 mulheres (61,5%) que possuíam filhos, 72,2% apresentavam até dois filhos; 19,2% tinham até quatro filhos; e 8,6% tinham cinco filhos ou mais. Na época da pesquisa, 24,6% das entrevistadas estavam grávidas, e 24,0% não faziam nenhum tipo de contracepção.

Quando perguntadas sobre a ocorrência de maus-tratos, humilhação ou agressão por alguém próximo, pelo menos alguma vez durante sua vida, 179 mulheres (55,6%; IC95%=50,1-61,0%) responderam que já sofreram essa ocorrência, sendo que, em 65 casos (36,3%), o perpetrador identificado foi o atual ou ex-companheiro, com igual número para familiares; 42 casos identificaram conhecidos não-familiares como perpetradores, e quatro casos (2,2%), estranhos. Foram por múltiplos perpetradores 34 casos de maus-tratos (19,0%).

Quanto à ocorrência de atos de agressão física sofrida durante a vida adulta (acima de 15 anos), 143 usuárias (44,4%; IC95%=38,9-49,8%) responderam já ter sofrido pelo menos um episódio na vida. A Figura 1 apresenta a ocorrência de violência física sofrida pelo menos uma vez na vida, segundo o agressor e a severidade da agressão.

Observa-se que o agressor mais identificado pelas mulheres entrevistadas foi o companheiro, seguido pelo familiar. Os casos de agressão física perpetrada pelo companheiro foram na maioria (78,0%) agressões severas. Não houve registro de agressão física por filhos. Em 20 casos de violência física, houve múltiplos agressores. Excluindo-se os casos per-

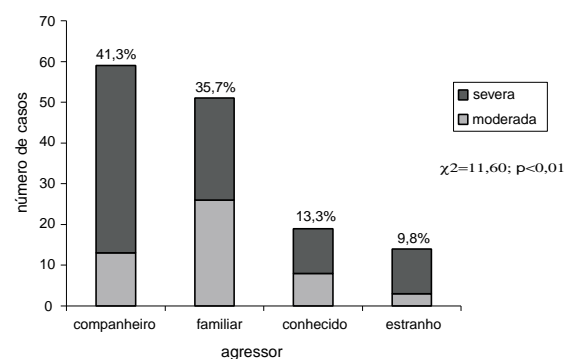


Figura 1 - Ocorrência de violência física alguma vez na vida segundo agressor e severidade (n=143 mulheres).

petrados por conhecidos não-familiares e estranhos, pois estes não fazem parte da noção de violência doméstica, observa-se que 110 mulheres (34,1%; IC95% =28,9-39,3%) relataram episódios de violência física doméstica na vida adulta. Entre elas, 59 declararam violência conjugal, ou seja, cometida por parceiro ou ex-parceiro (18,3%; IC95%=14,1-22,5%).

Ao investigar a freqüência de episódios por agressor (Figura 2), observa-se que os casos de violência doméstica são mais repetitivos que aqueles perpetrados por conhecidos e estranhos, os quais são, em sua maioria, limitados a um único episódio.

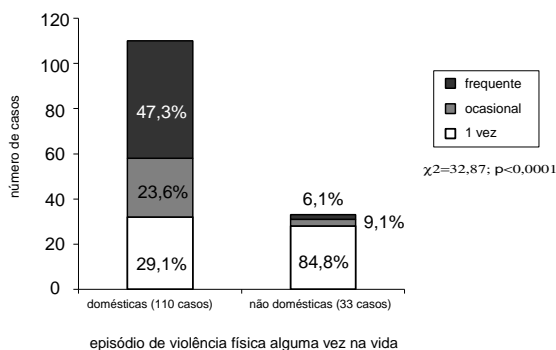


Figura 2 - Freqüência dos episódios de violência física doméstica e não doméstica sofrida pelo menos uma vez na vida.

As regiões do corpo mais atingidas pelas agressões foram: face (28,0%); cabeça e pescoço (26,6%); seguidos pelos membros superiores anteriores (25,2%); membros inferiores anteriores (16,8%); costas (16,8%); barriga (14,0%); tronco (8,4%); membros superiores posteriores (8,4%); seios (8,4%); nádegas (6,3%); e outras regiões (9,8%).

Relataram casos de agressão física no último ano 49 usuárias (15,2%; IC95%=11,3-19,1%). Em 31 casos (63,3%), as agressões foram consideradas severas, e, em 18 casos (36,7%), foram classificadas como moderadas. O agressor mais identificado nesse caso foi o familiar, com 22 casos (44,9%). O companheiro atual ou anterior foi o agressor em 18 casos relatados (36,7%). Foram perpetrados por conhecidos não-familiares seis casos (12,2%), e três (6,1%), por estranhos. Somando-se os casos perpetrados pelo companheiro ou familiares, observa-se uma prevalência de 12,4% (IC95%=8,8-16,0%) de violência doméstica no último ano entre as mulheres entrevistadas (40 casos).

Ressalte-se, também, que, das 75 mulheres gestantes entrevistadas, 16 sofreram violência física no ano anterior à pesquisa (21,3%), e que, das nove

mulheres que relataram casos de agressão física no último mês, cinco estavam grávidas, e todas sofreram agressões na barriga.

Perguntadas sobre a ocorrência de violência sexual em sua vida adulta, 37 mulheres (11,5%; IC95%=8,0-14,9%) relataram ter sido vítimas de tal agressão. Em sua maioria, os agressores foram seus companheiros (54%), sendo 13 ex-parceiros. Em seis casos, os parceiros atuais foram os agressores. Em oito casos, o abuso foi cometido por estranhos (22,0%), em seis, por conhecidos (16%), e, em três, por algum familiar (8,0%). Sofreram agressão sexual qualificada como doméstica 23 mulheres (7,1%; IC95%=4,3-9,9%). Em relação à freqüência dos episódios, 92,9% foram episódios únicos, quando o agressor era conhecido ou estranho. Nos casos de violência sexual doméstica, 34,8% dos casos ocorreram uma única vez, e, em 43,5% dos casos, a agressão foi cometida pelo menos cinco vezes. Relataram casos de violência sexual no ano anterior à pesquisa nove mulheres (2,8%; IC95%=0,9-4,6%). O agressor mais identificado foi o companheiro, com seis casos relatados.

Há ocorrência de superposição entre casos de violência física e sexual, doméstica e não-doméstica. Ou seja, entre mulheres que relataram casos de violência física, também há relatos de episódios de violência sexual e vice-versa (Figura 3). O grau de superposição parece depender da domesticidade do caso. Observa-se, na Figura 3, que a maioria dos casos de violência sexual não-doméstica não relatou violência física. Já para os casos de violência sexual doméstica, a maioria das mulheres declarou também violência física. A agressão física, entretanto, é mais freqüente que a sexual para os dois tipos de agressores. Vale dizer que 11 mulheres sofreram agressão física por múltiplos agressores, caracterizados como domésticos e não-domésticos. Porém, para a contabilização dos casos, essas situações de violência que superpõem ambas as modalidades, doméstica e não-doméstica, foram classificadas apenas como domésticas, segundo a ordem de importância ora atribuída e já relatada na metodologia.

Também foi perguntado a todas as mulheres se elas tinham medo de alguém próximo e se consideravam já haver sofrido alguma violência. Relataram ter medo de alguém próximo a elas 64 mulheres (19,9%). Entre as mulheres que relataram violência doméstica física ou sexual pelo menos uma vez na vida, 28% referiram ter medo de alguém próximo. Entre aquelas que não relataram violência doméstica, apenas 15% referiram o mesmo ($\chi^2=6,87$; $p<0,01$).

Consideraram ter sofrido atos de violência 87

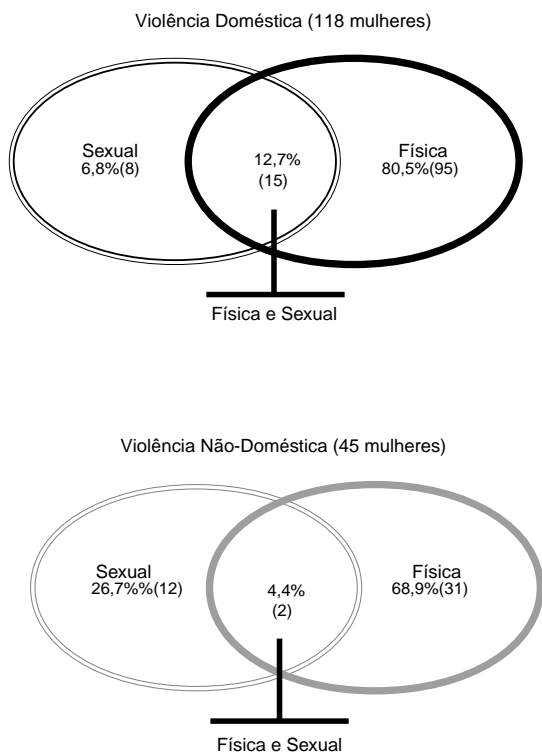


Figura 3 - Distribuição das mulheres que relataram episódio de violência doméstica e não doméstica, física ou sexual, alguma vez na vida (n=163 mulheres).

usuárias (27,0%). A Figura 4 apresenta a distribuição dessa resposta, segundo o relato ou não de violência doméstica física ou sexual sofrida alguma vez na vida. Dentre as mulheres que relataram atos considerados pela pesquisa como violência doméstica física ou sexual, 45,0% não consideraram ter sofrido atos de violência. Entretanto, 22 casos (11,0%) que não relataram violência doméstica física ou sexual referiram ter sofrido violência. Ao investigar esses casos, notou-se que seis sofreram violência física ou sexual não-doméstica, 11 sofreram maus tratos e humilhações, quatro foram vítimas de violência antes dos 15 anos. Uma mulher não relatou nenhum episódio de agressão na vida, mas considerou sofrimento e doença vividos como violência.

Finalmente, perguntou-se também se a entrevistada tinha contato com alguém que vinha sendo agredido. Cem mulheres (31,0%) responderam que sim, enquanto 222 (68,9%) não mencionaram nenhum contato. Segundo as entrevistadas, 37,0% das pessoas conhecidas que vinham sendo agredidas eram suas vizinhas; 32,0% eram suas amigas ou colegas de trabalho; 18% eram familiares; 8,0% tratavam-se de outros conhecidos não-familiares; 5,0% das mulheres relataram múltiplas pessoas agredidas. Ressalte-se que todas as pessoas agredidas eram mulheres. Quando perguntadas sobre quem eram os agressores, 80,0% eram os mari-

dos ou ex-companheiros das mulheres agredidas; 8,0% eram os pais; 3,0% eram os filhos; 2,0% as mães; 3,0% outros; e 5,0% eram múltiplos agressores.

DISCUSSÃO

Observa-se que a violência é uma realidade bastante comum entre as usuárias do serviço de saúde estudado. A ocorrência encontrada de violência doméstica física (34,1%) é ainda maior se for incluídos todos os casos de violência doméstica (física ou sexual), com 36,6% das mulheres relatando algum episódio (118 casos). Ou seja, uma em cada três usuárias dos serviços de saúde já viveu um episódio desse tipo na vida.

No Brasil, a única publicação sobre dados de violência entre usuárias de serviço de saúde traz um estudo em emergências hospitalares no Rio de Janeiro, caracterizando os casos atendidos e espontaneamente expressos como de violência doméstica ocorrida a partir dos 15 anos de idade (Deslandes et al,⁴ 2000). Foram encontrados 72 entre os 5.151 casos atendidos. Dentre estes, 69,4% foram cometidos por parceiros ou ex-parceiros, e o restante, por familiares. Os autores do estudo lembram que a ocorrência de casos deve estar bastante subestimada, já que a investigação não inquiriu as mulheres sobre a ocorrência do problema, mas limitou-se à sua expressão espontânea. Apesar da diferença metodológica, os dados do citado estudo hospitalar assemelham-se àqueles ora obtidos no presente trabalho no que diz respeito à importância do parceiro ou ex-parceiro como principal agressor das mulheres.

Entretanto, na amostra do presente estudo, os familiares pareceram ter uma importância maior na agressão física doméstica, chegando a ser agressores mais frequentes que os parceiros, no ano anterior à pesquisa. Entre os casos de violência sexual, os parceiros permanecem como os principais agressores das mulheres, seguido pelos estranhos, e, neste caso, os outros familiares perdem a importância, o que pode sig-

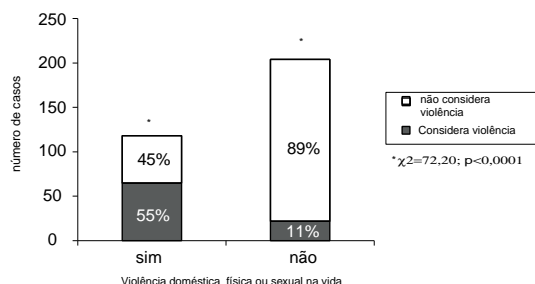


Figura 4 - Distribuição das mulheres que sofreram ou não violência doméstica física ou sexual segundo percepção de violência

nificar a especificidade da faixa etária delimitada neste trabalho (15 a 49 anos).

Chama a atenção que esse padrão difira do encontrado em delegacias de defesa da mulher que têm preponderância de parceiros como o principal agressor físico e do achado em serviços de violência sexual e aborto legal que, entre as adultas, atendem a uma maioria agredida por estranhos ou conhecidos.⁵ Essas diferenças podem ser explicadas pela população distinta dos estudos e pelo caso que especificamente se dirige a tais serviços. O dado apresentado neste estudo sugeriria, portanto, que os casos de agressão física por familiares e de agressão sexual por parceiros têm visibilidade ainda menor e recorrem menos aos serviços especializados, embora sejam declarados pelas usuárias quando inquiridas.

Além de freqüente, a violência encontrada é severa e repetitiva. Note-se que a gravidade maior das agressões está concentrada nos pólos 'parceiro' e 'estranho', sendo, em sua maioria, severas para todos os agressores, o que contraria o senso comum que banaliza as agressões domésticas como de menor importância. Lembrando que as agressões severas são aquelas que infligiram seqüelas temporárias ou permanentes ou, ainda, aquelas em que há ameaça ou uso de armas, percebe-se o potencial impacto direto e indireto para a saúde das envolvidas.

As agressões no âmbito doméstico são também muito mais repetitivas do que as cometidas por pessoas estranhas ou conhecidas da vítima, o que sugere um maior impacto sobre a saúde das mulheres submetidas a essas agressões, aumentando, assim, a responsabilidade dos serviços em sua detecção.

As regiões atingidas – especialmente, face, pescoço e braços – são compatíveis com o estudo brasileiro realizado em emergência⁴ e podem indicar, além de um comportamento de defesa com os braços, o caráter simbólico de humilhação e de agressão à dignidade da pessoa humana de que se revestem os atos de agressão à face.

Um outro achado que indica a alta freqüência do problema é o fato de que uma em cada cinco usuárias do serviço admitiu ter medo de alguém próximo a elas, e uma em três conhecia outras mulheres que viviam situações de violência doméstica. Também os relatos de casos sofridos por terceiras referem-se, quase exclusivamente, a agressões por parceiros.

Apesar disto, poucas são as mulheres que reconhecem o vivido como violência. Apenas 55% daquelas que relataram agressão física e/ou sexual perceberam

o vivido como violento. Isto ocorre, provavelmente, porque as mulheres não nomeiam a situação doméstica como violência, que é um termo, via de regra, reservado para expressar o que ocorre no espaço público, como a violência das grandes cidades. O termo também indica situação grave, o que, culturalmente, parece significar que a violência doméstica, embora concretamente severa, não é representada como tal. Esse achado confirma a opção feita de se abordar o assunto discriminando atos específicos de agressão, sem o uso da palavra violência. O significado da palavra, ao contrário de ações específicas, pode variar bastante: uma mulher que considerou ter vivido violência não havia sofrido tais atos, mas considerou doença e sofrimento uma forma de violência contra ela.

Merece registro o fato de ter sido encontrada uma parcela considerável de mulheres grávidas relatando agressão no ano anterior (21,3%), o que reforça a urgência de aumentar a possibilidade de revelação do problema igualmente na assistência pré-natal.

O presente estudo foi desenhado para fornecer dados pioneiros sobre a ocorrência de violência física e sexual entre usuárias da assistência primária à saúde e configura-se como pesquisa em serviços de saúde. Por isto, não está autorizada a generalização de suas conclusões para as mulheres em geral na população, nem mesmo para mulheres do mesmo estrato social. Além disso, o tamanho da amostra não permitiu investigar associações entre a ocorrência de violência e o perfil sociodemográfico e de saúde das mulheres, já que não havia sido desenhada para tal. Os dados apresentados mostram, entretanto, a dimensão do problema e a necessidade de novos estudos que aprofundem o conhecimento do tema para apoiar melhores estratégias de prevenção e assistência.

Organizações profissionais e organismos internacionais¹³ têm concentrado esforços no sentido de fomentar a pesquisa e estimular os serviços de saúde a ser mais sensíveis à violência doméstica que antecede demandas assistenciais. O presente estudo inscreve-se nesse movimento que visa a melhoria das práticas assistenciais em saúde, para sua maior efetividade e garantia dos direitos das mulheres.

AGRADECIMENTOS

A Andreia Felicíssimo, Diane Dede Cohen, Elaine Aparecida Oliveira, Heloísa Hanada, Milena Dayan, Silvia Salvan Strake, bolsistas e integrantes da Linha de Pesquisa Violência e Gênero nas Práticas de Saúde (Grupo CNPq-USP processo nº 0086), pelo trabalho na coleta de processamento dos dados e apoio psicológico às entrevistadas.

REFERÊNCIAS

1. American Medical Association. *Diagnostic and guidelines on domestic violence*. Chicago; 1992.
2. Barsted LL, Hermann J, coordenadores. *Instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos: os direitos das mulheres são direitos humanos*. Rio de Janeiro: CEPIA; 1999.
3. Crowell N, Burgess AW, editors. *Understanding violence against women: panel on research on violence against women*. Washington (DC): National Academy Press; 1996.
4. Deslandes SF, Gomes R, Furtado MF, da Silva P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* [periódico on-line] 2000;16(1). Disponível em URL:\www.fsp.usp.br/~rsp [2000 mar 23].
5. Ferreira JD. *Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas*. São Paulo (SP): Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil - Hospital Pérola Byngton; 2000.
6. Fundação IBGE. *Participação político-social: justiça e vitimização*. Rio de Janeiro (RJ); 1990.
7. Heise L. Violence against women-Global organizing for change. In: Edleson JL, Eisikovits ZC, editors. *Future interventions with battered women and their families*. Thousand Oaks: SAGE; 1996.
8. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Popul Rep* 1999;27(4):1-43.
9. Heise L, Pitanguy J, Germain A. *Violence against women. The hidden health burden*. Washington (DC): World Bank; 1994. (World Bank Discussion Papers, 255).
10. Koss MM, Koss PK, Woodnuff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Arch Intern Med* 1991;151:342-7.
11. Mccauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. The "Battering Syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med* 1995;123:737-46.
12. Norton LB, Peipert JF, Zierler S, Lima B, Hume L. Battering in pregnancy: na assessment of two screening methods. *Obstet Gynecol* 1995;85:321-5.
13. Organización Panamericana de La Salud. *Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario*. Washington (DC): Division de Salud Familiar y Reproductiva; Division de Salud y Desarrollo Humano; 1998.
14. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface Comunic Saúde Educ* 1999;3:11-27.
15. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. O Brasil no estudo multipaíses sobre saúde da mulher e violência doméstica e sexual contra a mulher: relatório preliminar. Brasília (DF): Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST e AIDS/UNESCO; 2000. [Contract n° 914/BRA/59].
16. Soares BS. *Mulheres invisíveis: violência conjugal e novas políticas de segurança*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999.
17. Sugg NK, Inui T. Primary care physician's response to domestic violence. *JAMA* 1992;267:3157-60.
18. Tjaden P, Thoennes N. *Prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the national violence against women survey: research brief*. Washington (DC): National Institute of Justice/ Centers for Disease Control and Prevention; 1998. [Report 93-IJ-CX-0012].