

Lilia Blima Schraiber¹Ana Flávia P L D'Oliveira¹Márcia Thereza Couto¹Heloisa Hanada^{II}Ligia B Kiss^{II}Julia G Durand^{II}Maria Inês Puccia^{III}Marta Campagnoni Andrade^{II}

Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo

Violence against women attending public health services in the metropolitan area of São Paulo, Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Estimar a prevalência de violência contra mulheres (física, psicológica e sexual), por parceiro íntimo ou outro agressor, entre usuárias de serviços públicos de saúde e contrastá-la com a percepção de ter sofrido violência e com o registro das ocorrências nos serviços estudados.

MÉTODOS: Estudo realizado em 19 serviços de saúde, selecionados por conveniência e agrupados em nove sítios de pesquisa na Grande São Paulo, entre 2001-2002. Questionários sobre violência sofrida alguma vez na vida, no último ano e agressor foram aplicados à amostra de 3.193 usuárias de 15 a 49 anos. Foram examinados 3.051 prontuários dessas mulheres para verificação do registro dos casos de violência. Realizaram-se análises comparativas pelos testes Anova, com comparações múltiplas e qui-quadrado, seguido de sua partição.

RESULTADOS: As prevalências observadas foram: qualquer violência 76% (IC 95%: 74,2;77,8); psicológica 68,9% (IC 95%: 66,4;71,4); física 49,6% (IC 95%: 47,7;51,4); física e/ou sexual 54,8% (IC 95%: 53,1;56,6) e sexual 26% (IC 95%: 24,4;28,0). A violência física e/ou sexual por parceiro íntimo na vida foi de 45,3% (IC 95%: 43,5;47,1) e por outros que não o parceiro foi de 25,7% (IC 95%: 25,0;26,5). Apenas 39,1% das que relataram qualquer episódio consideraram ter vivido violência na vida, observando-se registro em 3,8% dos prontuários. As prevalências diferiram entre os sítios de pesquisa, bem como a percepção e registro das violências.

CONCLUSÕES: A esperada alta magnitude do evento e sua invisibilidade foram confirmadas pelas baixas taxas de registro em prontuário. Constatou-se ser baixa a percepção das situações vividas como violência. Sugerem-se estudos posteriores que avaliem a heterogeneidade das usuárias dos serviços.

DESCRITORES: Mulheres maltratadas. Violência contra a mulher. Maus-tratos conjugais. Notificação de abuso. Sub-registro. Serviços de saúde da mulher. Questionários.

^I Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina (FM). Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil

^{II} Programa de Pós Graduação em Medicina Preventiva. FM-USP. São Paulo, SP, Brasil

^{III} Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. USP. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

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

ABSTRACT

OBJECTIVE: To estimate the prevalence of (physical, psychological, and sexual) violence against women by an intimate partner and non-partner perpetrators among users of public health services and to compare these women's perception of having ever experienced violence with reports of violence in their medical records in the different services studied.

METHODS: The study was conducted in 19 health services, selected as a convenience sample and grouped into nine research sites, in metropolitan area of São Paulo from 2001 to 2002. Questionnaires on having ever experienced violence in their lifetime and in the last 12 months and perpetrators were applied to a sample of 3,193 users aged 15 to 49. A total of 3,051 medical records were reviewed to verify the notification of violence. Comparative analyses were performed by Anova with multiple comparisons and Chi-square test followed by its partition.

RESULTS: The following prevalences were found: any type of violence 76% (95% CI: 74.2;77.8); psychological 68.9% (95% CI: 66.4;71.4); physical 49.6% (95% CI: 47.7;51.4); physical and/or sexual 54.8% (95% CI: 53.1;56.6), and sexual 26% (95% CI: 24.4;28.0). The prevalence of physical and/or sexual violence by an intimate partner in their lifetime was 45.3% (95% CI: 43.5;47.1), and by non-partners was 25.7% (95% CI: 25.0;26.5). Only 39.1% of women reporting any episode of violence perceived they had ever experienced violence in their lifetime and 3.8% of them had any reports of violence in their medical records. The prevalences were significantly different between sites as well as the proportion of perception and reports of violence in medical records.

CONCLUSIONS: The expected high magnitude of the event and its invisibility was confirmed by low rate of reports in the medical records. Few perceived abuses as violence. Further studies are recommended taking into account the diversity of service users.

KEYWORDS: Battered women. Violence against women. Spouse abuse. Mandatory reporting. Underregistration. Women's health services. Questionnaires.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher foi reconhecida como um problema de saúde pública, na última década.^{11,16} Estudos internacionais de base populacional mostram sua alta prevalência e o grande predomínio da violência por parceiro ou ex-parceiro íntimo. Esta violência é considerada de gênero e muitas vezes foi denominada violência doméstica.^{7,13,20} Revisões recentes mostram a violência física por parceiro íntimo, ao menos uma vez na vida, com variação de 21% na Holanda e Suíça, ou 29% no Canadá, a 69% na Nicarágua (Manágua),^{8,23} o que pode ser atribuído à diversidade metodológica dos estudos. Estudo comparativo⁶ com 15 regiões de dez países, incluindo o Brasil, reitera a variação, as elevadas taxas de violência e o parceiro como principal agressor, mesmo com instrumentos e desenhos comuns. A variação na violência física vai de 13% (Okahama, Japão) a 61% (Cuzco, Peru), passando por 27% e 34%

para o Brasil (respectivamente, cidade de São Paulo e 15 municípios da Zona da Mata Pernambucana).

Estudos realizados em serviços de saúde^{5,13-15} mostram taxas ainda mais elevadas: 20% a 50% de violência física e/ou sexual por parceiro entre suas usuárias ao menos uma vez na vida. Indicam, ainda, que 12% a 25% das usuárias de atenção primária relatam violência por parceiro no último ano, assim como 4% a 17% em serviços de pré-natal e 12% a 22% em serviços de emergência.¹²

No Brasil, estudo em Unidade Básica de Saúde¹⁷ de São Paulo, mostra que mais de 40% das usuárias relataram violência física pelo menos uma vez na vida por qualquer agressor, sendo a violência por parceiro ou familiar de 34,1%. Outro estudo similar, em Porto Alegre, encontrou 38% de violência por parceiro física e 9%, sexual.¹⁰

Em serviços de emergência na Bahia,¹⁹ 46% das usuárias referiram algum episódio de violência na vida, sendo a física referida por 36,5%, enquanto a sexual por 18,6%. Parceiros e ex-parceiros foram responsáveis por 65,7% das agressões físicas e 68,7% das sexuais.

Há estudos que destacam a superposição das violências física, sexual e psicológica, e indicam efeito somatório e progressivo das formas mais moderadas às graves e de episódio inicial para sua recorrência.^{6,8,10,17}

Há que se considerar, ainda, que a violência acarreta inúmeros agravos à saúde,^{3,5-7,13} incluindo mortes por homicídios, suicídios ou a grande presença da ideação suicida, além de doenças sexualmente transmissíveis, doenças cardiovasculares e dores crônicas. Na prevenção, a violência é fator obstaculizador do planejamento familiar, da proteção ao HIV/Aids e da prevenção a riscos obstétricos, perdas fetais e baixo peso ao nascer.

Pode-se perceber, pois, a relevância do reconhecimento dessa questão entre usuárias de serviços, em particular os de atenção primária. Apesar disso, a violência não é reconhecida em diagnósticos.^{21,22.*} Agregam-se as dificuldades das mulheres na revelação do vivido, reforçado pelo descrédito e julgamento moral dos profissionais que as escutam.¹⁸

Diante desse quadro, o presente estudo teve por objetivo investigar entre usuárias de serviços públicos de saúde, a ocorrência de violências de diferentes tipos, visando a estimar prevalências, época de ocorrência, gravidade, registro de episódios em prontuários e percepção das mulheres entrevistadas quanto a terem vivido violências na vida.

MÉTODOS

Foram examinados parte dos dados de pesquisa realizada em 2001–2002** e da qual participaram 19 serviços de saúde dos municípios São Paulo, Santo André, Diadema e Mogi das Cruzes. Os serviços de saúde sempre constituíram portas de entrada da rede pública e, majoritariamente, de atenção primária, na qualidade de unidades básicas isoladas ou em conjugação com assistência mais especializada. As unidades foram eleitas por conveniência, por localizarem-se nas diversas regiões do Município de São Paulo e, em seu conjunto, pela pretensão de suas respectivas secretarias de saúde de implantarem política assistencial em violência. Com essa finalidade, foi desenvolvido um protocolo de atendimento às mulheres na última etapa da pesquisa. Participaram os serviços que possuíam volumes de 800 a 1.000 atendimentos/mês, equipe

multiprofissional, funcionamento regular e com capacidade de constituírem referências de atendimento em suas regiões, segundo suas respectivas secretarias de saúde. Dos 19 serviços escolhidos, 14 pertenciam ao Município de São Paulo, três de Santo André, um de Diadema e um de Mogi das Cruzes. A fim de classificá-los em sítios independentes de pesquisa, todos foram examinados quanto a seu funcionamento. Pelo modo com que captavam sua clientela e produziam suas atividades assistenciais, foram identificados nove sítios. Seis deles (SP–Norte; SP–Centro/Oeste; SP–Sul; Santo André; Diadema; Mogi das Cruzes), operavam apenas com demanda espontânea e conjunto usual de ações em saúde da mulher, previstas pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.⁴ Um outro sítio (SP–Leste), englobando quatro unidades na modalidade Programa Saúde da Família (à época Projeto Qualis), operava principalmente por demanda espontânea e secundariamente por captação ativa da clientela, com organização interna das ações, porém, semelhante à dos sítios anteriores, compondo-se sete sítios convencionais, no sentido assistencial.

Os dois últimos sítios eram situações especiais: o Centro de Saúde Escola (CSE) Barra Funda, que acrescenta à demanda espontânea, uma inclusão ativa de sub-grupos populacionais em exclusão social – profissionais do sexo, moradoras de rua e de favela; e o Centro de Referência e Treinamento para Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/Aids (CRT/Aids) que alia à demanda espontânea local, a assistência de clientela encaminhada por outros serviços, por ser referência para usuárias vivendo com HIV.

A amostra de usuárias foi do tipo consecutivo, captando-se as mulheres por ordem de chegada ao serviço. Assegurou-se que a investigação abrangesse pelo menos uma semana inteira de funcionamento regular da unidade e períodos manhã e tarde. Para tal houve repartição proporcional da amostra aos volumes de atendimento (por dia e período). A amostra foi calculada por sítio e tomou por base uma prevalência esperada de violência doméstica ao menos uma vez na vida de 32%¹³ para detectar uma variação de 5%, poder do teste de 80% e nível de confiança de 95%. Chegou-se ao mínimo de 335 usuárias para cada sítio, exceto nas duas mencionadas situações especiais. Nos sítios CRT/Aids e CSE Barra Funda, em razão dos subgrupos que contêm, considerou-se maior risco para a violência. Não havendo referências na literatura, estimou-se de 38,4% a 62% a prevalência esperada para esses dois últimos sítios, a depender do subgrupo, resultando em amostra mínima de 363 e 384 usuárias, respectivamente.

* Kiss LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina: USP; 2004.

** Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Pinho AA, Hanada H, Felicíssimo A, Kiss LB, Durand JG. Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o programa de saúde da mulher [Relatório Científico]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003. Projeto FAPESP: Linha Políticas Públicas, nº 98/14070-9.

As mulheres elegíveis tinham entre 15 e 49 anos e se dirigiam aos serviços à procura de atendimento clínico ou gineco-obstétrico, apresentando condições físicas e mentais para serem entrevistadas.

Aplicaram-se questionários por entrevista face a face, para se estimar a prevalência de violência. Realizou-se a leitura de prontuários dessas mesmas mulheres para estimar a frequência de registros dos casos de violência nos serviços. O contraste entre a prevalência encontrada e a frequência de registros foi considerado indicativo da visibilidade (ou invisibilidade) da violência como demanda ou diagnóstico nos serviços.

As entrevistas ocorreram enquanto as mulheres aguardavam suas consultas e sempre sem acompanhantes, permitindo-se apenas a presença de crianças abaixo de dois anos. A equipe de campo foi treinada, além de se constituir só de mulheres, conforme recomendações para melhor revelação da violência.²⁴

O levantamento dos registros em prontuário foi realizado por instrumento específico e padronizado, com pesquisadores treinados, entre eles profissionais do próprio serviço, como forma de transferência de tecnologia às equipes parceiras, além de contar com médicos como supervisores locais.

Foram abordadas as violências contra a mulher por qualquer agressor e, com destaque, as perpetradas por parceiro ou ex-parceiro íntimo (parceria em relacionamentos afetivo-sexuais). Outros agressores foram: estranhos; outros familiares que não o parceiro; e conhecidos, categoria que agrupou amigos, vizinhos e colegas de trabalho ou estudo.

O instrumento foi composto por quatro partes: dados sociodemográficos; situação familiar e de saúde reprodutiva; episódios de violências; e a percepção de viver violência. As perguntas sobre violência foram extraídas do questionário elaborado pela Organização Mundial

da Saúde para um estudo multipaíses e pela equipe brasileira que dele participou^{6,25} (Tabela 1).

A violência foi investigada por tipo: psicológica, física e sexual. Considerou-se caso de violência, para cada um dos tipos, ao menos uma resposta positiva a qualquer de seus itens. A combinação física e/ou sexual compôs resposta positiva a pelo menos um desses tipos, o mesmo ocorrendo para a combinação dos três tipos (violência psicológica e/ou física e/ou sexual).

Foram também investigadas para a violência por parceiros: a recorrência (uma, poucas ou muitas vezes); a gravidade (moderada ou grave); e a época de ocorrência (na vida ou nos últimos 12 meses – considerada atual^{6,8}). A recorrência dos episódios foi analisada somente para a combinação física e/ou sexual, tipos mais estudados. A gravidade do episódio foi investigada para a violência física, e a classificação de moderada era constituída pelos itens a e b da Tabela 1, e a de violência grave pelos demais itens (c a f). A violência sexual foi sempre considerada grave.

A pergunta “você considera que sofreu violência alguma vez na vida?”, colocada ao final do questionário, foi feita para todas as mulheres entrevistadas. Essa foi a forma de estimar a percepção de haver sofrido algum episódio de violência em sua vida, permitindo a comparação com respostas afirmativas às perguntas específicas dos vários tipos de violência.

Foram examinados, ainda, os registros de episódios no prontuário das entrevistadas, discriminando tipo de violência, atividade e profissional da assistência, buscando-se anotações ao longo de toda a vida de usuária e examinando-se o próprio uso dos serviços, com ênfase no ano anterior à pesquisa.

Para confecção e revisão do banco de dados foi utilizado o programa Foxpro 2.6. Os dados tiveram dupla digitação e foram validados no EpiInfo 6.0. No tratamento estatís-

Tabela 1. Enunciados no questionário às indagações sobre violência psicológica, física e sexual, por parceiro íntimo, na vida e nos últimos 12 meses. Grande São Paulo, 2001-2002.

Tipo de violência	Item do enunciado no questionário
Psicológica	a) Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma? b) Depreciou-a ou humilhou-a diante de outras pessoas? c) Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito (p ex. a forma como olha, grita, quebra as coisas/objetos pessoais)? d) Ameaçou machucá-la ou alguém ou algo de que(m) você gosta?
Física	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?
Sexual	a) Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria? b) Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele(a) pudesse fazer? c) Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?

Nota: Questionário adaptado culturalmente para o português para uso no “WHO Multi-country study on women’s health and domestic violence against women”.²⁵ Versão 9.6.

tico foi utilizado Stata 8.0. Para comparar a distribuição de frequências das variáveis contínuas, foi utilizada a análise de variância (Anova), complementada pelo teste de Scheffé para as múltiplas comparações entre as diferenças encontradas. No caso das variáveis categóricas, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, complementado pela partição do qui-quadrado¹ para a análise das diferenças. Admitiu-se nível de significância de 5%.

Quanto às questões éticas da pesquisa, além de sua aprovação pelo Comitê de Ética da Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP e Hospital das Clínicas em 12/5/2000, providenciaram-se: consentimento informado com linguagem apropriada à segurança das mulheres e à abordagem de tema sensível; suporte assistencial para as entrevistadas, para o que foram especialmente treinadas as entrevistadoras; suporte de natureza psicológica e ética às entrevistadoras; privacidade para a

realização das entrevistas; e oficinas de devolução dos resultados para os serviços participantes. Essas medidas seguem recomendações da OMS para pesquisas em violência contra a mulher.²⁴

RESULTADOS

A amostra final compreendeu 3.193 mulheres, cujas características sociodemográficas, segundo sítio de pesquisa, estão na Tabela 2. Quanto à média de idade, foram encontradas algumas diferenças entre os sítios: o sítio Mogi apresentou média de idade maior que as dos cinco outros (SP–Sul, SP–Centro/Oeste, SP–Norte, Diadema e CSE Barra Funda); o sítio SP–Sul, a menor média encontrada, apenas diferiu dos sítios CRT/Aids e Santo André. Para a escolaridade, observou-se que o sítio CRT/Aids, com a maior escolaridade, e o sítio SP–Sul com a menor escolaridade encontrada, diferem

Tabela 2. Características sociodemográficas das mulheres usuárias de serviços públicos de saúde, segundo sítio. Grande São Paulo, 2001-2002.

Variável sociodemográfica	SP Centro/Oeste (N=336)	SP Sul (N=337)	SP Leste (N=335)	SP Norte (N=335)	Santo André (N=335)	Diadema (N=335)	Mogi das Cruzes (N=336)	CSE Barra Funda (N=481)	CRT/Aids (N=363)	Total (N=3.193)
Idade (média em anos)*	30,6 (DP 9,1)	28,1 (DP 8,6)	30,9 (DP 9,3)	30,5 (DP 8,8)	31,7 (DP 9,7)	30,5 (DP 9,7)	33,6 (DP 9,7)	30,7 (DP 9,2)	32,4 (DP 8,8)	31,0 (DP 9,3)
Escolaridade (média em anos)*	7,2 (DP 3,4)	4,5 (DP 3,0)	7,3 (DP 3,2)	7,0 (DP 3,3)	6,5 (DP 3,2)	6,5 (DP 3,1)	6,7 (DP 3,6)	6,3 (DP 3,4)	9,0 (DP 3,5)	6,8 (DP 3,5)
Percentagem de mulheres desempregadas**	12,2	19,3	17,6	15,6	21,2	11,6	16,7	16,2	9,6	15,5
Percentagem de moradoras de favela**	6,3	47,8	3,6	10,5	28,7	18,5	1,5	24,0	2,8	16,1

P<0,0001

*Análise de variância *one way* (teste F) e comparação múltipla (teste de Scheffé);

** Qui-quadrado e partição do qui-quadrado

CSE: Centro de Saúde Escola

CRT: Centro de Referência e Treinamento

Tabela 3. Prevalências, agressores e percepção de violência, ao menos uma vez na vida segundo tipo de violência entre usuárias de serviços públicos de saúde. Grande São Paulo, 2001-2002.

Variável	Violência psicológica (P)		Violência física (F)		Violência sexual (S)		Violência F e/ou S		Violência P, F e/ou S		Total
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	
Qualquer agressor	68,9	66,4;71,4	49,6	47,7;51,4	26	24,4;28	54,8	53,1;56,6	76,0	74,2;77,8	3.193
Outros agressores que não parceiro	44,8	43,0;46,5	20,5	19,1;21,9	9,3	8,3;10,4	25,6	24,1;27,1	52,7	50,9;54,4	3.193
Parceiro íntimo	52,9	51,1;54,6	40,3	38,6;42,1	21,0	19,6;22,5	45,3	43,5;47,1	61,1	59,4;62,9	3.089*
Percepção de violência	11,0	8,7;13,6	34,8	31,7;37,9	66,6	63,3;69,8	49,9	47,6;52,3	39,1	37,1;41,1	3.193**
Registro em prontuário	2,1	1,6;2,7	1,5	1,1;2,0	0,7	0,4;1,0	1,8	1,4;2,3	3,1	2,5;3,8	3.051***

* Mulheres com parceiros alguma vez na vida

** Teste qui-quadrado para qualquer agressor e sua partição p<0,05

*** 142 prontuários não localizados

de todos os demais, os quais não diferem entre si.

Sobre a taxa de desemprego das entrevistadas, os sítios Diadema, CRT/Aids e SP-Centro/Oeste apresentaram as menores taxas e eram homogêneos entre si, mas diferem de todos os outros sítios, com taxas maiores e também homogêneos entre si. As taxas mais elevadas, portanto, predominam.

Quanto à moradia em favela, observou-se muita heterogeneidade entre os sítios. A maior percentagem encontrada, correspondente a SP-Sul, difere significativamente das demais. Os sítios detentores das menores percentagens (Mogi, CRT/Aids, SP-Leste) não diferiram entre si, mas de todos os demais.

As prevalências, os agressores, a percepção de ter sofrido violência e o registro em prontuários, de episódios ocorridos ao menos uma vez na vida, por tipo de violência e algumas combinações, encontram-se na Tabela 3. Os parceiros íntimos destacaram-se como os principais agressores. Entretanto, apenas 39,1% das mulheres que já haviam relatado qualquer tipo de agressão por qualquer perpetrador responderam positivamente à pergunta “você considera que sofreu violência na vida?” do final do questionário. Foi, portanto, pequena a percepção mais geral de sofrer violência entre as entrevistadas. Essa taxa aumenta quando entre as agressões vividas o tipo sexual está presente, mostrando-se significantes as diferenças gradualmente crescentes entre os tipos psicológico (me-

Tabela 4. Prevalência de violência psicológica, física e sexual perpetrada por parceiro ou ex-parceiro alguma vez na vida entre as usuárias de serviços públicos de saúde. Grande São Paulo, 2001-2002.

Sítio	Violência psicológica (P)		Violência física (F)		Violência sexual (S)		Violência F e/ou S		Violência P, F e/ou S		Total Amostra*
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	
SP-Centro/Oeste	49,7	(44,0;55,4)	34,1	(28,8;39,6)	20,7	(16,4;25,6)	40,1	(34,7;45,8)	58,9	(53,3;64,4)	314
SP-Sul	52,0	(46,4;57,5)	41,3	(35,9;46,8)	21,7	(17,4;26,6)	45,6	(40,1;51,1)	60,5	(55,0;65,9)	327
SP-Leste	48,8	(43,2;54,4)	35,1	(29,9;40,6)	11,8	(8,5;15,8)	37,0	(31,7;42,5)	56,2	(50,6;61,7)	322
SP-Norte	44,0	(38,5;49,6)	36,4	(31,1;41,8)	18,8	(14,7;23,4)	42,8	(37,3;48,3)	53,9	(48,0;59,1)	325
Santo André	51,2	(45,7;56,7)	35,1	(29,9;40,5)	18,0	(14,0;22,6)	40,2	(34,9;45,8)	58,2	(52,7;63,6)	328
Diadema	50,9	(45,3;56,5)	38,1	(32,8;43,7)	18,1	(14,1;22,8)	41,6	(36,1;47,2)	57,2	(51,6;62,7)	320
Mogi das Cruzes	49,1	(43,5;54,7)	37,6	(32,3;43,1)	23,9	(19,4;29,0)	45,7	(40,1;51,3)	61,5	(55,9;66,8)	322
CSE Barra Funda	61,7	(57,1;66,1)	48,1	(43,5;52,7)	24,9	(21,0;29,1)	53,6	(49,0;58,2)	68,7	(64,3;72,9)	470
CRT/Aids	63,2	(58,0;68,2)	52,1	(46,8;57,3)	28,7	(24,1;33,7)	56,3	(51,0;61,5)	70,5	(65,5;75,1)	359
Total na amostra geral	52,8	(51,1-54,6)	40,4	(38,6-42,1)	21,0	(19,6-22,5)	45,3	(43,6-47,1)	61,1	(59,3-62,8)	3.087**
Valor p do χ^2	p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001		

* Mulheres com parceiros alguma vez na vida

** 2 perdas

Tabela 5. Ocorrência de violência psicológica, física e sexual perpetrada por parceiro ou ex-parceiro no último ano entre as usuárias de serviços públicos de saúde. Grande São Paulo, 2001-2002.

Sítio	Violência psicológica (P)		Violência física (F)		Violência sexual (S)		Violência F e/ou S		Violência P, F e/ou S		Total amostra*
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	
SP-Centro/Oeste	25,2	(20,5;30,3)	11,2	(8,0;15,2)	5,7	(3,4;8,9)	14,0	(10,4;18,4)	29,0	(24,1;34,3)	314
SP-Sul	30,6	(25,5;35,8)	19,3	(15,1;23,9)	9,2	(6,3;1,3)	21,1	(16,8;25,9)	35,2	(29,9;40,5)	327
SP-Leste	20,8	(16,5;25,7)	10,6	(7,4;14,4)	2,8	(1,3;5,2)	11,2	(8,0;15,14)	23,6	(19,1;28,6)	322
SP-Norte	20,6	(16,3;25,4)	11,1	(7,9;15,0)	4,6	(2,6;7,5)	14,2	(10,6;18,4)	24,3	(19,7;29,3)	325
Santo André	27,4	(22,7;32,6)	11,0	(7,8;14,9)	3,4	(1,7;5,9)	12,5	(9,1;16,6)	29,3	(24,4;34,5)	328
Diadema	22,5	(18,0;27,4)	13,4	(9,9;17,6)	7,5	(4,8;10,9)	15,9	(12,1;20,4)	25,3	(20,6;30,4)	320
Mogi das Cruzes	28,0	(23,1;33,2)	14,0	(10,4;18,2)	8,1	(5,3;11,6)	17,1	(13,1;21,6)	32,0	(26,9;37,4)	322
CSE Barra Funda	29,8	(25,7;34,1)	19,2	(15,7;23,0)	6,8	(4,7;9,5)	20,9	(17,2;24,8)	33,4	(29,1;37,9)	470
CRT/Aids	26,7	(22,2;31,6)	16,2	(12,5;20,4)	6,1	(3,9;9,1)	18,7	(14,8;23,1)	29,8	(25,1;34,8)	359
Total na amostra geral	25,9	(24,4;27,5)	14,2	(13,0;15,5)	6,1	(5,2;7,0)	16,4	(15,1;17,8)	29,3	(27,7;30,9)	3.087**
Valor p do χ^2	p=0,000		p=0,000		p=0,000		p=0,000		p=0,000		

* Mulheres com parceiros alguma vez na vida.

** 2 perdas

nor percepção), físico e sexual (maior percepção).

No exame dos prontuários em busca de registros de violência, houve perda de 4,5% (prontuários não localizados). Em todos os tipos de violência, foram baixas as taxas de registro encontradas.

Identificaram-se cinco registros de violência em prontuários cujas usuárias não haviam relatado qualquer episódio no questionário. Adicionalmente, dentre as usuárias com relato de violência no questionário, do total de 2.321 prontuários encontrados e examinados, 3,8% (N=89) tinha pelo menos um registro de violência na vida da usuária, 50% deles referidos à violência psicológica, 34,7% à física e 15,3%, à sexual. A maior parte dos registros (69,1%) anotou formas exclusivas e não combinadas de violência.

Do total de registros feitos em prontuários, 55,3% pertenciam ao sítio CSE Barra Funda e 25,5% ao CRT/Aids. Estes registros representaram, respectivamente, 16% e 9,4% dos casos desses sítios relatados no questionário. Em todos os demais sítios foram encontrados no máximo cinco prontuários com registro de violência. Os registros concentraram-se na atividade assistencial em saúde mental (34% do total) para todos os tipos de violência.

A Tabela 4 apresenta as prevalências dos vários tipos de violência, ao menos uma vez na vida, segundo parceiro íntimo e sítio estudado. Destacam-se as altas taxas encontradas para todos os tipos de violência. Comparando-se os diferentes sítios de pesquisa, observa-se, para todos os tipos de violência, homogeneidade entre as prevalências obtidas no CRT/Aids e CSE Barra Funda, diferindo ambos, enquanto as maiores taxas, de todos os demais sítios. Estes últimos, por sua vez, não diferem entre si, exceto no caso da violência sexual, em que o sítio SP-Leste, com a menor prevalência, passa a diferir do conjunto dos sítios.

Há grande superposição dos tipos de violência o que ocorreu para a maior parte dos casos (62%). As formas exclusivas corresponderam a 26% dos casos no tipo psicológico, 9% no físico e 3% no sexual.

A Tabela 5 apresenta a prevalência de violência atual por parceiro íntimo (últimos 12 meses), distribuídas pelos diferentes sítios. As magnitudes da violência atual são também elevadas. O sítio SP-Sul teve as maiores prevalências de todas as formas de violência atual. Para todos os tipos de violência, exceto o sexual, SP-Sul não diferiu dos sítios CRT/Aids e CSE Barra Funda e estes três sítios diferiram de todos os demais. No caso da violência sexual, SP-Sul não diferiu dos sítios Diadema e Mogi, sendo estes três sítios diferentes de todos os demais. Também nesse caso, os sítios CRT/Aids e CSE Barra Funda não diferem dos demais.

Quanto à gravidade dos episódios, examinada apenas para os casos de violência física por parceiro, a forma grave referida pelo menos uma vez na vida, correspondeu a 62,1% do total. Relativamente aos casos desse tipo de violência, mas referida aos últimos 12 meses, correspondeu a 54,6%. A forma grave foi, pois, predominante.

Quanto à recorrência dos episódios de violências por parceiro íntimo, considerados os 1.885 casos da combinação de todos os tipos, ocorridos pelo menos uma vez na vida, observou-se predomínio da categoria “muitas vezes” (53,7%). Isso também se aplica às violências física e/ou sexual (43,7%), psicológica (54,5%), sexual (42,5%) e física (40,6%), em ocorrências pelo menos uma vez na vida. Também para todos os casos de violência dos últimos 12 meses, predominou a categoria “muitas vezes”: violência psicológica (52,4%), física (37,5%), sexual (38,0%) e todos os tipos combinados (50,9%). A recorrência, portanto, é predominantemente “muitas vezes”, seja na violência atual ou ocorrido pelo menos uma vez na vida.

DISCUSSÃO

O presente estudo foi desenhado para analisar as prevalências dos diferentes tipos de violência contra a mulher entre usuárias de serviços, perpetrados por distintos agressores. Encontraram-se altas prevalências e diferenças com que as violências se apresentam nos diversos serviços de saúde. Nesse último aspecto, serviços cujas organizações assistenciais são especiais apresentaram as mais elevadas prevalências, para todos os tipos de violência por parceiro íntimo, pelo menos uma vez na vida. A clientela desses serviços constitui-se basicamente de vítimas de exclusão social, apresentando grandes vulnerabilidades sociais (CSE Barra Funda) ou clientela de vulnerabilidades médico-sanitárias (CRT/Aids). O mesmo ocorre para a violência atual, exceto no caso da violência sexual. Ademais isto ocorre, mesmo que esses dois serviços contrastem, diferindo entre si, quanto à escolaridade e a taxa de desemprego de suas usuárias.

Esse achado motiva a realização de pelo menos dois estudos específicos adicionais. Um primeiro que analisasse a exclusão social e sua vulnerabilidade social, e a violência. Reforça essa motivação as prevalências encontradas no sítio SP-Sul para a violência atual e sua diferença estatística quanto à escolaridade de suas usuárias, a menor de todos os sítios estudados. Um segundo estudo que examinasse a suposição, sugerida pelos presentes achados, de que seja grande a vulnerabilidade à violência entre mulheres que, ou são usuárias vivendo com HIV/Aids ou percebem-se em maior risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis e HIV/Aids. Essa suposição também reitera muitas das advertências da literatura a esse respeito.^{3,7,8} O

conjunto desses achados também recomendaria estudos sobre a associação entre violência e escolaridade, uma vez que estas usuárias do CRT/Aids apresentam as maiores prevalências e, ao mesmo tempo, são as de maior escolaridade da amostra, diferindo das demais. Por outro lado, que a média de anos de estudo dessas mulheres correspondia a apenas ao início do nível médio de ensino.

Outros dois achados relevantes e que reiteram a literatura mostram os parceiros ou ex-parceiros íntimos enquanto principais agressores, inclusive na violência sexual, e a ocorrência predominante de superposições dos tipos de violência.^{3,7,8}

Todas as prevalências de violência por parceiro íntimo encontradas são compatíveis com os achados internacionais para serviços de atenção primária.^{5,7,13-15} As prevalências encontradas foram maiores, porém, para a violência física e para a sexual, do que os achados de outros estudos nacionais,^{10,19} o que pode ter sido por diferenças na aplicação do questionário, resultando em maior revelação, ou pelo tamanho das amostras. Adicionalmente, os dados do presente estudo mostram que essa violência por parceiro íntimo é de alta recorrência e gravidade.

Acerca das percepções de ter vivido violência, as taxas de percepção foram muito menores que as prevalências encontradas, mesmo sendo também produto de relato das mesmas mulheres entrevistadas. Isso indicaria um descompasso entre as agressões referidas com base em atos discriminados e a noção de violência, reiterando estudo em atenção primária em São Paulo.¹⁸ O referido estudo apontou o não reconhecimento da noção de violência como adequada para nomear qualquer das situações de agressões experimentadas, observando-se o uso desse termo (violência) mais aderido às situações de agressões por estranhos e, sobretudo, sexual. O presente estudo confirma esta última consideração acerca da violência sexual para qualquer agressor.

Quanto ao registro de episódios, observou-se a baixa taxa de registro, de modo geral. Esse achado pode ser compreendido a partir dos estudos que apontam a grande dificuldade dos profissionais de saúde de lidarem com a violência como questão dos atendimentos.^{12,21,22} Mesmo o sítio SP–Leste, integrante do Programa Saúde da Família, não se diferenciou dos demais sítios, pois também apresentou baixa percentagem de registro. Estudo realizado em São Paulo² com os profissionais desse mesmo sítio revela que, embora mais informados pelos agentes comunitários a respeito da existência da violência doméstica e contra a mulher, isto não se refletiu em maior número de registros de casos.

Ressalte-se que à época da pesquisa, nenhum serviço possuía atendimento específico para a violência ou atividades de sensibilização prévia das equipes. A

sensibilização ocorreu em todos os serviços participantes apenas enquanto atividade final e produto do próprio estudo.

Entre os fatores limitantes do presente estudo, destaca-se o uso da amostragem por conveniência na seleção dos serviços, o que implicou perda da representatividade da rede pública da Grande São Paulo, impedindo inferências para este universo. No entanto, internamente a cada serviço de saúde, tomou-se o cuidado de ter o conjunto de suas usuárias representadas por meio da amostra consecutiva de mulheres entrevistadas, considerando-se a distribuição dos atendimentos por período e dia da semana, sendo essa amostra consecutiva considerada a melhor modalidade para serviços.⁹

Outro fator limitante é o viés de revelação e a subjetividade que pode estar envolvida em relatos sobretudo como os da violência psicológica. Quanto ao primeiro desses aspectos, foram levadas em consideração as recomendações internacionais relativas à melhor revelação, em contexto de entrevista face a face.²⁴ E ainda que possa haver tanto notificação a maior, é a subnotificação do vivido que a literatura extensamente aponta⁷ e atribui aos sentimentos de medo e vergonha. Pode-se considerar, pois, a possibilidade de no presente estudo, também se ter aferido uma prevalência subestimada e não o contrário, permanecendo, nesse sentido, válidas as conclusões alcançadas. Quanto à subjetividade na informação dos abusos psicológicos vividos, a formulação foi propositalmente genérica, a fim de captar o conteúdo cultural das elaborações do senso comum sobre sentimentos e atitudes negativos, percebidos na convivência com o outro. Induzem, nesse sentido, uma apreciação subjetiva, mas de natureza coletiva e sujeita, portanto, a variações em bases culturais diversas. Na tentativa de controlar esse possível viés de informação, foram realizados, previamente à pesquisa, grupos focais com mulheres de características similares à população investigada, para validação das questões. Embora, no contexto nacional e internacional, a violência psicológica permaneça um tema relativamente negligenciado nas pesquisas – se comparado à violência física e sexual –, considerou-se no presente estudo sua importância devido aos sofrimentos e danos à saúde causados tanto na sua forma isolada de ocorrência como quando conjugada com outros tipos de violência. Contudo, em termos de capacidade de objetivar agressões e atos violentos, nem o tipo psicológico, nem o sexual igualam-se à violência física.

Nesse sentido, a construção das perguntas específicas no questionário foi amparada na literatura²⁵ e usada com sucesso em estudos transculturais multipaíses.⁶

Em síntese, a violência contra a mulher mostrou-se relevante questão entre usuárias de serviços de saúde, o que repercutiu nas questões de sua assistência. No entanto, o caráter descritivo do estudo não permite

maiores análises, sendo necessário aprofundar o conhecimento para se definir mais precisamente políticas e programas de intervenção, sobretudo frente à violência por parceiro íntimo e às dificuldades dos profissionais e das mulheres para lidar com essa temática.

REFERÊNCIAS

1. Armitage P, Berry G. Statistical methods in medical research. Londres: Blackwell Scientific Publications; 1973.
2. Batista KBC. Violência contra mulher e Programa Saúde da Família: a emergência da demanda na visão dos profissionais. In: Vilela W, Monteiro S, organizadores. Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005. p.119-37.
3. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002; 359(9314):1331-6.
4. D'Oliveira AFPL, Senna DM. Saúde da mulher. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 86-108.
5. Eisenstat SA, Bancroft L. Domestic violence. *N Engl J Med*. 1999;341(12):886-92.
6. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization, 2005.
7. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Popul Rep*. 1999;27(4):1-43.
8. Heise L, Garcia-Moreno C. Intimate Partner Violence. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. World Report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. p.91-121.
9. Hulley SB, Newman TB, Cumming SR. Choosing the study subjects. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB, editores. Designing clinical research: an epidemiologic approach. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p.18-30.
10. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saude Publica*. 2005;39(5):695-701.
11. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. World Report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
12. Maiuro RD, Vitalino PP, Sugg NK, Thompson DC, Rivara FP, Thompson RS. Development of a health care provider survey for domestic violence: psychometric properties. *Am J Prev Med*. 2000;19(4):245-52.
13. 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(10):737-46.
14. Naumann P, Langford D, Torres S, Campbell J, Glass N. Women battering in primary care practice. *Fam Pract*. 1999;16(4):343-52.
15. Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Mooney S, Feder G. Primary Care. *BMJ*. 2002; 324(7332):274.
16. Saltzman LE, Green YT, Marks JS, Thacker SB. Violence against women as a public health issue: comments from the CDC. *Am J Prev Med*. 2000;19(4):325-9.
17. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saude Publica*. 2002;36(4):470-7.
18. Schraiber LB, D'oliveira AFPL, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L, et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface Comum Saude Educ*. 2003;7(12):41-54.
19. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2003;19(Supl 2):263-72.
20. Stark E, Flitcraft AH. Spouse abuse. In: Rosemberg ML, Fenley MA, editores. Violence in America: a public health approach. New York: Oxford University Press; 1991. p.123-57.
21. Sugg NK, Innui T. Primary care physician's response to domestic violence. Opening Pandora's Box. *JAMA*. 1992;267(23):3157-60.
22. Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro R, Rivara FP. Domestic violence and primary care. Attitudes, practices and beliefs. *Arch Fam Med*. 1999; 8(4):301-6.
23. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*. 2002;359(9313):1232-7.
24. World Health Organization. Putting women's safety first: Ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva; 1999. (Report n.WHO/EIP/GPE/99.2).
25. World Health Organization. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Geneva; 1999.