



***Violência sexual ou dever conjugal?
o véu da (i)legalidade nas relações íntimas***

Autora

Roberta Matassoli Duran Flach

Orientadora

Profª Drª Ludmila Fontenele Cavalcanti



Roberta Matassoli Duran Flach

***Violência sexual ou dever conjugal?
o véu da (i)legalidade nas relações íntimas***

Trabalho de Conclusão de Curso da Escola de
Serviço Social da Universidade Federal do Rio de
Janeiro

Orientadora: Prof^a Dr^a Ludmila Fontenele
Cavalcanti

Rio de Janeiro
2007

DEDICATÓRIA

À Deus

Por ter me proporcionado a benção tão grande de ter passado no vestibular e me formado por uma universidade pública de qualidade.

Aos meus pais Claudio e Ana Maria e ao meu querido irmão Leandro

Pelo amor, carinho, dedicação, compreensão, paciência, incentivo em todos as fases da minha vida.

Ao meu marido e amor da minha vida Elton

Pelo amor, carinho, amizade, companheirismo, compreensão, paciência, cumplicidade, ajuda e apoio incondicional durante essa longa trajetória.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que sempre acreditaram no meu potencial, mesmo quando nem eu mesma acreditava, por me apoiarem e incentivarem em todos os momentos da minha vida, por me ensinarem a ser o que sou hoje. A vocês só tenho a agradecer por tudo o que fizeram e ainda fazem por mim. Amo vocês!

Ao meu irmão que apesar de toda a sua deficiência mental sempre esteve ao meu lado me apoiando, secando minhas lágrimas, rezando para que eu fizesse uma boa prova e dizendo a todo instante 'Eu te amo, Roberta!'.

Ao meu marido que por muitas vezes foi mais do que meu esposo, foi meu amigo, meu cúmplice, minha dupla, minha fortaleza e meu apoio quando tudo parecia que ia dar errado. À você amor, obrigada por tudo que fez para mim!

Ao meu tio Walter Matassoli (in memorian) e a minha tia Dalila por rezarem por mim e me apoiarem. Tio, tenho certeza que o senhor esteve comigo, me protegendo e guiando durante toda a minha trajetória na universidade. Obrigada por você ter sido meu "anjo da guarda"!

A minha sogra Heloisa por me escutar e incentivar a chegar ao final da faculdade, por "acolher" meu marido em sua casa todas as vezes que eu fazia algum Congresso fora do estado, por me acolher em sua casa todas as vezes que a violência urbana não me deixava retornar para a minha casa em segurança e por sempre me dar uma palavra de apoio nos momentos mais difíceis. D^a Heloisa a senhora é como uma "mãe" para mim. Obrigada!

A minha prima Andreia Matassoli por ter me ajudado na correção infundável do português na minha monografia de final de curso.

Ao meu primo Rodrigo Matassoli e sua namorada Flávia que por diversas vezes ficaram atentos ouvindo as minhas angústias e receios quanto ao término do meu trabalho final.

As minhas “irmãs” Giselle e Khrissy por todas as palavras de carinho e incentivo em todos os momentos que busquei apoio. Mais do que amigas vocês são como irmãs para mim. Adoro vocês!

Aos amigos Marcos e Léo por todas as palavras de apoio, carinho, incentivo e por estarem sempre dispostos a oferecer um ombro amigo. Obrigada!

As minhas amigas do Núcleo de Saúde Reprodutiva e Trabalho Feminino (Adriana, Ana Cléia, Ana Lídia, Bárbara, Daniele, Marcia, Milena, Priscila, Renata Glasman, Renata Moraes, Rejane, Vanessa e Viviane) por todas as palavras de apoio e de carinho em todos os momentos que passamos juntas dentro e fora da pesquisa. Sem vocês a faculdade não teria tido o mesmo significado na minha vida, foi maravilhoso poder compartilhar com vocês momentos tão agradáveis. Obrigada meninas!

À Professora Dr^a Ludmila Fontenele Cavalcanti, por ter acreditado no meu potencial de aluna pesquisadora e ter me chamado a fazer parte da sua equipe. Agradeço por contribuir para o meu crescimento enquanto pessoa e profissional, por ser o diferencial na minha formação, por ter participado de momentos tão importantes na minha vida, por ser mais que professora por ser minha amiga. Lud, obrigada por tudo!

À Professora Mariléia Inoue por ter acreditado no meu potencial enquanto monitora e ter me permitido dividir experiências maravilhosas de aprendizado mútuo. Você é uma pessoa muito especial! Obrigada por ter feito parte da minha vida e por me permitir também fazer parte da sua!

À equipe de assistentes sociais do Hospital Maternidade Alexander Fleming, e em especial, à assistente social Josefa de Souza e Souza por todo carinho, apoio, compreensão, ajuda e incentivo durante todo o meu estágio. Josefa, obrigada por me permitir aprender com você a ser uma profissional de qualidade! Te adoro!

Às gestantes que participaram da pesquisa, pela paciência, compreensão, disponibilidade e interesse em contribuir para o resultado deste trabalho.

À Direção do Hospital Maternidade Alexander Fleming, por ter permitido a realização da pesquisa e por se mostrarem sempre solícitos todas as vezes que precisei.

RESUMO

Esse Trabalho de Conclusão de Curso, que integra a pesquisa “Avaliação dos núcleos de atenção às mulheres em situação de violência sexual nas maternidades municipais do Rio de Janeiro”, está vinculado ao Núcleo de Saúde Reprodutiva e Trabalho Feminino da Escola de Serviço Social da UFRJ e teve como objeto de estudo os sentidos atribuídos pelas usuárias da assistência pré-natal do HMAF à violência sexual perpetrada por parceiro íntimo. Adotou-se no presente estudo a abordagem qualitativa e para análise das falas foi usada a técnica de análise de conteúdo. Foram realizadas 17 entrevistas do tipo semi-estruturada, com consentimento livre e esclarecido, baseadas em roteiro. Ao analisar o perfil das gestantes, observou-se que 8 tinham entre 18 e 24 anos, 15 eram naturais do Rio de Janeiro, 14 residiam na AP 3.3, 11 tinham o ensino médio completo, 10 estavam em união estável, 16 não haviam planejado a gravidez atual, 6 declararam utilizar o preservativo como método contraceptivo, 4 declararam ter tido algum aborto, 9 declararam que o parceiro não participou da escolha do método contraceptivo e 4 procuraram o pré-natal no segundo semestre gestacional. Na análise dos sentidos atribuídos à violência sexual foram identificados os núcleos: *ato sexual forçado*, *submissão feminina* e *violência urbana*. Nas explicações da violência sexual, foram identificados os seguintes núcleos: *fatores sociais*, *fatores culturais*, *fatores psicológicos*, *dependência química* e *desinformação*. Nas repercussões da violência sexual foi identificado o núcleo de sentido *danos psicológicos e físicos*. Quanto a identificação de situações de violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo destacam-se quatro núcleos de sentido: *ato sexual contra a vontade*, *aumento da violência sexual durante a gravidez*, *proibição do uso de método contraceptivo pelo parceiro* e *recusa ao uso do preservativo pelo parceiro durante a relação sexual*. Nas estratégias usadas para o enfrentamento da violência sexual perpetrada pelo parceiro foi identificado o núcleo *inventa uma desculpa*. No acolhimento foram identificados os núcleos *atendimento adequado* e *atendimento inadequado*. Nas orientações fornecidas foi identificado o núcleo *atendimento global*. Na realização de avaliação de risco, constatou-se que nenhuma gestante foi questionada se sofria violência sexual pelo parceiro íntimo. O presente estudo aponta a dificuldade das gestantes se reconhecerem em situação de violência sexual e dos profissionais de saúde em lidarem com a questão da violência sexual no pré-natal.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	10
ABREVIATURAS	11
INTRODUÇÃO	12
1. VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER	19
1.1 Relações de gênero e a violência sexual contra a mulher	19
1.2 Violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo e gravidez	23
1.3 Ações de assistência pré-natal e prevenção da violência sexual	27
2. PERCURSO METODOLÓGICO	30
3. PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS NO PRÉ-NATAL DO HMAF	33
3.1 Dados de identificação	33
3.1.1 Cor	33
3.1.2 Idade	35
3.1.3 Escolaridade	36
3.1.4 Situação conjugal e ocupação	38
3.1.5 Orientação religiosa	40
3.1.6 Bairro de residência	41
3.1.7 Naturalidade	42
3.2 Dados gestacionais	42
3.2.1 História reprodutiva	42
3.2.2 Participação do parceiro na escolha do método contraceptivo	45
3.2.3 Abortamento	49
3.2.4 Tempo para o início do pré-natal	50
4. SENTIDOS ATRIBUÍDOS PELAS GESTANTES DO PRÉ-NATAL DO HMAF	53
4.1 Caracterização da violência sexual	53
4.1.1 Sentidos	53
4.1.2 Explicações	56
4.1.3 Repercussões	59
4.2 Aspectos associados à violência sexual	60
4.2.1 Identificação de situações de violência sexual perpetrada pelo parceiro	60
4.2.2 Estratégias usadas para o enfrentamento da violência sexual perpetrada pelo parceiro	63
4.3 Ações de assistência pré-natal diante da violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo no contexto gestacional	64
4.3.1 Acolhimento	64
4.3.2 Orientações fornecidas	66
4.3.3 Avaliação de risco	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	82
ANEXO A – Roteiro de entrevista	83
ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido	84
ANEXO C – Aprovação do comitê de ética em pesquisa	85
ANEXO D – Modelo de telegrama enviado às gestantes	86
ANEXO E – Ficha de identificação	87
ANEXO F – Ficha de controle do pré-natal	88

ANEXO G – Ficha de evolução	89
ANEXO H – Ficha do serviço social	90
ANEXO I – Ficha da odontologia	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das gestantes por utilização de método contraceptivo informado	44
--	----

ABREVIATURAS

AP – Área Programática

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

CEDIM – Conselho Estadual dos Direitos da Mulher

DEAM – Delegacia Especial de Atendimento à Mulher

DST/AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis/ Acquired Immunodeficiency Syndrome

HMAF – Hospital Maternidade Alexander Fleming

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

PIB – Produto Interno Bruto

PIBEX – Programa Institucional de Bolsas de Extensão

INTRODUÇÃO

Esse Trabalho de Conclusão de Curso integra a pesquisa “Avaliação dos núcleos de atenção às mulheres em situação de violência sexual nas maternidades municipais do Rio de Janeiro”, está vinculado ao Núcleo de Saúde Reprodutiva e Trabalho Feminino da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro e teve como objeto de estudo os sentidos atribuídos pelas usuárias da assistência pré-natal do Hospital Maternidade Alexander Fleming (HMAF) à violência sexual perpetrada por parceiro íntimo.

O presente estudo buscou verificar a interferência das relações de gênero na construção dos sentidos atribuídos à violência sexual perpetrada por parceiro íntimo, conhecer as dificuldades encontradas pela gestante quanto à identificação de situações de violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo, além de propor medidas de inserção do tema da violência sexual contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo de forma transversal nos serviços de assistência pré-natal.

Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2002, as justificativas para o uso da violência pelo parceiro íntimo geralmente decorrem de representações socialmente construídas dos papéis feminino e masculino.

Em muitos cenários, as mulheres devem cuidar dos filhos e de seus lares, mostrar obediência a seu marido e também respeito. Se um homem achar que a mulher não cumpriu seu papel ou ultrapassou os limites (...) então a violência pode ser a resposta dele. (OMS, 2002: 95).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará/ ONU, define violência contra a mulher como *todo o ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como privada*. (Ministério da Saúde, 2005b: 8).

Segundo o Ministério da Saúde, a violência contra a mulher é um *fenômeno universal que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, ocorrendo em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social*. (Ministério da Saúde, 2005b: 7).

A violência sexual baseia-se nas relações de gênero e vem sendo posta em pauta desde a década de 1970. No entanto, até a década de 1980 a política de saúde concernente a esta questão era quase inexistente.

Foi nos anos 1980 que ocorreu a implementação, a partir de uma proposta do Ministério da Saúde, do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM). Foi também neste período que os movimentos feministas ganharam mais força, propondo lutas contra a violência física, sexual e psicológica contra a mulher.

Ainda na década de 1980, mais especificamente no ano de 1986, foram criadas no Brasil, as primeiras Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher, DEAMs.

Em 1995, foi aprovado pelo Decreto Legislativo 107/95, de 01.09.95, o texto referente a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres - Convenção de Belém do Pará, tornando-a Lei Nacional.

No final dos anos 1990, foi publicado pelo Ministério da Saúde a Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, considerada a principal política pública na prevenção da violência sexual contra a mulher da área da saúde.

A Norma Técnica vem preconizar a atenção integral à saúde da mulher em situação de violência sexual, propondo para tal a integração de diferentes setores, como: a saúde, a segurança pública, a justiça e o trabalho.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde aponta que

a atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade). (2004: 64).

É de fundamental importância a existência de mecanismos bem definidos de detecção e encaminhamento das mulheres atingidas pela violência sexual.

Segundo o Ministério da Saúde, a assistência à mulher, em qualquer idade, que esteja em situação de violência sexual deve ser organizada

(...) mediante conhecimentos científicos atualizados, bases epidemiológicas sustentáveis e tecnologia apropriada. As ações de atenção à saúde devem ser acessíveis a toda a população, do município ou da região, cabendo às instituições assegurar cada etapa do atendimento, incluindo-se as medidas de emergência, o acompanhamento, a reabilitação e o tratamento dos eventuais impactos da violência sexual sobre a saúde física e mental da mulher. (2005b: 10).

Foi também neste período que o Governo do Estado do Rio de Janeiro instituiu a Comissão Especial de Segurança da Mulher, no âmbito do Conselho Estadual dos Direitos da Mulher, CEDIM.

A violência sexual contra a mulher caracteriza-se como um problema de saúde pública, sendo o seu enfrentamento um grande desafio para a sociedade, constituindo-se um fenômeno que vem alcançando magnitude e complexidade.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) de 1990 a violência sexual contra a mulher é três vezes maior que contra a homem (Rechtman & Phebo, 2001).

Dados relativos aos registros de casos de violência sexual contra a mulher nas DEAMs em 2001, indicam que houve um crescimento de até 56% dos casos, se comparado com o ano de 1991 (Silva, 2003).

O Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) estima que o Brasil perde em média 10,5% do seu Produto Interno Bruto (PIB) anual tratando das consequências da violência contra a mulher (Braga, 2004).

Compreender os sentidos atribuídos pelas usuárias do pré-natal do HMAF à violência sexual praticada por parceiro íntimo mostra-se relevante socialmente uma vez que uma das formas mais comuns de violência contra as mulheres é a perpetrada por parceiro íntimo, que diversas vezes, não são interpretadas como atos de violência pelas mulheres. *A violência perpetrada por parceiro íntimo ocorre em todos os países, independentemente do grupo social, econômico, religioso ou cultural.* (OMS, 2002: 91).

Cabe ressaltar que, apesar do aumento da participação feminina nas práticas sociais, os homens continuam a restringir a sexualidade feminina à passividade e à reprodução (Dantas-Berger & Giffin, 2005).

Dessa forma, baseados em uma cultura fortemente arraigada nas tradições patriarcais, muitos homens acreditam que podem resolver seus conflitos através da violência, aceita e ratificada socialmente.

Nesse sentido, a mulher envolvida emocional ou economicamente com quem a vitimiza, tem maior risco de sofrer violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo.

Diferentes pesquisas (Jornal Rede de Saúde¹, 1999; Fundação Perseu Abramo², 2001) também alertam quanto a predominância da violência sexual contra as mulheres praticada por seus parceiros íntimos.

¹ Em 1999, o Jornal Rede de Saúde, apontou que cerca de US\$ 84 bilhões de reais são gastos anualmente pelo Brasil no combate a violência e assistência às vítimas de violência.

² A Fundação Perseu Abramo (2001) apontou que 43% das mulheres brasileiras são vítimas de violência física, sexual ou psicológica.

A violência sexual contra a mulher pode ocasionar para a vida de sua vítima impactos profundos, podendo gerar gravidez indesejada, abortos clandestinos, infecções ginecológicas, alta paridade, dificuldades de relacionamento com outros homens, depressão e até mesmo suicídio.

Se essa violência for cometida pelo parceiro íntimo, os impactos são ainda maiores, já que a violência fica cada vez mais invisível, subnotificada, naturalizada, aumenta a dificuldade de negociação quanto ao uso de preservativo ou mesmo de outro método contraceptivo, como também o risco para novas incidências.

De acordo com Cavalcanti,

as mulheres que vivem com parceiros violentos, segundo a World Health Organization (2002), passam por mais dificuldades para se proteger contra a gravidez indesejada, acarretando famílias mais numerosas. A violência sexual aparece associada à alta paridade, à gravidez de repetição rápida, também mencionada na literatura (Jacoby et al, 1999), pois este tipo de violência ou o temor dela influenciam na capacidade da mulher negociar o sexo seguro (incluindo o uso de preservativo) e o uso de contraceptivos. (2004: 30-31).

Pretendeu-se compreender as concepções das usuárias no contexto da assistência pré-natal, entendendo que este pode ser um espaço importante de efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos, uma vez que a gravidez pode tanto ser fruto da violência como um dos momentos no qual a violência sexual tende a ficar mais intensa e freqüente, afetando não só a saúde da mulher quanto a de seu feto. *Um dos impactos diretos da violência sobre a saúde sexual e reprodutiva, causado pela relação sexual forçada, é a gravidez indesejada.* (Cavalcanti, 2004: 20).

Soma-se a isso o aumento do risco para outros problemas de saúde tais como a DST/AIDS, fazendo da gravidez um contexto favorável à identificação e prevenção da violência sexual (Cavalcanti, 2004).

Grande parte das famílias numerosas, gravidezes consecutivas ou mesmo indesejadas resultam, da dificuldade encontrada pela mulher em negociar o uso de um método contraceptivo com o seu parceiro. O homem muitas vezes por não compreender o motivo pelo qual a sua companheira lhe pede para que use preservativo ou mesmo se recuse a manter relações sexuais na ausência do preservativo, e acaba usando a violência sexual como resposta à sua atitude.

Dessa agressão poderão surgir novas formas de violência a mulher vitimada, que além de manter relações sexuais contra a vontade, ainda poderá ter que assumir uma gravidez indesejada ou de repetição rápida. Esta última pode acarretar sérios danos físicos a vida da gestante e do seu feto, que ainda não estando com o corpo preparado para uma nova gestação, tem aumentado as chances para uma gravidez de risco, parto prematuro, mortalidade materna e infantil, além da própria violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo.

Cabe ressaltar que, apesar da violência sexual contra a mulher, em especial a violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo, ser considerado um problema de saúde pública e de extrema relevância para a qualidade de vida da mulher em situação de violência sexual, foi possível perceber que a temática ainda é pouco discutida, uma vez que após o levantamento bibliográfico, foram identificados poucos trabalhos que abordam sobre a violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo no contexto gestacional. Reichenheim & Moraes (2002) verificam esse fato ao apontarem que existem poucos estudos epidemiológicos que abordem as consequências da violência durante a gravidez para a saúde da gestante.

Segundo Lourenço (2006), o fato de encontrarmos poucas pesquisas sobre violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo durante a gestação, pode justificar a falta de iniciativa de profissionais de saúde em buscar informações sobre violência perpetrada pelo parceiro íntimo nas pacientes grávidas que buscam o pré-natal. Esse fato, segundo a autora, reforça ainda mais, a necessidade de ampliarmos pesquisas nessa área.

Desse modo, os serviços de assistência pré-natal podem: a) favorecer na detecção dos problemas relacionados com a saúde sexual e reprodutiva das gestantes, tendo um papel privilegiado na identificação e acompanhamento das situações de violência sexual contra a mulher; b) favorecer na visibilidade do tema da violência sexual contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo no atendimento às gestantes que procuram os serviços.

O interesse por estudar o fenômeno da violência sexual contra a mulher surgiu a partir da realização de estágio curricular em Serviço Social iniciado em março de 2005 no HMAF.

O HMAF situa-se em Marechal Hermes, Zona Oeste do Rio de Janeiro e abrange a Área Programática (AP)3.3, classificada como maternidade de referência para gestação de risco e para o atendimento às vítimas de violência sexual.

Durante o estágio curricular tive a possibilidade de acompanhar atendimentos às vítimas de violência sexual. A constante procura das vítimas de violência sexual pelo atendimento de emergência da maternidade, fez com que a temática da violência sexual contra a mulher ocupasse um lugar de destaque na minha formação profissional, passando a abordar de forma diferenciada a temática da violência sexual com as gestantes e seus familiares que participavam dos Grupos de Primeira Vez e Sala de Espera.

Em setembro de 2005, após ter participado da seleção de pesquisa desenvolvida no Núcleo de Saúde Reprodutiva e Trabalho Feminino da Escola de Serviço Social (ESS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), para inserção como aluna pesquisadora no projeto “Prevenção da Violência Sexual: Avaliando a Atenção Primária no Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher”, passei a desenvolver atividades como aluna colaboradora deste projeto até o mês de outubro do mesmo ano, quando iniciei as minhas atividades como aluna bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Extensão (PIBEX) do Projeto “Prevenção da Violência Sexual”.

No primeiro capítulo são apresentados os elementos conceituais relacionados ao objeto, ou seja, as relações de gênero e a violência contra a mulher, a violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo e gravidez, e as ações de assistência pré-natal e prevenção da violência sexual. Tais elementos demonstram que o objeto em questão permanece atual e necessita de estudos que possam dar-lhes continuidade.

O segundo capítulo foi dedicado ao percurso metodológico, onde é possível conhecer os procedimentos metodológicos adotados na pesquisa. Para alcançar os resultados buscou-se mapear o problema através de levantamento bibliográfico quanto o tema da violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo; levantou-se o perfil das gestantes atendidas na assistência pré-natal do HMAF; realizou-se trabalho empírico de entrevistas voltadas à compreensão das percepções das gestantes atendidas na assistência pré-natal do HMAF e analisou-se os dados coletados articulando-os com as bibliografias relativas a temática.

No terceiro capítulo optou-se por traçar um perfil das gestantes entrevistadas a fim de verificar como as categorias cor, idade, escolaridade, situação conjugal e ocupação, orientação religiosa, bairro de residência e naturalidade, história reprodutiva, participação do parceiro na escolha do método contraceptivo, abortamento e tempo para o início do pré-natal influenciam nos sentidos atribuídos à

violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo. Para tal, este capítulo está dividido em duas partes: dados de identificação e dados gestacionais.

O quarto capítulo foi dedicado à análise dos sentidos atribuídos pelas gestantes à violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo. Este capítulo foi dividido em três partes: caracterização da violência sexual, aspectos associados à violência sexual e ações de assistência pré-natal diante da violência sexual perpetrada por parceiro íntimo no contexto gestacional.

Nas considerações finais são apresentados os principais resultados da pesquisa, bem como propostas para a inserção do tema da violência sexual contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo de forma transversal nos serviços de assistência pré-natal.

Nos anexos são apresentados o roteiro de entrevista com as usuárias da assistência pré-natal do HMAF (Anexo A), o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B), a aprovação do comitê de ética em pesquisa (Anexo C), o modelo de telegrama enviado às gestantes (Anexo D), a ficha de identificação (Anexo E), a ficha de controle do pré-natal (Anexo F), a ficha de evolução (Anexo G), a ficha do serviço social (Anexo H) e a ficha da odontologia (Anexo I).

1. VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

1.1 Relações de gênero e a violência sexual contra a mulher

Há historicamente uma relação de dominação e poder, onde os meninos aprendem desde cedo, a ter comportamentos agressivos, competitivos, viris, de domínio do mundo público; enquanto espera-se que as meninas sejam sensíveis, gentis, passivas, harmoniosas, capazes de desempenhar atividades relacionadas ao mundo doméstico e familiar, com destaque para a maternidade (Gaspary, 2002).

Para Gaspary,

a cultura patriarcal, que submete a mulher à dominação masculina, a considera frágil, subordinada, dependente afetivamente e materialmente, ao mesmo tempo que trata o homem como chefe natural do grupo familiar, induzindo as pessoas a acharem normal que os homens tenham mais poderes que as mulheres e os meninos mais poderes que as meninas. (2002: 8).

Durante muito tempo, foi culturalmente aceita a subordinação da mulher ao homem, isto é, as desigualdades existentes nas relações de gênero foram historicamente naturalizadas e reproduzidas socialmente tanto por homens quanto por mulheres.

Segundo a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres,

as relações desiguais entre homens e mulheres são sustentadas pela divisão sexual e desigual do trabalho doméstico, pelo controle do corpo e da sexualidade das mulheres e pela exclusão dos espaços de poder e de decisão. (2004: 31).

Baseado neste conceito foi que nos últimos 50 anos, os movimentos feministas vieram buscar desnaturalizar esses abusos, maus-tratos e expressões de opressão que a mulher, ainda hoje, sofre no interior das suas relações íntimas.

Para tal, foi necessário dar visibilidade a violência contra a mulher entendendo-a como uma expressão da violência de gênero. *Gênero diz respeito a relações de poder e a distinção entre atributos culturais atribuídos a cada um dos sexos e suas peculiaridades biológicas.* (Gomes et al, 2005: 118).

Sobre esse conceito de gênero, Louro destaca que

(...) o conceito buscava se contrapor a todos(as) que apoiavam suas análises em argumentos essencialistas, ou seja, apontava não para uma *essência* feminina ou masculina (natural, universal ou imutável), mas para processos de construção ou formação, histórica, lingüística e socialmente determinados (e, então, múltiplos). (1996: 10).

Nesse sentido, na década de 1980, várias estudiosas feministas começaram a utilizar o conceito de gênero a fim de diferenciar o sexo, categoria biologizante, da construção dos papéis sociais referente às normas de comportamentos femininos e masculinos.

Sendo assim, para Louro,

gênero não pretende significar o mesmo que sexo, ou seja, enquanto sexo se refere à identidade biológica de uma pessoa, gênero está ligado à sua construção social como sujeito masculino e feminino. (Louro, 1996: 9).

Atualmente temos acompanhado mudanças culturais significativas para as mulheres, como por exemplo, os diversos avanços legais, *à crescente participação de mulheres no trabalho remunerado e no orçamento familiar, junto com uma aceitação social da atividade sexual feminina não-reprodutiva e fora do casamento* (Dantas-Berger & Giffin, 2005: 418), que vêm assegurar maior liberdade, igualdade e autonomia às mulheres com relação aos homens, tanto na esfera privada quanto na esfera pública.

É baseado nesses avanços constitucionais que o Plano de Ação da Conferência do Cairo vêm ressaltar o papel dos homens. Este faz ênfase na corresponsabilidade masculina, traduzida a partir do seu envolvimento com a paternidade responsável e com o comportamento sexual e reprodutivo, incluindo o uso de preservativo, como método contraceptivo para a prevenção de gravidez indesejada e DST/ AIDS.

Entretanto, apesar dos esforços por parte das Organizações Não Governamentais (ONGs), organismos internacionais, movimentos feministas e instâncias defensoras dos direitos das mulheres, podemos perceber que ainda vivemos em um modelo fortemente marcado pela divisão sexual das tarefas, ou seja, por uma ordem social de tradição patriarcal, que tanto legitima quanto justifica a ausência masculina de colaboração nas tarefas domésticas, cabendo muitas vezes à mulher a dupla jornada de trabalho.

Segundo relatório da CEPIA & Banco Mundial,

a ausência masculina tem, entretanto raízes profundas, pois reflete valores norteadores de um tipo ideal de masculinidade calcado na assimetria das relações de gênero e em uma visão de mundo onde homens e mulheres desempenham papéis diversos, particularmente no campo da reprodução e do cuidado das crianças e da casa. (2005: XXII).

Cabe ressaltar, que desde a década de 1970, as organizações de mulheres no mundo inteiro vêm dando destaque à violência sexual contra as mulheres, especialmente à relacionada com a violência de gênero.

Porém, foi na década de 1990 que a violência sexual contra a mulher ganhou maior destaque, passando a ser tratada como um problema de saúde pública, não só pelo movimento feminista, mas também por associações de profissionais e organismos internacionais, tais como a OMS e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS).

De acordo com dados fornecidos pela Fundação Perseu Abramo, indicam que a cada 15 segundos uma mulher é agredida no Brasil, com estimativa de que, cerca de 2 milhões sejam espancadas anualmente. E, embora não haja pesquisa a respeito, estima-se que metade das brasileiras que sofreram assassinato foram vítimas de companheiros ou "ex". Já no que se relaciona à violência sexual, no período de 1995 a 2002, para cada grupo de 100 mil habitantes, o Brasil apresentou uma média de 8,8 vítimas, segundo dados do Dossiê Mulher (2005). (REDEH, 2006: 38).

Com base nesses dados é relevante destacar o quanto a violência sexual é capaz de exercer um forte impacto sobre a vida de sua vítima, causando danos não só de natureza física, mas também psicológica, ocorrendo em diferentes contextos culturais, sociais e econômicos, independente da situação conjugal.

De acordo com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres,

a violência contra a mulher acontece no mundo inteiro e atinge mulheres de todas as idades, classes sociais, raças, etnias e orientação sexual. Qualquer que seja o tipo, física, sexual, psicológica, ou patrimonial, a violência está vinculada ao poder e à desigualdade das relações de gênero, onde impera o domínio dos homens, e está ligada também à ideologia dominante que lhe dá sustentação. (2004: 73).

A violência sexual contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo é muitas vezes invisível, subnotificada e naturalizada pelas próprias vítimas que, por sofrerem a violência dentro de um relacionamento íntimo, não percebem esses atos como sendo de violência sexual.

Segundo Kronbauer & Meneghel (2005), há uma invisibilização dos eventos violentos pelas próprias mulheres, que naturalizam, banalizam e relativizam as violências que sofrem, e o que é pior, não as percebem como tal.

Oshikata, Bedone & Faúndes destacam que,

uma das causas que contribuem para o baixo índice de denúncias é que a maioria das agressões ocorre em ambientes familiares ou são praticadas por pessoas conhecidas, onde existe um vínculo sentimental ou hierárquico entre os agressores e as vítimas. Mas também o medo de vingança, a sensação de culpa, o desconhecimento dos direitos legais e o descrédito na Justiça são fatores que contribuem para a falta de denúncia. (2005: 192-193).

Para Gomes et al (2005) a maior consciência dos direitos e o aprimoramento dos registros fazem com que a violência cometida contra a mulher adquira maior visibilidade na sociedade brasileira.

A partir do momento que a temática da violência sexual contra a mulher for aceita socialmente como uma expressão da violência de gênero, as mulheres em situação de violência sexual não serão mais classificadas como sexo frágil; dependentes do companheiro; inferiores aos homens; responsáveis pelo cuidado familiar e reservará a mulher vitimada um papel de destaque na sociedade; ampliando o conhecimento, acesso e a atenção à estas mulheres.

De acordo com Dantas-Berger & Giffin,

este outro modo de olhar implica uma mudança na relação social entre homens e mulheres e na abordagem da situação da violência sexual, onde a mulher busca sustentar, ainda que de forma ambivalente, uma posição de Sujeito (e não de objeto) nas relações sexuais que vivencia. (2005: 419).

Considerar a violência sexual contra a mulher como algo natural, pode contribuir para que os homens não assumam as responsabilidades pelos atos violentos que cometem e para que as mulheres não reconheçam esses atos como violência. Diante disso, corre-se o risco da sociedade considerar banal ou normal a mulher sofrer violência, principalmente se esta for praticada pelo parceiro íntimo (Gaspar, 2002).

1.2 Violência sexual perpetrada por parceiro íntimo e gravidez

Segundo a OMS (2002), a violência sexual é definida como qualquer ato sexual, comentário ou investidas sexuais indesejados, ou atos direcionados ao tráfico sexual praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima.

A violência sexual pode se expressar de diferentes formas. Alguns exemplos são: a coação, força física, intimidação psicológica, chantagem e o estupro.

Os atos sexualmente violentos podem ocorrer em diferentes contextos, dentre eles podemos destacar o sexo forçado no casamento ou namoro, estupro cometido por estranhos, assédio sexual, abuso sexual de pessoas mental ou fisicamente incapazes e a negação do parceiro íntimo quanto ao direito da mulher de usar anticoncepcionais ou de adotar outras medidas de proteção contra DST/AIDS.

Segundo a Organização Mundial de Saúde,

em muitos países, uma grande parcela das mulheres que vivenciam a violência sexual também vivencia o abuso sexual. No México e nos Estados Unidos, os estudos estimam que de 40 a 52% das mulheres que vivenciam violência física praticada por um parceiro íntimo também estão sujeitas a coação sexual por parte deste parceiro. (2002: 150).

Algumas conseqüências da violência sexual contra a mulher são a gravidez indesejada, as infecções por DST, somado às complicações ginecológicas como sangramento, infecção vaginal, irritação genital e dor pélvica crônica.

Um estudo realizado nos Estados Unidos verificou que as mulheres que eram agredidas pelo parceiro tinham três vezes mais probabilidades de apresentarem um problema ginecológico do que as outras mulheres que não haviam sofrido esse tipo de abuso. Estes problemas incluem dor pélvica crônica, sangramento ou corrimento vaginal, infecção vaginal, dismenorreia, disfunção sexual, doença inflamatória pélvica, dor na relação sexual, infecção urinária e infertilidade. (BEMFAM, 2002: 3).

As mulheres que são vítimas de violência sexual, em seus relacionamentos íntimos, têm maiores dificuldades em negociar o uso de preservativos ou de outros métodos contraceptivos, estando, portanto sob um risco maior de adquirir algum problema de saúde.

As mulheres que sofreram de violência sexual têm muito mais probabilidade de usar métodos anticoncepcionais clandestinamente, de

interromper a anticoncepção por imposição do parceiro e de conviverem com um parceiro que se recusa a usar preservativos para prevenção de doenças. (BEMFAM, 2002: 3).

A violência sexual praticada por parceiro íntimo agrava os efeitos da violência física sobre a saúde mental da mulher, causa morte, anula a autonomia e potencial da mulher como pessoa e membro da sociedade, ocorre nas diferentes fases da vida, além, e não menos importante, de reduzir a sua capacidade de perceber a sexualidade como algo que pode controlar.

A violência sexual praticada pelo parceiro íntimo é comum em diferentes regiões. No caso brasileiro, 10,1% das mulheres em São Paulo e 14,3% na Zona da Mata pernambucana relataram já haver sido forçadas fisicamente a ter relações sexuais quando não queriam, ou forçadas a práticas sexuais por medo do que o parceiro pudesse fazer, ou forçadas a uma prática sexual degradante ou humilhante. (Grupo Brasileiro do WHO *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women* apud Cavalcanti, 2004:19).

A violência sexual contra a mulher em um contexto gestacional, ao contrário do que se pensa, não diminui. Infelizmente a violência pode ser mais comum para a mulher grávida do que a pré-eclâmpsia, fazendo do contexto da gravidez um período que ao invés de proteger a mulher somente aumenta o risco para situações de violência. (Ministério da Saúde, 2005a). *Na literatura internacional, a prevalência de abuso durante a gestação varia de 4% a 25%.* (Castro & Ruíz, 2004: 63).

De fato, cerca de 13% das mulheres relata aumento da frequência ou severidade da violência durante esse período. A prevalência de violência física e sexual durante a gravidez oscila de 1% e 20%, com índices igualmente altos nos primeiros seis meses após o parto, atingindo 25% das mulheres. (Ministério da Saúde, 2005a: 133).

Segundo o Ministério da Saúde (2005a), já há indícios que as mulheres grávidas que sofrem violência sexual não realizam o pré-natal ou protelam seu início, tem aumentado o risco de ganho de peso insuficiente durante a gestação, de desenvolver trabalho de parto prematuro e um quadro de estresse emocional constante associado a baixa estima, soma-se a isso, o uso abusivo de álcool, cigarro ou drogas, assim como a tendência ao isolamento e ao suicídio.

De acordo com artigo publicado pela BEMFAM,

a violência durante a gravidez está relacionada a atrasos na obtenção de assistência pré-natal, aumento do tabagismo e abuso de álcool e outras drogas durante a gestação, ganho de peso insuficiente e depressão. A violência durante a gravidez está associada ao aborto sob condições de risco, abortamento espontâneo, feto natimorto, baixo peso ao nascimento e mortalidade neonatal. (2002: 4).

O problema ainda pode ser agravado se considerarmos que as vítimas de violência sexual nem sempre tem acesso a serviços de saúde capazes de realizar o aborto, mesmo quando previsto e permitido pela legislação. (Ministério da Saúde, 2005b).

Por falta de informação sobre seus direitos ou por dificuldade de acesso a serviços seguros, muitas mulheres, convencidas de interromper a gestação, recorrem aos serviços clandestinos de abortamento, freqüentemente em condições inseguras e com graves conseqüências para a saúde, incluindo-se a morte da mulher. (Ministério da Saúde, 2005b: 41).

Segundo Garcia-Moreno (2002), dados provenientes dos Estados Unidos demonstram que a cada ano mais de 32.000 gestações acontecem como conseqüência da violência sexual, sendo que destas gestações cerca de 50 % resultam em aborto.

Estudo realizado na Costa Rica com 118 mulheres grávidas a fim de determinar a prevalência da violência física, psicológica, emocional e sexual apontou para os seguintes resultados: 29,7% das mulheres estudadas afirmaram ter passado algum tipo de violência. Desse total 52,2% afirmaram terem sido forçadas a manter relação sexual contra a vontade com o parceiro ou companheiro. (Nunez-Rives et al., 2003).

Outro dado deste mesmo estudo revela que aproximadamente 80% das vítimas não tinham emprego remunerado ou possuíam remunerações muito baixas e tinham pouca escolaridade, cerca de 1 a 6 anos de estudo. (Nunez-Rives et al., 2003).

Esses dados sugerem que a saúde da gestante que sofre violência sexual pelo parceiro íntimo pode piorar, uma vez que a violência ocorrida no âmbito familiar é naturalizada e aceita socialmente como um problema do casal. Essa situação pode contribuir para que a gestante tenha complicações no parto, colocando em risco a sua saúde e a de seu bebê.

Outro fator destacado por esse estudo é a dependência econômica, que pode contribuir para que a mulher permaneça numa relação violenta.

Diante disso, podemos perceber o quanto é relevante para a ampliação da saúde da mulher em situação de violência sexual ter um serviço de saúde reprodutiva sensibilizado com a temática da violência sexual contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, contribuindo para que a mulher seja informada dos seus direitos, atuando tanto na prevenção quanto na diminuição das seqüelas resultantes da violência sexual. Afinal, para muitas mulheres o fato de estar grávida pode representar o único contato destas mulheres com o sistema de saúde (BEMFAM, 2002).

O setor saúde pode aproveitar esta oportunidade garantindo a existência de um ambiente seguro e de apoio, ajudando os/as profissionais responsáveis pelo atendimento a detectar a ocorrência de violência, e permitindo que as mulheres recebam a assistência que necessitam. (BEMFAM, 2002: 4).

Os serviços de saúde, principalmente os de assistência pré-natal, poderão contribuir tanto na quebra do ciclo da violência quanto na promoção dos direitos dessas mulheres.

1.3 Ações de assistência pré-natal e a prevenção da violência sexual

A assistência à gestante durante muito tempo foi concebida e orientada a fim de melhorar os indicadores de saúde infantil.

O reconhecimento da assistência pré-natal como o modelo assistencial capaz de atender às necessidades globais da mulher se deu a partir da década de 1980, quando houve a implementação do PAISM.

Para Serruya et al,

um novo paradigma na atenção à saúde da mulher foi concebido pelo movimento de mulheres em associação com profissionais de saúde e traduzido nas bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em 1983. (2004: 1281).

O PAISM introduziu outros conceitos na atenção à saúde feminina, incorporando como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização, regionalização dos serviços, integralidade e equidade da atenção.

Segundo Serruya (2004), a operacionalização da idéia de integralidade do ponto de vista conceitual foi o que se caracterizou como um desafio maior, uma vez que exigia dos profissionais e gestores uma postura que extrapolava a capacitação técnica para responder cada demanda feminina de saúde.

Ao destacar a importância de se ter um olhar diferenciado à saúde feminina, o PAISM ampliou a discussão acerca da saúde da mulher entre gestores e serviços de saúde.

Osis destaca que

(...) o PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial (Ravindran, 1995), ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. (1998: 31).

A implantação de um novo modelo de atendimento à saúde reprodutiva feminina pelo PAISM assegurou à assistência pré-natal um lugar de destaque, capaz de promover e prevenir a saúde da gestante, antes que pudesse resultar em risco para a qualidade de vida da gestante e do feto. A assistência pré-natal, segundo o PAISM, é um conjunto de procedimentos clínicos e educativos que tem como objetivo promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam

resultar em risco para a saúde da gestante e do conceito. (Ministério da Saúde, 2004).

As ações de assistência pré-natal dentro deste novo modelo consideraram a mulher como ser integral, cuja gravidez representa um momento de grandes modificações, devendo ter uma assistência diferenciada.

Segundo o Ministério da Saúde,

a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes da área de abrangência da unidade de saúde, mediante utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso. (2000: 12).

A assistência integral inclui aspectos que outrora foram deixados de lado no atendimento de pré-natal, ou seja, *a perspectiva integral busca um enfoque global e complexo do processo da maternidade, e, portanto, inclui aspectos sociais, culturais e econômicos que interferem na gestação e nos seus múltiplos significados.* (Cavalcanti, 2004: 24).

Desse modo, quando o PAISM preconiza que a gestante tenha um atendimento integral, as ações de assistência pré-natal adquirem um papel diferenciado, podendo perceber demandas que não tenham necessariamente uma ligação direta com a gestação, como por exemplo, a ocorrência de violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo.

Segundo o Ministério da Saúde,

nos casos de violência sexual praticada por parceiros íntimos, familiares ou pessoas próximas, é importante considerar que as vítimas poderão estar mais vulneráveis, pelo envolvimento emocional, dependência econômica, facilidade de acesso do agressor em relação à vítima ou medo. É importante considerar que os casos de violência sexual estão presentes na maior parte dos casos de violência física e que estes costumam acontecer de forma sistemática e não isolada. (2005b: 18).

A assistência pré-natal tem por objetivo assegurar a evolução normal da gravidez; preparar a mulher para a gestação, o parto, o puerpério e a lactação normais e identificar o mais rápido possível as situações de risco. Atuando dessa forma, é possível prevenir estas gestantes de futuras complicações durante a gravidez. (Costa et al., 2005).

Nesse sentido, a assistência pré-natal constitui-se um local privilegiado no qual pode-se perceber a ocorrência de violência sexual contra a mulher, uma vez que o profissional poderá atuar tanto na prevenção quanto no tratamento das seqüelas resultantes da violência sexual, informando e viabilizando às gestantes seus direitos. Além disso, segundo o Ministério da Saúde (2005a), o profissional da assistência pré-natal, deve aplicar em toda consulta que realiza uma avaliação de risco gestacional.

Para implementar as atividades do controle pré-natal, é necessário identificar os riscos a que cada gestante está exposta. Isso permitirá as orientações e encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. É indispensável que esta avaliação do risco seja permanente, ou seja, acontece em toda consulta. (Ministério da Saúde, 2005a: 20).

Sendo assim, os profissionais da assistência pré-natal podem proporcionar à gestante, através da escuta, um atendimento diferenciado, contribuindo para a construção de um ambiente humanizado, acolhedor e de garantia de direitos.

Contando suas histórias, as grávidas esperam partilhar experiências e obter ajuda. Assim, a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro, aparecendo de forma individualizada, até mesmo para quem já teve outros filhos. (Ministério da Saúde, 2005a: 13).

Segundo Ministério da Saúde (2005b), as unidades de saúde que tenham serviços de ginecologia e obstetrícia constituídos devem estar capacitadas e sensibilizadas para o atendimento e reflexão coletiva aos casos de violência sexual.

Propõe-se a realização de atividades que favoreçam a reflexão coletiva sobre o problema da violência sexual, sobre as dificuldades que crianças, adolescentes e mulheres enfrentam para denunciar esse tipo de crime, os direitos assegurados pelas leis brasileiras e o papel do setor de saúde, em sua condição de co-responsável na garantia desses direitos. (Ministério da Saúde, 2005b: 12).

Para Castro & Cardoso (2005), compreender a intervenção profissional, voltada para uma atuação acolhedora, comprometida e estratégica é o caminho principal a fim de reverter a situação de violência atual.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Para Minayo (1994), a metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade, ou seja, é a fase do projeto que ocupa um lugar central na articulação teórico-prática.

Buscou-se adotar no presente estudo a abordagem qualitativa, a fim de analisar os sentidos atribuídos pelas usuárias da assistência pré-natal do HMAF à violência sexual perpetrada por parceiro íntimo.

A abordagem qualitativa se preocupa em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais.

Numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. (Minayo, 1994: 102).

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificados (Minayo et al, 2001).

Essa pesquisa foi realizada através de entrevista semi-estruturada baseada em roteiro (Anexo A), com perguntas abertas e fechadas formuladas a partir do delineamento do objeto, no qual a entrevistada teve a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

A entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de informações (...) é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. (Minayo, 1994: 109).

O roteiro da entrevista foi estruturado em 4 eixos: 1. Perfil; 2. Gestações; 3. Violência sexual e 4. Ações de assistência pré-natal.

Optou-se por construir um perfil das gestantes entrevistadas, uma vez que a cor, idade, escolaridade, situação conjugal, orientação religiosa, ocupação, bairro de residência e naturalidade, são aspectos que podem influenciar os sentidos atribuídos à violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a abril de 2007 no HMAF. O HMAF está situado na AP 3.3 no Município do Rio de Janeiro e desde 2000 é considerado um dos pólos de atendimento às mulheres em situação de violência sexual.

Os critérios de inclusão para a participação das entrevistas foram: a) gestante com idade superior a 18 anos; b) estar matriculada na assistência pré-natal do HMAF; e c) concordar em participar.

O critério inicialmente adotado incluindo gestantes que já tivessem sofrido violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo e gestantes que nunca tivessem sofrido violência sexual pelo parceiro íntimo foi abandonado, uma vez que, nenhuma das gestantes entrevistadas se reconheciam em situação de violência sexual.

O critério situação conjugal, foi ampliado, incorporando não só as gestantes que tinham união estável como também as que se separaram após a confirmação da gravidez.

Após breve contato com os profissionais que realizam o acompanhamento pré-natal no HMAF, percebeu-se a necessidade de analisar também os prontuários das gestantes entrevistadas, já que estes poderiam conter informações referentes a situações de violência não mencionadas pela gestante no momento das entrevistas.

As entrevistas do tipo semi-estruturada, baseadas em roteiro (Anexo A) foram gravadas e posteriormente transcritas, após a concordância das gestantes em participar da entrevista assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B).

Foram realizadas pela pesquisadora 17 (dezessete) entrevistas com duração total de 2 (duas) horas e 29 (vinte e nove) minutos. Se for levada em consideração a relação entre a abrangência do roteiro e a duração das entrevistas, pode-se observar que, em alguns casos, as entrevistadas foram breves em suas respostas, fazendo com que a entrevista durasse, por exemplo, 4 (quatro) minutos. A entrevista que teve maior duração foi de 16 (dezesesseis) minutos.

Diversas explicações podem ser atribuídas ao fato de uma entrevista ter maior ou menor duração. Dentre elas, é possível destacar a presença ou ausência de: interesse pelo tema, disponibilidade de tempo para a realização da entrevista e receio em falar sobre o tema proposto.

A maioria das entrevistas foi realizada no mesmo momento do contato inicial. Apenas algumas foram agendadas para um momento posterior, por conveniência

das entrevistadas, e 2 (duas) foram agendadas após as gestantes serem contatadas via telegrama.

Para análise das falas das entrevistadas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo que, segundo Minayo (1994), pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdos, indicadores, sejam eles quanti ou qualitativos, que permitam a inferência de conhecimentos acerca das condições de produção e recepção das mensagens ali contidas.

Dentre as técnicas de análise de conteúdo, foi utilizada uma adaptação da análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado (Minayo, 1994).

Para a realização da análise de conteúdo foram desenvolvidas as seguintes etapas: a) na pré-análise realizou-se a leitura, a organização do material e definiram-se as categorias; b) na exploração do material foram classificados os sentidos atribuídos pelas usuárias do pré-natal do HMAF de acordo com as categorias definidas na etapa anterior; c) no tratamento do material empírico foram identificados os núcleos de sentido; e d) na interpretação foi feita a análise e posteriormente a articulação com os referenciais teóricos.

Com o objetivo de preservar o anonimato da pesquisa, nas falas das entrevistadas, foi utilizado o código Gest. Após este código segue o número correspondente à seqüência em que as entrevistas foram realizadas.

A presente pesquisa foi aprovada em 12 de fevereiro de 2007 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro em cumprimento à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta investigações envolvendo seres humanos.

As informações geradas pelo presente trabalho constituíram produção acadêmica do Núcleo de Estudos e Ações em Saúde Reprodutiva e Trabalho Feminino da Escola de Serviço Social da UFRJ. Sua divulgação não sofreu nenhuma restrição, ficando o Núcleo responsável pela disponibilização da consulta, bem como pelo fornecimento de dados acerca deste.

Os dados coletados servirão para a produção de artigos técnico-científicos e de trabalhos a serem apresentados em mesas redondas, congressos, entre outros, com vistas a uma maior divulgação destes resultados.

3. PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS NO PRÉ-NATAL DO HMAF

Este capítulo se destina a analisar o perfil das gestantes atendidas na assistência pré-natal do HMAF.

Na análise, foram incluídas as seguintes variáveis: **dados de identificação** (cor, idade, escolaridade, situação conjugal e ocupação, orientação religiosa, bairro de residência e naturalidade) e **dados gestacionais** (história reprodutiva, participação do parceiro na escolha do método contraceptivo, abortamento e tempo para o início do pré-natal).

3.1 Dados de identificação

Para analisar o perfil das gestantes atendidas, há que se considerar a idade, a escolaridade, a situação conjugal e a orientação religiosa, pois são aspectos que podem influenciar os sentidos atribuídos pelas usuárias à violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo.

3.1.1 Cor

A partir da análise dos prontuários das gestantes entrevistadas foi possível constatar que das 17 usuárias, 8 se declararam brancas, 4 se declararam pardas e 5 se declararam negras.

Optou-se por analisar esta categoria, uma vez que a vulnerabilidade à situações de violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo tem relação com a cor.

Segundo Diniz et al, num estudo de avaliação sobre a adesão de mulheres vítimas de violência sexual ao tratamento de quimioterapia do HIV, foi constatado que a maior frequência de violência sexual era contra as mulheres negras, *pois estas, além de mulheres, são negras, e sofrem por ser mais discriminadas, desvalorizadas, vivendo em condições desiguais de gênero e em situação de violência.* (2007; 3).

Todavia, essa explicação não pode ser verificada, visto que não foram encontradas diferenças entre os discursos das gestantes quanto às concepções sobre a violência sexual contra a mulher e a cor declarada por elas.

Das 17 gestantes entrevistadas, 12 não se reconheciam em situação de violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo. Destas 12, 5 se declararam brancas, 3 se declararam pardas e 4 se declararam negras.

A partir da análise das entrevistas foi possível perceber que essas 12 gestantes não reconheciam determinados atos ocorridos dentro da relação conjugal como situações de violência sexual, dentre esses atos estão: a realização de ato sexual contra a vontade, proibição do uso do método pelo parceiro e recusa ao uso do preservativo pelo parceiro.

Quanto à realização de ato sexual contra a vontade

[Ao ser questionada se já havia tido relação sexual com o parceiro contra a vontade] Eu acho que sim (...) principalmente no casamento, você às vezes tá muito cansada ou às vezes saiu de uma briga, às vezes tá um pouquinho chateada com o parceiro, aí você acaba cedendo pra acabar com àquela briga (...), aquele mal estar do momento, aí você acaba cedendo (...). (Gest. 16, branca).

Quanto à proibição do uso do método pelo parceiro

Já, muitas e muitas vezes, quando eu engravidei do meu filho, ele quer filho! (Gest. 08, negra).

Quanto à recusa do uso do preservativo pelo parceiro

Já, já se negou sim. Falou que não tinha necessidade, que se eu engravidasse, ele assumia (...). (Gest.01, parda).

(...) Diz que incomoda, que é ruim, prefere sentir a mulher, entendeu? (risos). É isso! (Gest. 11, branca).

Segundo a OMS (2002), atos como estupro dentro do casamento, investidas sexuais indesejadas, negação ao direito de usar anticoncepcional ou de adotar outras medidas de proteção contra DST/AIDS, são considerados violência sexual.

3.1.2 Idade

Observou-se que, por se tratar de gestantes, a idade varia de 18 a 44 anos. Apesar da idade reprodutiva no ser humano, ser habitualmente definida entre o período de 15 a 44 anos, alguns autores, como Costa (2003), Haddad & Silva (2000) e Carvalheiro & Manço (1992) ampliaram esse período, considerando a idade de 15 a 49 anos como o período reprodutivo feminino.

Foi possível perceber também que há predominância de duas faixas de idade, as que correspondem ao período de 18 a 24 anos, declarada por 8 gestantes, e de 37 a 44 anos, declarada por 5 gestantes.

Analisando o fenômeno da gravidez entre jovens, período correspondente a idade de 15 a 24 anos, podemos encontrar algumas explicações relacionados à ocorrência da gravidez dentre este grupo.

Uma explicação está relacionada com a mudança de *status* social, ou seja, a jovem que antes era vista como irresponsável, com a maternidade traz a possibilidade de ser tratada com maior prestígio e reconhecimento social.

Brandão & Heilborn destacam que,

em geral, nos segmentos populares, a gravidez promove mudanças no estatuto social dos jovens pais. Eles passam a ocupar outras posições sociais decorrentes da parentalidade e da mudança do estatuto conjugal, o que lhes atribui maior prestígio e reconhecimento social nas suas comunidades. (2006: 1428).

Para Villela & Doreto, *a forte significação positiva da maternidade pode ser entendida como uma contraface de desqualificação social das mulheres*. (2006: 2469).

Outra explicação pode estar relacionada com a pobreza, uma vez que é mais difícil para essas jovens de baixa renda terem acesso a uma educação de qualidade, o que diminui as chances de conseguir uma boa qualificação, um bom emprego. Desse modo, a maternidade passa a ser um espaço mais fácil de realização pessoal.

No caso de meninas pobres esta importância simbólica [representada pela maternidade] pode tornar-se ainda maior pela dificuldade de acesso a outros bens sociais, como educação, trabalho, remuneração e prestígio. (Villela & Doreto, 2006: 2469).

Analisando o fenômeno da gravidez entre mulheres adultas de 37 a 44 anos, foi possível levantar alguns fatores relacionados a ocorrência da gravidez no final do ciclo reprodutivo.

Uma justificativa pode estar relacionada com as alterações hormonais, a que normalmente as mulheres estão sujeitas uma vez que podem estar entrando na pré-menopausa. Nesse período de grandes oscilações hormonais, pode haver a diminuição do efeito da pílula contraceptiva, favorecendo a ocorrência da gravidez.

(...) tomando remédio e menstruando, nem sabia que tava grávida (...) você conhece o seu corpo né, tá menstruando, mas tem uma coisa mexendo dentro de você (...). (Gest. 12, 44 anos).

Outra razão pode ser relacionada com a vontade das mulheres investirem primeiro na sua carreira profissional, obter uma estabilidade financeira ou mesmo um parceiro estável. Segundo Andrade et al, *muitas mulheres estão adiando sua gestação para a quarta ou quinta décadas para priorizar sua carreira, buscando estabilidade financeira e parceiro estável.* (2004: 698).

Com os avanços obtidos a partir do surgimento da pílula anticoncepcional, camisinha feminina e masculina, DIU, diafragma, entre outros, a mulher pode mais facilmente optar e planejar o momento em que gostaria de ser mãe.

3.1.3 Escolaridade

Durante a análise das entrevistas foi possível perceber que das 17 gestantes entrevistadas nenhuma possuía ou estava cursando o ensino superior, 11 tinham o ensino médio completo, 4 o ensino médio incompleto, 1 o ensino fundamental completo e 1 o ensino fundamental incompleto.

Considerou-se a escolaridade das gestantes na construção do perfil, uma vez que a escola tem sido considerada um espaço privilegiado para a aquisição de habilidades cognitivas e sociais (Villela & Doreto, 2006).

A ocorrência de gravidez durante a idade escolar, situação vivenciada por 8 das 17 gestantes entrevistadas, pode contribuir para que a gestante retorne tardiamente ou até mesmo não venha a concluir os estudos, diminuindo

significativamente as suas chances de uma boa colocação futuramente no mercado de trabalho e de melhorar a sua qualidade de vida e de sua família.

Diante disso, a gravidez durante a idade escolar vem atualmente se configurando como um problema de saúde pública no país, gerando consequências severas para a vida das mulheres, em especial para as que pertencem a esfera popular.

Adolescentes cuja renda familiar se classifica entre as mais pobres (1/4 de salário mínimo) quase não têm nenhuma chance de completar o 2º grau pós o nascimento de um filho. Vinte e quatro por cento dessas adolescentes tiveram de cinco a oito anos de escolaridade, mas somente 2% prosseguiram sua educação após o nascimento do filho. Entre as que tiveram um filho antes dos 20 anos, apenas 23% haviam estudado além da 8ª série, enquanto as que não deram à luz, 44% estudaram além da 8ª série. (Oliveira 1998: 52).

O fato de nenhuma das gestantes entrevistadas possuir ensino superior pode estar relacionado com a gravidez ocorrida durante a adolescência, na faixa dos 16 aos 20 anos, acarretando para a sua vida uma diversidade de situações que ameaçam a conclusão dos estudos.

Segundo Oliveira (1998), uma das situações que podem contribuir para que a gestante pare de estudar ainda durante a gestação é o constrangimento e as pressões sofridas pelos diretores, professores e colegas.

Outra situação que pode contribuir para que a gestante que engravidou durante a idade escolar não retome os estudos é o sustento da criança. A ausência de creches gratuitas ou de recursos financeiros para o pagamento de alguém que possa tomar conta do filho podem contribuir para que a continuação dos estudos seja colocada em segundo plano.

(...) diante das dificuldades em encontrar vaga em uma creche gratuita (...), a adolescente busca apoio na família para a guarda do bebê durante sua jornada de trabalho... Quando não conseguem esse apoio familiar, não raro destinam parte dos seus vencimentos a outra mulher que cuidará de seu filho durante essa jornada. No fim do dia, ir à escola diante desse contexto torna-se uma tarefa impossível de ser cumprida. (Oliveira 1998: 53).

Nesse sentido, a ausência de uma formação superior aponta para um problema que atualmente tem atingido de maneira mais severa as classes mais

populares que é a falta de qualificação para o mercado de trabalho e consequentemente para a garantia de um emprego formal e melhor remunerado.

Oliveira (1998), ao tratar das implicações que a diminuição de tempo dedicados ao estudo pode gerar, destaca que a não-continuidade dos estudos significará menor qualificação, portanto menos chances de competir num mercado cada vez mais exigente e com menos ofertas, além da submissão ao trabalho informal e mal remunerado.

Villela & Doreto (2006) acrescentam que aproximadamente três quartos dos jovens de renda mais baixa ingressam no mercado de trabalho antes dos 15 anos, com média salarial inferior a do conjunto dos trabalhadores. *Entre as camadas mais pobres, 23% dos jovens conseguem trabalhar e estudar, mas 17,1% não trabalham nem estudam. Entre as meninas o percentual de trabalho e não estudo chega a 26%.* (2006: 2469).

Cabe destacar que a quantidade de filhos tem uma relação inversamente proporcional ao tempo dedicado de estudo formal. Segundo dados da OMS (1994), mulheres sem educação formal têm, em média, o dobro do número de filhos se comparadas àquelas com sete ou mais anos de escolaridade, demonstrando o papel importante que a educação pode ter no que tange a disseminação da informação.

3.1.4 Situação conjugal e ocupação

A partir da análise das entrevistas foi possível perceber que das 17 gestantes entrevistadas 2 estão namorando, 3 estão casadas, 10 estão em união estável e 2 estão separadas/ divorciadas.

Optou-se por articular a situação conjugal das gestantes com a ocupação, uma vez que a ausência de trabalho pode contribuir para que a gestante dependa financeiramente do parceiro e aumente o risco de vivenciar situações de violência sexual cometida pelo mesmo, isto é, num contexto de violência perpetrada pelo parceiro, a ausência de ocupação e consequentemente renda podem contribuir para que a mulher não consiga romper com o ciclo da violência.

Segundo pesquisa realizada por Segalin & Camini (2003) no Núcleo de Prática Sócio-Jurídica da Universidade do Oeste de Santa Catarina com mulheres vítimas de violência doméstica, as mulheres que dependem financeiramente dos

seus companheiros, se estiverem inseridas num contexto violento, tem maiores dificuldades de romper com esse ciclo.

Cabe destacar que das 10 gestantes em união estável, somente 4 tinham alguma ocupação. Esse fato pode estar relacionado com a construção social dos papéis femininos e masculinos, na qual ao homem destina-se o âmbito público, àquele que provê, e a mulher o âmbito privado, àquela responsável pela organização da casa, cuidado dos filhos e afazeres domésticos. Essa “divisão” desigual dos papéis aprofunda a desigualdade de gênero e legitima as situações de violência sexual sofridas pelas mulheres no âmbito privado.

Segundo Souza & Adesse (2005) a dificuldade da sociedade em lidar com a questão da violência sexual, passa a ser um problema que revela uma moral conservadora das relações conjugais, no qual ainda vigora uma moral julgadora da mulher vítima de estupro e até mesmo de agressões pelo companheiro.

A violência quando cometida pelo parceiro pode deixar a mulher muito fragilizada, produzindo danos que vão desde os físicos até os emocionais e crônicos.

A fragilização dessas vítimas pode incluir efeitos permanentes na auto-estima e auto-imagem, deixando-as com menos possibilidades de se proteger, menos seguras do seu valor e dos seus limites pessoais, e mais propensas a aceitar a vitimização como sendo parte da sua condição de mulher. (Adeodato et al 2005: 109).

Segundo Adeodato et al, as justificativas para a manutenção da relação violenta são diversas, mas

o principal motivo de as mulheres não terem deixado o parceiro no início das agressões foi o fato dos agressores melhorarem (58%), seguido do fator filho (48%). Os demais motivos para a mulher não ter deixado o parceiro foram: dependência financeira (38%), paixão pelo parceiro (27%) e medo (27%). Quando a mulher aponta o item dependência financeira como motivo de não ter deixado o agressor, normalmente este vem associado ao fator filhos. (2005: 111).

Diante disso, é importante destacar que a dependência econômica, contribui em muitos momentos para que a mulher em situação de violência sexual não consiga romper com a violência, além de se sujeitar a fazer determinados atos que não são de sua vontade, como podemos verificar no fragmento a seguir:

Ele dizia que... já que eu tava morando com ele, eu tinha mais é que fazer a vontade dele (...) aí já fica uma situação chata né. Tal, é marido da pessoa, não é casado, mas tá junto, tem que aceitar. (Gest. 03).

3.1.5 Orientação religiosa

A partir da análise das entrevistas foi possível perceber que das 17 gestantes entrevistadas, 6 se declararam evangélicas, 5 católicas, 3 espíritas e 3 disseram não ter orientação religiosa.

Optou-se por verificar a orientação religiosa do grupo estudado, acreditando que as diferentes práticas religiosas, através da interferência de valores religiosos, poderiam influenciar os sentidos atribuídos pelas entrevistadas à violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo. *A religião é definida como a crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do universo.* (Fleck et al 2003: 446).

A religião pode contribuir tanto para que a pessoa tenha uma melhoria da qualidade de vida, adquirindo forças para enfrentar as dificuldades cotidianas, como também para que a pessoa se resigne a continuar ocupando o mesmo lugar, sem perspectivas de ruptura por melhores condições de vida. Mais do que uma crença, para muitas pessoas, a religião passa a ser uma fonte de conforto, bem-estar e segurança.

Contudo, foi constatado que a presença ou ausência de religião não interferiu nos sentidos apresentados pelas usuárias entrevistadas como se esperava inicialmente.

Esse fato pode ser verificado nos fragmentos a seguir, em que as gestantes, a primeira evangélica, e a segunda espírita, foram questionadas se alguma vez já haviam tido relação sexual com o parceiro contra a vontade.

(...) às vezes acontece né, do marido tá [referindo-se ao desejo de manter relação sexual] e a gente não. Tá cansada do dia a dia, da casa, dos filhos e aí chega a noite, a gente só quer descansar, dormir né, e às vez o marido vem, a gente até cede, não considerando aquilo como uma violência sexual, mas por fazer o papel, alí de esposa, de mulher, essas coisas. (Gest. 13).

Ah, tem sempre aquela insistenciazinha básica do namorado, do marido que quer e começa a chantagem emocional, diz que vai procurar mulher na rua, aí a gente acaba cedendo por medo, por insegurança (...). (Gest. 01).

Apesar de terem práticas religiosas diferentes, a maneira como se comportam diante da insistência do parceiro para realização do ato sexual é a mesma, ou seja, não é o fato de não terem a mesma prática religiosa que diferencia os sentidos atribuídos a um mesmo assunto, mas sim a forma como entendem e reproduzem o papel da mulher na sociedade contemporânea.

À princípio, achava-se que as práticas religiosas poderiam influenciar nos sentidos atribuídos pelas usuárias, porém, essa influência não pode ser constatada uma vez que não observou-se diferenciação, na verdade, a influência apresentada nos discursos foi em relação ao papel que a mulher ocupa na sociedade.

Essa diferenciação pode ser observada, na releitura dos dois fragmentos apresentados anteriormente, no qual a gestante do primeiro fragmento, aceita realizar determinados atos contra a sua vontade por considerar ser este o seu papel de esposa, se restringindo ao âmbito privado, ao lar, aos afazeres domésticos, ao cuidado dos filhos e a satisfação sexual do seu companheiro. Já a gestante do segundo fragmento, declara que aceita a insistência do parceiro por insegurança e por medo de perdê-lo para outra mulher.

3.1.6 Bairro de residência

Para efeito de análise optou-se por adotar a classificação por AP. Foram encontradas 14 gestantes moradoras da AP 3.3 [Anchieta (4), Bento Ribeiro (2), Campinho (1), Madureira (1), Marechal Hermes (4) e Oswaldo Cruz (2)] e 3 gestantes moradoras da AP 5.1 [Bangu (1), Deodoro (1) e Realengo (1)].

Acredita-se que a razão para a maioria das usuárias entrevistadas pertencerem a AP 3.3, deve-se ao fato do HMAF, maternidade no qual a pesquisa foi desenvolvida, pertencer a esta mesma AP. Já o motivo de haver gestantes atendidas no hospital distante da sua residência, pode estar relacionado com o fato de o HMAF ser maternidade de referência para atender gestantes de risco, acolhendo também gestantes que não residem próximo ao hospital.

3.1.7 Naturalidade

Foi possível perceber que das 17 gestantes entrevistadas, 15 são naturais do Rio de Janeiro, uma é natural de Alagoas e uma de São Paulo.

Acreditava-se que a naturalidade influenciaria nos sentidos atribuídos pelas gestantes entrevistadas quanto à violência sexual contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo dada a diferença cultural existente entre os estados. Contudo, essa explicação não pode ser confirmada, uma vez que, não pode ser constatada nenhuma diferença considerável nos discursos das gestantes entrevistadas que pudessem ter relação com a localidade de origem.

3.2 Dados gestacionais

Para analisar o perfil gestacional das entrevistadas, consideraram-se os direitos sexuais e reprodutivos, a participação do parceiro na escolha do método contraceptivo, o abortamento e o tempo para o início do pré-natal.

3.2.1 História reprodutiva

Neste subcapítulo optou-se por articular o planejamento da gravidez com o número de gestações e a utilização de método contraceptivo uma vez que a dificuldade na contracepção é uma das consequências da violência sexual contra a mulher.

A análise dos dados quanto ao planejamento da gravidez permitiu constatar que, das 17 gestantes entrevistadas, somente uma havia planejado a gravidez atual e que 7 haviam planejado a gravidez anterior.

O fato de mais gestantes terem planejado a gravidez anterior que a atual pode estar relacionado com o desejo de ter o primeiro filho, fazendo com que a mulher programe quando deseja engravidar.

Segundo a fala da gestante abaixo, mãe de 3 filhos, sobre o planejamento da gravidez afirma que

só a primeira [gestação] que foi, da segunda pra cá (pausa), assim, situação financeira, hoje em dia não dá pra ter mais de dois filhos, mas aí, nesse intervalo [referindo-se ao período de amamentação] que pára o anticoncepcional, aí tem pessoas que falam, 'Ah! Mas já tá criando massinha, você tem que dar um tempo.' (...) Sempre nos espaços que eu dava, eu pegava gravidez. (Gest. 06).

A pobreza pode ser uma explicação para esse dado, já que pode contribuir para que a mulher tenha dificuldades quanto no acesso, por exemplo, a pílula ou ao preservativo.

Outra explicação pode ser a desinformação ou a automedicação, isto é, muitas mulheres não vão ao ginecologista antes de começar a fazer uso da pílula anticoncepcional, optam por se automedicarem acreditando que a mesma pílula que funciona com suas parentes ou conhecidas irá funcionar com elas.

Essa desinformação pode acarretar danos para a sua saúde. Giffin destaca que

investigações locais das práticas contraceptivas de mulheres de baixa renda mostraram a pílula sendo tomada irregularmente e/ou incorretamente, comprada nas farmácias sem receita médica, em dosagens inadequadas, e usada durante muitos anos seguidos, inclusive por mulheres com problemas cardiovasculares, fumantes, etc. (2002: 107).

A gravidez não planejada também pode estar relacionada com o uso irregular do preservativo ou da pílula anticoncepcional, já que é recorrente, em situações de violência sexual, a recusa do parceiro quanto ao uso do preservativo, bem como a proibição do uso de qualquer método contraceptivo pela parceira.

Entretanto, se por um lado a ocorrência de gravidez não planejada pode ser verificada a partir do resultado da análise do número de gestações anteriores das usuárias entrevistadas no qual, das 17 gestantes, uma havia tido três e a outra, quatro gestações anteriores; por outro, das demais gestantes, 6 declararam ter tido duas gestações anteriores e 4 declararam ter tido uma gestação anterior. Esse fato pode estar relacionado com a expansão do acesso aos métodos contraceptivos, que podem ser conseguidos tanto gratuitamente nos postos de saúde, após inserção no programa de planejamento familiar, quanto em qualquer farmácia.

Segundo Neri (2005), após a década de 1970, a sociedade brasileira pôde assistir a uma série de mudanças nos direitos sexuais e reprodutivos femininos.

Com o surgimento dos métodos contraceptivos, as mulheres puderam controlar a sua fecundidade, podendo planejar quando e quantos filhos gostariam de ter.

A expansão do acesso aos métodos contraceptivos pode ser observada na tabela 1, que retrata a diversidade de métodos adotados pelas entrevistadas, apesar do predomínio do preservativo e da pílula anticoncepcional.

Tabela 1 – Distribuição das gestantes por utilização de método contraceptivo informado*

Tipo de método adotado	Número de gestantes
Coito interrompido	1
Injeção	1
Pílula anticoncepcional	5
Preservativo	6
Não usavam método	3
Não informaram	2

* Admite respostas múltiplas

A prevenção da gravidez pode ser considerada uma das principais preocupações das mulheres em idade fértil uma vez que a gravidez não planejada pode gerar uma série de conflitos no interior da família.

Para melhor analisar os métodos apresentados na tabela 1, optou-se por classificá-los em: métodos hormonais (pílula anticoncepcional e injeção) e método de barreira (preservativo).

O coito interrompido, método declarado por uma usuária, não foi agrupado em nenhuma classificação, pois, segundo o Ministério da Saúde (2006), ele não deve ser estimulado como método contraceptivo devido ao seu grande índice de falha. Além disso, ele pode gerar tensão entre o casal, pois a relação sexual fica incompleta.

O coito interrompido, apesar de ser muito usado, não deve ser estimulado como método anticoncepcional, porque é grande a possibilidade de falha, pois o líquido que sai pouco antes da ejaculação pode conter espermatozóides. Às vezes, o homem não consegue interromper a relação antes da ejaculação. (Ministério da Saúde, 2006: 42).

Os métodos de barreira impedem que os espermatozóides cheguem ao útero, prevenindo a gravidez e tendo papel fundamental na proteção contra a DST/AIDS.

O preservativo, método de barreira mais adotado entre as gestantes entrevistadas, oferece uma vantagem a mais que todos os outros métodos, já que

além de prevenir a gravidez indesejada é o único que protege contra as DST/AIDS e contra as doenças do colo uterino.

Esse fato pode estar relacionado com a ampla divulgação nos meios de comunicação e nas campanhas dos governos, salientando a importância da prevenção da DST/AIDS e da gravidez não planejada.

A contracepção hormonal é um método constituído de hormônios sintéticos, que atuam como reguladores do ciclo menstrual, levando a mulher a não ovular, é um dos métodos mais eficazes na prevenção da gravidez.

O contraceptivo oral ou pílula anticoncepcional foi o segundo método mais citado entre as entrevistadas. Esse dado pode estar relacionado com a política de Direitos Sexuais e Reprodutivos, no qual é assegurado aos homens e às mulheres o acesso à política de planejamento familiar.

Ao participar do grupo de planejamento familiar, o homem e a mulher têm a possibilidade de conhecer todos os métodos que existem, além do funcionamento do seu corpo, visando assegurar a ambos o direito de uma escolha consciente sobre o método que mais lhe agrada, com a garantia de recebê-lo gratuitamente todos os meses na unidade de saúde onde realizou o planejamento familiar.

3.2.2 Participação do parceiro na escolha do método contraceptivo

Das 17 gestantes entrevistadas, 9 declararam que o parceiro não participou da escolha do método contraceptivo, 7 declararam que o parceiro participou e uma não quis responder.

Das 17 usuárias, 12 declararam não ter tido nenhuma dificuldade para usar o método contraceptivo adotado, 4 declararam ter tido dificuldades e 1 não quis responder.

É possível destacar que a quantidade de parceiros que não participaram da escolha do método contraceptivo com suas companheiras é superior a dos que participaram e que, apesar da maioria das entrevistadas relatarem não ter tido nenhuma dificuldade quanto ao uso do método contraceptivo adotado, encontramos 4 relatos que apontam como dificuldade o fato do parceiro não gostar de usar o preservativo.

A cultura patriarcal que socializa meninos e meninas de maneiras diferentes, atribuindo à mulher práticas relacionadas ao âmbito familiar, àquela que é

responsável pelo “controle” da saúde reprodutiva, que é frágil e que é meiga, e exigindo do homem o papel de viril, de forte e de provedor da família; além da ínfima quantidade de serviços de planejamento familiar dirigido ao público masculino nos serviços públicos, podem estar relacionados com o fato dos homens não participarem da escolha do método contraceptivo junto com as parceiras, recusando o uso do preservativo como método contraceptivo.

Segundo Carvalho et al,

Praticamente inexistem serviços de planejamento familiar dirigidos à clientela masculina nos serviços públicos, com horários adequados, desvinculados dos serviços de ginecologia e, que além das informações de contracepção tratassem também de questões relativas à sexualidade e à prevenção de DST. (2001: 24)

As limitadas opções de métodos contraceptivos reversíveis ou temporários para o público masculino se comparado com a oferta dos mesmos para o público feminino pode ser outro fator relacionado a esse dado.

Sobre esse fato, Carvalho destaca que *“apenas dois métodos – condom e coito interrompido – compõem o leque de escolhas [ao público masculino]. Inexiste um método masculino de alta eficácia comparável aos métodos hormonais femininos ou ao DIU”*. (2001: 24).

Compreender se os parceiros participaram ou não, bem como as dificuldades encontradas na efetivação da escolha do método contraceptivo junto com suas companheiras mostraram-se relevantes, uma vez que a não divisão das responsabilidades, pelo parceiro, na relação sexual do casal pode contribuir para que a mulher assuma sozinha a responsabilidade por uma gravidez não planejada ou mesmo acentue os riscos de sofrer violência sexual pelo parceiro, bem como assumam sozinhas a responsabilidade na contracepção.

Porque ele acha isso coisa de mulher. A mulher é quem tem que se cuidar. (Gest. 04).

Muitos parceiros associam a gravidez indesejada ao descuido feminino, isto é, foi a mulher que não se preveniu corretamente, além de se recusarem a usar o preservativo e proibir suas parceiras de usarem anticoncepcionais ou de adotarem o preservativo como método de proteção contra às DST/AIDS. A não concordância do parceiro com o método pode comprometer o desejo feminino de contracepção,

acarretando maiores riscos de desenvolver uma gravidez indesejada ou mesmo de uma DST/AIDS.

Segundo a OMS, *em uma relação íntima, a violência de gênero refere-se a qualquer comportamento que cause dano físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte da relação* (2002: 91) e que dentre os atos considerados sexualmente violentos estão o estupro conjugal e a negação do uso de contraceptivos ou outras medidas de proteção contra DST/AIDS.

A recusa ao uso do preservativo pode estar relacionada ao receio, apresentado por muitos homens, de que a camisinha possa interferir no prazer durante a relação sexual.

Segundo Carvalho et al (2001), a resistência dos homens em participar com suas companheiras na contracepção, usando o preservativo, pode ter relação com a crença de que o condom interfere no prazer.

[Quando questionada se encontrava alguma dificuldade no uso da camisinha] Encontrava. Ele dizia assim, que não dava certo, que não era normal, a mesma coisa, pra praticar [referindo-se a relação sexual com camisinha] não ficaria bem. (Gest. 03).

A exigência das companheiras pelo uso da camisinha, para muitos parceiros, pode significar que elas não confiam neles ou que estão sendo infiéis, esse fato poder contribuir para que as mulheres vivenciem com maior intensidade, situações de violência cometida pelo parceiro íntimo.

Para Carvalho (2001), alguns dos motivos relacionados à resistência masculina a participação nas atividades de contracepção, ou até mesmo a que suas companheiras utilizem métodos contraceptivos, devem-se a associação da virilidade à fertilidade, ao receio da infidelidade da companheira e ao medo do enfraquecimento de sua autoridade de chefe da família.

Essa desconfiança do parceiro pode colocar a mulher em risco, uma vez que o uso da violência pode ser a maneira encontrada pelo parceiro, para conseguir o que deseja, isto é, como resposta a “exigência” da mulher o companheiro acaba agredindo a parceira e forçando-a a manter relação sexual com ele.

Como a violência sexual normalmente não deixa marcas externas, essa violência tende a se tornar cronificada e naturalizada como algo que faz parte da relação íntima do casal.

Um aspecto que não aparece como preocupação nas falas das gestantes entrevistadas é a possibilidade de adquirir uma DST/AIDS. Em todos os momentos, as gestantes referem-se à camisinha como um método adotado para evitar somente a gravidez.

(...) às vezes eu queria botar [referindo-se a camisinha], por eu não estar usando remédio e tudo, e ele [o companheiro] não quer usar, queria fazer sem [referindo-se a relação sexual sem camisinha], ele falava, que ele fazendo as coisas fora, jogando os espermatozóides pra fora, não teria risco d'eu engravidar. (Gest.17).

A fala da gestante expressa a necessidade de uma maior divulgação da camisinha como o único método capaz de prevenir a gravidez e proteger contra as DST/ AIDS.

Para que a mulher sinta-se livre para adotar um método contraceptivo, é necessário que além do acesso, ela tenha conhecimento de todos os métodos contraceptivos existentes, escolhendo aquele que lhe seja mais adequado.

Osis et al apontam que

no contexto dos direitos reprodutivos, a liberdade de escolha é fundamental na área da regulação da fecundidade. Para optar por um método contraceptivo de forma livre e informada, as mulheres precisam conhecer e ter acesso a todos os métodos anticoncepcionais cientificamente provados e disponíveis, escolhendo aquele que seja mais adequado às suas características e às suas condições de vida em cada momento. (2004: 1586).

A não participação do parceiro íntimo na escolha do método contraceptivo pode contribuir para a ocorrência de gestações não planejadas, trazendo reflexos para a saúde sexual e reprodutiva da mulher.

Carvalho et al, sobre a participação do parceiro enfatiza a *importância da divisão da responsabilidade pela anticoncepção entre ambos os sexos, visando com isso a promoção da saúde reprodutiva, a consolidação de uma sociedade mais democrática e o desenvolvimento da cidadania*. (Carvalho et al *apud* Piovesan & Pirotta, 2001: 25).

O Ministério da Saúde, sobre esta questão, ainda destaca que

para o pleno desenvolvimento de homens e mulheres, é importante a construção de parcerias igualitárias, baseadas no respeito entre os

parceiros e em responsabilidades compartilhadas. Portanto, é fundamental o envolvimento dos homens com relação à paternidade responsável, à prevenção de gestações não planejadas ou de alto risco, à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis/HIV/AIDS, dividindo também com as mulheres as responsabilidades com relação à criação dos filhos e à vida doméstica. (2006: 6).

3.2.3 Abortamento

Uma das consequências da violência sexual contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo é o aborto. Diante disso, optou-se por verificar se as gestantes entrevistadas já haviam tido algum aborto.

A análise das entrevistas permitiu constatar que das 17 gestantes entrevistadas, 4 relataram ter tido algum aborto antes da gravidez atual, contudo não se sabe se foi provocado ou não.

No Brasil, segundo o Protocolo de Atendimento às Mulheres e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual, publicado pelo Ministério da Saúde (2005), apesar do aborto ser assegurado em caso de estupro ou risco de vida são poucos os serviços disponíveis na rede pública de saúde que o fazem, bem como o número de profissionais que se disponibilizam a fazê-lo.

A realização do aborto legal ainda é vista com grande preconceito e envolve diversas questões.

Um fator que pode ocorrer a partir desta dificuldade de acesso ao aborto legal é a procura pelos serviços de aborto clandestinos ou ilegais.

Giffin, sobre a procura pelo serviço de aborto clandestino destaca que

há estimativas de que 30% das gestações terminam em aborto (ilegal) no Brasil. Junto com a alta porcentagem de mulheres que admitem ter provocado o aborto, estudos de populações locais também mostraram altos índices de abortos repetidos e malsucedidos. (2002: 107).

As mulheres que estão em situação de violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo dificilmente procurarão o serviço de saúde verbalizando a violência sofrida, por achar que ao fazer isso o seu companheiro será denunciado e preso. Neste caso, cabe aos profissionais de saúde que atendem essas pacientes orientá-las sobre as proteções legais.

Atuando desta forma o profissional de saúde pode contribuir para que essas mulheres procurem o aborto legal entendendo este como um direito.

A não legalização do aborto contribui enormemente para que o mesmo seja realizado em locais insalubres e clandestinos, favorecendo para que a mulher tenha futuramente uma série de complicações ginecológicas que, se não matá-la, podem afetar a sua saúde reprodutiva.

Segundo o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2004), quando o aborto é realizado em condições de risco, pode levar a perfuração do útero, hemorragias, infecções e morte materna. *O abortamento e as complicações secundárias à interrupção da gestação, como hemorragias e infecções, encontram-se entre as causas mais prevalentes de mortalidade materna no mundo.* (Lima et al 2006: 285).

Quanto à ilegalidade do aborto no Brasil, Lima et al afirmam que

um fator determinante do risco de submeter-se a tais procedimentos é a sua ilegalidade, já que países onde a prática é proibida apresentam maiores taxas de mortalidade por abortamento, devido às precárias condições de realização em situação de clandestinidade, além do risco de seqüelas, como problemas ginecológicos e infertilidade, e maior chance de complicações em gestações subseqüentes. (2006: 285).

A omissão de informações sobre o aborto legal à mulher durante o pré-natal pode contribuir para que a gestante em situação de violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo não exerça o direito ao aborto legal e procure um serviço de aborto clandestino podendo acarretar severos danos a sua saúde sexual e reprodutiva.

3.2.4 Tempo para o início do pré-natal

A partir da análise das falas, podemos constatar que, das 17 usuárias entrevistadas, 11 declararam ter procurado a assistência pré-natal no primeiro trimestre gestacional e 4 declararam ter procurado já no segundo trimestre gestacional.

Considerou-se relevante saber o tempo levado pelas entrevistadas para iniciar o pré-natal pois uma das conseqüências da violência sexual perpetrada pelo parceiro é a realização de pré-natal tardio.

Segundo o Manual Técnico Pré-natal e Puerpério, *há indicadores de que as grávidas que sofrem violência sexual não realizam o pré-natal ou postergam seu início.* (2005a: 133).

Das 4 gestantes que procuraram o serviço de assistência pré-natal no segundo semestre gestacional, uma declarou ter procurado tardiamente por estar com vergonha, uma por ter medo que a mãe descobrisse, uma porque não aceitava a gravidez e uma porque achava que estava com problema gastrointestinal, demonstrando que nenhuma das gestantes que iniciou o pré-natal tardiamente se declarou vítima de violência sexual pelo parceiro íntimo.

A que declarou estar com vergonha, justificou dizendo que tinha tido a última filha há um ano e estava grávida novamente, e por isso tinha vergonha do que os outros poderiam pensar dela.

Ah! Eu acho que é porque assim, eu não tava esperando, fui pega assim de surpresa, e eu me senti um pouco assim, envergonhada né, minha filha tá ainda pequenininha, tá com um ano e a barriga já vai crescendo de novo. (Gest. 02).

A gestante que disse ter procurado tardiamente por medo que a mãe descobrisse, é uma adolescente e já iniciou o pré-natal com 5 meses.

Acho que uns cinco meses. Eu fiquei com medo de falar com a minha mãe, aí eu demorei mais um pouquinho. Quando ela descobriu, foi que eu comecei. (Gest. 15).

Chamou atenção, a gestante que não aceitava a gravidez, pois a partir da análise do seu prontuário, foi possível constatar que a sua gravidez não foi planejada, o seu pré-natal iniciou-se tardiamente, com 26/27 semanas gestacionais, além de ter declarado ao pré-natalista a queda de uma escada com 6 degraus.

Apesar de o relato apontar para uma situação de violência sexual perpetrada pelo parceiro, em nenhum momento durante a entrevista a gestante declarou estar em situação de violência sexual.

[Sobre a demora na procura pela assistência pré-natal] Porque no começo assim, eu não queria, eu falei que não ia fazer o pré-natal, não ia procurar médico nenhum, que eu só iria pro hospital pra ter mesmo. (Gest. 17).

A gestante que declarou acreditar estar com algum problema gastrointestinal justificou que não imaginava que estava grávida, pois havia feito há pouco tempo uma cirurgia de redução de estômago e acreditava que os enjoos que sentia tinham relação com o período necessário à adaptação da cirurgia.

Eu não descobri que tava grávida. Quando eu fui fazer a ultra, aí fui fazer pro gastro, tinha problema atacado de vesícula, de fígado, aí que eu descobri, que ela disse pra mim que eu tava grávida de 10 semanas e 4 dias. (Gest. 16).

4. SENTIDOS ATRIBUÍDOS PELAS USUÁRIAS DO PRÉ-NATAL DO HMAF

A violência sexual contra a mulher é entendida como um problema universal e de saúde pública, atingindo mulheres de todas as idades, classes sociais, etnias, religiões, situações conjugais, condições econômicas e culturais.

Destaca-se neste capítulo a invisibilidade da violência sexual contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo expressa na fala das entrevistadas. Observou-se que apesar das entrevistadas terem dificuldade de se reconhecerem em situação de violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo, devido à pouca visibilidade com que o tema é tratado, durante a entrevista, manifestaram sentidos, visões, significados, explicações e opiniões acerca do assunto.

Neste capítulo são analisados os sentidos atribuídos pelas usuárias da assistência pré-natal do HMAF à violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo.

Os resultados da análise das entrevistas permitiram dividir este capítulo em: a) **caracterização da violência sexual**; b) **aspectos associados à violência sexual**; e c) **ações da assistência pré-natal diante da violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo no contexto gestacional**.

Na **caracterização da violência sexual** será possível conhecer os *sentidos*, *explicações* e *repercussões* da violência sexual para a mulher. Os **aspectos associados à violência sexual** foram subdivididos em *identificação de situações de violência sexual perpetrada pelo parceiro* e *estratégias usadas para o enfrentamento da violência sexual perpetrada pelo parceiro*. As **ações de assistência pré-natal diante da violência sexual perpetrada por parceiro íntimo no contexto gestacional** estão divididas em *acolhimento*, *as orientações fornecidas* e *a avaliação de risco*.

4.1 Caracterização da violência sexual

4.1.1 Sentidos

A fim de verificar se as gestantes entrevistadas estavam em situação de violência sexual, optou-se por perguntar de forma indireta se elas conheciam alguém que havia sofrido ou que estivesse em situação de violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo. Acreditava-se que após o estabelecimento do vínculo, a usuária em situação de violência teria um ambiente mais seguro para relatar suas vivências.

A análise das respostas relativas às definições da violência sexual contra a mulher permitiu identificar três núcleos de sentido: (1) **ato sexual forçado**; (2) **submissão feminina**; e (3) **violência urbana**.

No primeiro núcleo, **ato sexual forçado**, o sentido atribuído sobre não-consentimento assume uma extensão relevante nas falas das usuárias do pré-natal do HMAF.

“Assim (...) é você não tá com vontade, se sujeitar a vontade do parceiro, de você não aceitar certos atos sexuais e ele impor (...)” (Gest. 16).

“Eu entendo que, é um homem que quer agredir a mulher, quer ter relação com a mulher sem a mulher querer (...), até mesmo se fosse o parceiro mesmo, porque muitas vezes quer ter coisa, relação sexual com você a força, e você não quer, tem que os dois querer.” (Gest. 03).

A maioria das gestantes entrevistadas entende violência sexual contra a mulher como um ato sexual não consentido.

Segundo a OMS (2002), a violência sexual contra a mulher é definida como qualquer ato sexual, tentativa de obtê-lo, investidas sexuais indesejadas, comentários. A violência sexual inclui o estupro, definido como a penetração forçada da vulva ou do ânus, utilizando o pênis, outras partes do corpo ou um objeto.

Algumas gestantes ainda acrescentaram que conheciam mulheres que, ao falarem para o companheiro que não desejavam manter relações sexuais com ele naquele momento, ficavam vulneráveis à violência sexual uma vez que os parceiros as agrediam e as forçavam a realizar atos sexuais que não desejavam.

“Eu conhecia há muitos anos, uma colega minha, que ela dizia que ele queria que ela fizesse coisas, que ela não queria, não aceitava. Já conheci.” (Gest. 02).

“Eh, minha irmã (pausa). Ele brigava com ela, com a criança, começava a bater nela, depois que ele batia nela, ele tinha relação com ela e ela não queria, ela fazia porque já tinha dois filhos com ele, tinha que agüentar aquilo.” (Gest. 03).

“Olha, a vizinha lá (...), quando não quer [referindo-se a manter relação sexual], até apanha.” (Gest. 12).

A relação sexual contra a vontade dentro do casamento é um tipo freqüente de violência e também uma das ocorrências menos denunciadas no Brasil. (Cavalcanti, 2004).

Para Cavalcanti (2004), ainda há atualmente a crença de que não é crime esse tipo de conduta dentro do casamento. A manutenção e aceitação dessa aparente legalidade contribui para que esse tipo de violência sexual permaneça ainda mais subnotificada, desestimulando as denúncias e as apurações dos casos por medo de represálias por parte dos habituais agressores, que na maioria das vezes é o parceiro íntimo, de quem as mulheres costumam ser dependentes.

O segundo núcleo de sentido se refere à **submissão feminina**. Esse núcleo aparece associado a idéia de dominação masculina, onde a mulher é tratada como um objeto do desejo sexual masculino.

“A violência sexual pra mulher é algo horrível né, porque a mulher se sente sendo tratada como um animal, né, como um objeto.” (Gest. 13).

“É falta de respeito com as pessoas, principalmente com as mulheres, eu acho que quando a mulher tá com o seu parceiro, ela quer viver, não ser violentada, tá batendo, acho que é falta de amor.” (Gest. 14).

Cabe destacar que, a partir do momento que as gestantes entendem à subordinação da mulher dentro do relacionamento íntimo como algo que não é correto, este pode ser o início de uma tomada de consciência e um indício de resistência das mulheres. Essa mudança pode estar relacionada com as diversas campanhas divulgadas nos meios de comunicação, como por exemplo, sobre a Lei Maria da Penha, ampliando assim o debate e trazendo para o âmbito público a questão da violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo como um problema social e de saúde pública.

Até a década de 1970, a violência contra a mulher era entendida como um problema privado. Contudo, neste período, os movimentos feministas ganharam mais força e começaram a combater a violência contra a mulher, dando maior visibilidade a questão, que passou a ser entendida e tratada como um problema público.

De acordo com Schraiber e D'Oliveira, *o que era uma situação comum mantida em segredo no mundo privado, passa a ganhar o espaço público e a exigir soluções*. (1999: 16).

O terceiro núcleo de sentido diz respeito à concepção de violência sexual como uma **violência urbana**. Constatou-se a presença desse núcleo de sentido no discurso de apenas uma usuária da assistência pré-natal do HMAF.

“(...) Tem homens aí violentando crianças de 4,5,6 anos. Isso é um absurdo! Tá uma coisa muito séria sabe? Triste. Por isso tenho orado ao senhor, porque tenho filhas mulheres, pra não acontecer isso e tenho orado para o mundo, porque o mundo tá muito, muito violento aqui fora, muito violento mesmo, a gente sai e não sabe se vai voltar, as coisas são difíceis mesmo aí fora.” (Gest. 12).

Esse núcleo pode ser explicado pela situação sócio-econômica do país e pela proximidade da violência, uma vez que diariamente são transmitidas nos meios de comunicação situações de violência urbana.

Nunes & Paim destacam que, *o aumento da violência nas sociedades modernas, tem-se apontado o aprofundamento das desigualdades sociais, com repercussões sobre o modo de vida, e a crise de valores ou a crise “moral” dos nossos dias.* (2005: 459).

4.1.2 Explicações

As explicações da violência sexual presentes nos discursos das usuárias se referem aos seguintes núcleos de sentido: (1) **fatores sociais**; (2) **fatores culturais**; (3) **fatores psicológicos**; (4) **dependência química**; e (5) **desinformação**.

A análise das entrevistas permitiu visualizar que o primeiro núcleo de sentido **fatores sociais** está associado ao desemprego.

“Ah! São muitas, muitas causas, às vezes até o desemprego (...).” (Gest. 13).

Algumas das gestantes entrevistadas associaram à causa da violência sexual ao desemprego. Esse fato pode estar relacionado com o papel ocupado pelo homem na sociedade, no qual cabe ao homem o sustento da casa e da família. Quando esse homem encontra-se desempregado, começa a depender financeiramente da companheira ou se irrita quando ela “reclama” que ele não está mais cumprindo com

o seu papel de provedor. Isso contribui para que o parceiro sob a justificativa do desemprego, faça uso da violência sexual contra a sua companheira.

Segundo Chauí (1985), as dependências econômicas e sociais são dadas como condição feminina decorrente da posição originária das mulheres, ou seja, a própria definição de seu lugar social e cultural a coloca como dependente.

As determinações do mercado de trabalho, isto é, ter ou não um emprego, interferem tanto na organização familiar, quanto nas relações de gênero, podendo alterar as tradicionais distribuições de poder entre homens e mulheres.

O segundo núcleo de sentido se refere aos **fatores culturais**. Algumas usuárias relacionam a causa da violência sexual contra a mulher ao machismo e à culpabilização da mulher.

“(...) é o homem no caso achar assim, eu sou o maioral, eu vou fazer, vou acontecer e você é obrigada (pausa), achando que ele é maior que a mulher, em todos os sentidos, em todos os momentos.” (Gest. 04).

“Acho que vai muito de pessoa pra pessoa, que tipo a pessoa que dá uma certa liberdade pra aquilo, ela sabe que vai acontecer, eu acho que ela não pode reclamar muito, ela é que é responsável (...)” (Gest. 15).

Um sentido que pode estar relacionado ao machismo é a manutenção, até hoje, do papel da mulher na sociedade, no qual, a mulher é vista como cuidadora do lar e da família e o homem como o provedor da casa.

Já a culpabilização da mulher pode está associada ao comportamento feminino, que considera as atitudes tomadas, como por exemplo, responder ao parceiro, ficar conversando com uma vizinha ou não preparar o almoço ou jantar, como inadequadas.

Para Minayo (1999), a violência contra a mulher está relacionada à distribuição desigual de poder e às relações assimétricas que se estabelecem entre homens e mulheres, provocando a desvalorização do feminino e sua subordinação ao masculino.

Esses sentidos, além de destinarem a mulher somente ao espaço doméstico, a discriminam e a coloca como culpada por ter sofrido a violência, isto é, essa visão distorcida da realidade, absolve o agressor e condena a vítima pela violência sexual sofrida, uma vez que associa a violência sofrida ao comportamento feminino.

O terceiro núcleo de sentido se refere aos **fatores psicológicos**. Em alguns discursos as usuárias associam a causa da violência sexual a algum distúrbio mental.

“(...) se o cara tem uma atitude hoje, enquanto adulto, uma atitude doente, digamos assim, é culpa de um distúrbio, um trauma, alguma coisa que ele teve, ou algum não, que ele recebeu e que causou, sei lá uma revolta nele (...). Acho que grande parte dos problemas que nós adultos hoje temos, é culpa dos nossos pais, que não souberam entender os problemas que a gente tinha, quando a gente era criança (...)” (Gest. 01).

Uma possível explicação para esse discurso pode ser a reprodução enquanto adulto de uma violência sofrida enquanto criança, gerando com isso um trauma.

Nessa percepção, a violência sexual seria resultado da violência sofrida ou presenciada no meio familiar. Segundo a OMS, *a violência na família de origem aparece como um fator de risco particularmente importante para a agressão à parceira pelos homens*. (2002: 98).

Schraiber et al (2005) reforçam que os homens também são vítimas de violência e que isso influencia o modo pelo qual convivem com a experiência de sofrer ou perpetrar violência em suas vidas.

O quarto núcleo de sentido se refere a **dependência química** como explicação da violência sexual contra a mulher.

“Às vezes bebidas, drogas (...)” (Gest. 07).

“Pessoas que às vezes chegam bêbadas em casa, acha que a mulher tem obrigação né [referindo-se a manter relação sexual contra a vontade com o companheiro], então é isso.” (Gest. 11).

Uma das explicações atribuídas pelas usuárias associava a violência sexual ao uso de bebidas e drogas pelo agressor.

Segundo a OMS (2002), um dos fatores de risco para perpetrar a violência sexual é o consumo de álcool ou drogas pelo agressor. Alguns pesquisadores, como Pechansky et al, acreditam que o álcool, pode funcionar como um fator condicionante nos casos de violência sexual, aumentando a probabilidade de ocorrência da mesma. Para Pechansky et al, *estar alcoolizado aumenta a chance de violência sexual, tanto para o agressor quanto para a vítima*. (2004: 16).

Dentro do ambiente familiar, o excesso de bebida pode contribuir para que o companheiro agrida física e sexualmente a parceira, acreditando que não serão responsabilizados por seu ato por ter sido com a companheira e por estarem embriagados.

De acordo com a OMS, as mulheres que vivem com homens que bebem correm um risco maior de sofrer violência por parte de seus companheiros e os homens que bebem são muito mais violentos na hora da agressão.

O quinto núcleo de sentido, diz respeito à **desinformação** como causa da violência sexual contra a mulher.

“As causas? Acho que é a falta de informação, acho que é a principal causa, é a falta de informação.” (Gest. 17).

Ao entender a desinformação como causa da violência sexual, essa gestante culpabiliza a mãe, colocando-a como responsável por todas as atitudes “erradas” cometidas pela filha.

“(…) tem gente que, criança principalmente, que não sabe, a mãe não sabe explicar pra filha o que que é, o que que acontece, que a mulher, a criança vai pra rua, a adolescente vai pra rua e encontra assim ‘Como é que eu vou dizer?’ uma ilusão (...), a mãe não explica nada, chega na rua a gente explica de outra forma, ela acha que é aquilo (...)” (Gest. 17).

É relevante destacar, o quanto está intrínseco no imaginário social o papel da mulher no âmbito privado. À mulher é também exigido que forneça uma educação/ criação de qualidade aos filhos. Nesse sentido, se essa criança quando crescer não se torna uma “mulher de bem”, a mãe é automaticamente culpabilizada sendo “julgada e condenada” como a responsável pelas atitudes “erradas” cometidas pela filha quando adulta.

4.1.3 Repercussões

A análise das respostas relativas às repercussões da violência sexual contra a mulher permitiu identificar o núcleo de sentido **danos psicológicos e físicos**. Esse núcleo está associado com o receio da vítima de se relacionar com outros

homens e com a possibilidade de desenvolvimento de alguma DST/AIDS ou gravidez indesejada decorrentes da violência sexual.

“Além dos danos psicológicos, né, ela fica completamente abalada (...), os danos físicos, né, ela pode engravidar, pode pegar uma doença grave (...).” (Gest. 10).

“Ela pode ficar com medo de se relacionar com outros homens, pode fiar tipo com trauma, eu vejo assim.” (Gest. 06).

A violência sexual pode levar diretamente à gravidez indesejada ou às DST/ AIDS acarretando num grande impacto sobre o estado psicológico e físico da mulher. A gestação indesejada ou não consentida é vista como uma nova violência, intolerável à muitas mulheres. (Ministério da Saúde, 2005b).

As evidências mostram que a violência contra a mulher tem impactos sobre a saúde física e mental, e também sobre o bem-estar da pessoa atingida, assim como de seus filhos e demais membros da família. (Ministério da Saúde, 2005b: 18).

Quando a violência sexual é cometida pelo parceiro íntimo é importante considerar que a vítima pode estar mais vulnerável, devido ao envolvimento emocional, dependência econômica, medo ou mesmo a facilidade de acesso que o agressor tem a vítima.

Dáí a importância de um olhar diferenciado da equipe de saúde, afinal, o *atendimento na rede de saúde, por vezes, pode ser a primeira oportunidade de revelação de uma situação de violência.* (Ministério da Saúde, 2005b: 20).

4.2 Aspectos associados à violência sexual

4.2.1 Identificação de situações de violência sexual perpetrada pelo parceiro

A análise das respostas relativas à identificação de situações de violência sexual perpetrada por parceiro íntimo permitiu identificar quatro núcleos de sentido: (1) **ato sexual contra a vontade**; (2) **aumento da violência sexual durante a gravidez**; (3) **proibição do uso de método contraceptivo pelo parceiro**; e (4) **recusa ao uso do preservativo pelo parceiro durante a relação sexual**.

A análise das entrevistas permitiu visualizar que o primeiro núcleo de sentido, **ato sexual contra a vontade**, está associado à relação sexual sem consentimento e ao uso da força para realização de algum ato durante a relação sexual que a mulher não esteja de acordo.

“Ah, já sim [referindo-se a ter relação com parceiro sem estar com vontade]. Sem tá com vontade, só pra, porque às vezes a gente tá cansada do trabalho, né, aí o marido quer, aí só pra poder se ver livre logo daquilo (pausa, risos e suspiro). Já aconteceu!” (Gest. 02).

“[Quando questionada se já tinha feito algum ato durante a relação contra a vontade] É não deu possibilidade de sair da situação, né. Posso ter tentado dizer, que não, que não e tava ali num momento, onde não dava pra sair da situação e aí você acaba cedendo pra acabar logo com aquilo, né (...).” (Gest. 10).

O fato das mulheres em união estável terem relações sexuais com o parceiro contra a vontade pode estar associado com a estrutura de sociedade patriarcal na qual vivemos. Segundo Souza & Adesse, a violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo

é um problema que revela uma moral conservadora das relações conjugais, pois apesar do código civil, muito recentemente, colocar a mulher em igualdade com o homem, ainda vigora uma moral julgadora da mulher vítima de estupro e até mesmo de agressões pelo companheiro. (2005: 26).

Outra explicação pode estar associada à idéia de que a relação sexual dentro da união estável é um dever conjugal, no qual o ato sexual é orientado pelo desejo masculino.

Muitas mulheres, e claro, muitos homens, não compreendem a relação sexual forçada pelo parceiro como estupro, como algo que faz parte do ato sexual, das obrigações conjugais da mulher. Muitas mulheres referem-se ao ato sexual, como “servir” ao homem, numa clara submissão de sua sexualidade. (2005: 26).

O segundo núcleo de sentido diz respeito ao **aumento da violência sexual durante a gravidez**.

“Aumentaram [referindo-se as insistências do parceiro em manter relação sexual durante a gravidez, mesmo sem ela querer], mas eu sou irredutível, eu não quero (pausa), eu não vou me prejudicar pra dar prazer (pausa

novamente), tenho que pensar na minha saúde e na saúde do meu filho (...), ele querendo ou não, ele tem que entender.” (Gest. 06).

A partir da análise da fala da gestante acima é possível perceber que a gravidez ao contrário do que se pensava pode ser o momento no qual a violência sexual tende a ser mais constante e severa, uma vez que, as mulheres em situação de violência sexual vêem na gravidez a possibilidade de rompimento com essa situação visando a proteção de seu filho.

De acordo com o Manual Técnico Pré-natal e Puerpério (2005a), cerca de 13% das gestantes relatam aumento da frequência ou severidade da violência durante a gravidez. A prevalência de violência física e sexual durante esse período oscila entre 1% e 20%, atingindo 25% das mulheres.

Diante disso, pode-se afirmar que o ciclo-gravídico puerperal não confere proteção à mulher, já que a violência pode ser mais comum para a gestante do que a diabetes gestacional, placenta prévia ou pré-eclâmpsia (Ministério da saúde, 2005a).

O terceiro núcleo de sentido identificado a partir da análise dos discursos das usuárias diz respeito à ***proibição do uso de método contraceptivo pelo parceiro***.

“Quando ele queria que eu engravidasse da minha filha, sim. Ele escondia o remédio, jogava fora (risos). Porque ele queria ser pai.” (Gest. 04).

“Proibir, ele não proibia não, mas ele insistia bastante, ele me pedia com bastante frequência pra que eu não voltasse a tomar [referindo-se à pílula anticoncepcional], porque ele sempre foi louco par ter um filho, ele queria muito que eu engravidasse (...).” (Gest. 01).

Algumas gestantes associaram essa proibição a vontade do parceiro em ter filhos, mesmo quando não era uma vontade compartilhada por ambos.

Segundo a OMS (2002), a proibição do uso de método contraceptivo pelo parceiro além de ser considerada violência sexual é também física, uma vez que, retira da mulher o direito de planejar o momento que deseja engravidar podendo ocorrer em diferentes circunstâncias e cenários.

As mulheres que passam por abuso físico e sexual perpetrado por parceiros íntimos estão, de forma geral, sob maior risco de problemas de saúde do que as que passam somente pela violência física. (OMS, 2002: 161).

O quarto núcleo de sentido diz respeito à ***recusa ao uso do preservativo pelo parceiro durante a relação sexual***.

“Ah! Ele falava que, ele não sentia o mesmo prazer, que a camisinha atrapalhava, machucava (...).” (Gest. 17).

“Ele diz que não gosta, que (...) pra quê usar com a mulher de casa, isso é o que ele fala.” (Gest. 04).

Segundo as gestantes, alguns argumentos utilizados pelos seus parceiros para o não uso do preservativo eram: porque machucava, porque não sentiam o mesmo prazer ou porque não havia necessidade de usar com a parceira.

De acordo com o relatório da OMS (2002), é considerada violência sexual a recusa ao uso do preservativo pelo parceiro durante a relação sexual. Dentre os diversos atos classificados como sexualmente violentos a recusa ao uso do preservativo configura-se como um dos atos mais recorrentes, em especial nas relações íntimas mais estáveis.

4.2.2 Estratégias usadas para o enfrentamento da violência sexual perpetrada pelo parceiro

A análise das entrevistas relativas às estratégias usadas para o enfrentamento da violência sexual perpetrada por parceiro íntimo permitiu identificar o núcleo de sentido ***inventa uma desculpa***.

“Eu falo que eu tô cansada, que eu tô com dor de cabeça, que eu tô me sentindo mal (risos), eu invento uma desculpa assim.” (Gest. 02).

“(...) você fala, tô cansada, amanhã, deixa pra amanhã, a gente dorme junto mesmo (...).” (Gest. 16).

Para algumas gestantes, a única forma de se livrar de uma relação sexual contra a vontade seria inventando alguma desculpa, como dizer ao parceiro que está cansada, com dor de cabeça ou que está se sentindo mal.

Essa forma encontrada pelas mulheres que estão vivenciando situações de violência pode ser uma estratégia adotada para evitar que o companheiro não se irrite e não a agrida nem verbal, nem física, nem sexualmente.

Segundo a OMS (2002), é recorrente o fato das mulheres relatarem a recusa da relação sexual ao parceiro como causa da violência sofrida, daí a necessidade de se inventar desculpas para não dizer diretamente que não está com vontade de ter relação sexual com o parceiro naquele momento.

Outro fator que pode estar relacionado com esse núcleo de sentido é a dificuldade encontrada pelas mulheres em situação de violência sexual em romper com o ciclo da violência.

Nesse sentido, inventar uma desculpa pode ser a única estratégia possível encontrada por elas para assegurar a sua segurança e a de seus filhos.

A OMS aponta ainda que

o que ao observador externo pode parecer uma falta de resposta positiva por parte da mulher pode, na verdade, ser uma avaliação calculada do que é necessário para sobreviver no casamento e proteger a si mesma e aos filhos. Geralmente a resposta de uma mulher ao abuso é limitada pelas opções que lhe são disponíveis. (2002: 96).

Dentre os diversos fatores que podem manter a mulher em uma relação violenta estão a dependência econômica, dependência emocional, preocupação com os filhos, falta de apoio de amigos e da família e a esperança de que pode “mudar” o parceiro.

4.3 Ações de assistência pré-natal diante da violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo no contexto gestacional

4.3.1 Acolhimento

A análise das respostas relativas ao acolhimento prestado pela equipe da assistência pré-natal permitiu identificar os seguintes núcleos de sentido: (1) **atendimento adequado**; e (2) **atendimento inadequado**.

A análise das entrevistas permitiu visualizar que o primeiro núcleo de sentido, **atendimento adequado**, está associado a idéia de um atendimento diferenciado no qual prioriza-se a atenção e a escuta ao paciente.

“Eu achei que o atendimento daqui é muito bom, as pessoas aqui são muito atenciosas, eu tô tendo um atendimento diferente do que eu costumo ouvir das minhas colegas, das minhas amigas que já são mães.” (Gest. 01).

“Eu acho que é bom, pelo que eu tô conhecendo agora no início, pra mim tá sendo excelente, porque eu achava que hospital público era aquilo, ‘Ohhhhhh! Meu Deus do céu! Horrível!’ e eu não to vendo isso.” (Gest. 09).

Segundo o Ministério da Saúde (2005b), o acolhimento é um elemento importante para a qualidade e a humanização da atenção. Entende-se por acolher o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde a fim de garantir credibilidade e consideração à mulher. Pressupõe receber e escutar, com respeito e solidariedade, buscando formas de compreender suas demandas e expectativas.

Diante disso, quando as usuárias associam o acolhimento a uma escuta diferenciada, esta é entendida pelas gestantes como um atendimento adequado e de qualidade, como preconiza o Ministério da Saúde.

O segundo núcleo de sentido refere-se ao **atendimento inadequado**. Para algumas gestantes o fato do profissional não esclarecer as suas dúvidas no momento da consulta, a ausência de um atendimento individualizado e a demora no acesso a uma vaga na assistência pré-natal do hospital são determinantes para que o atendimento seja classificado como não adequado.

“Ah! Eu não gostei muito não, porque eu perguntei a ela com quantos meses eu tava (...), ela falou que eu fiz quatro meses, mas eu perguntei ‘Quando?’, ela não me explicou que data, ela não me explicou quando eu vou fazer cinco meses e eu querendo saber tudo isso.” (Gest. 08).

“(...) o médico eu achei totalmente também sem individualismo (...), eu me senti sendo atendida como uma gestante sem rosto, sem personalidade, preenche uma ficha básica, passa remédio básico, ele examina básico (...). Saí de lá me sentindo assim, como se tivesse passado por um programa de atendimento de massa, não senti nenhuma personalidade ‘Como se diz?’, a gente toda hora escuta ‘Cada caso é um caso’ (...).” (Gest. 16).

“Foi muito difícil pra mim conseguir, eu rodei vários hospitais, não consegui (...).” (Gest. 03).

De acordo com o Ministério da Saúde (2005a), o acolhimento enquanto aspecto essencial da política de humanização implica na recepção da mulher, desde a sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo as suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência.

Nesse sentido, quando a gestante verbaliza que teve dificuldade de acesso ao pré-natal ou que o profissional não esclareceu as suas dúvidas durante a consulta, esses entraves são entendidos pelas gestantes como um atendimento inadequado.

Afinal, cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, buscar compreender os múltiplos sentidos da gestação para aquela mulher e sua família. (Ministério da Saúde, 2005a: 13).

O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família – atores principais da gestação e do parto. (Ministério da Saúde, 2005: 13).

Através da escuta, o profissional dispõe-se a conhecer aquilo que pode estar muito distante da sua experiência de vida, exige autoconhecimento e reflexão contínua sobre as suas fantasias, medos, emoções e, por isso, exige grande esforço para compreender e ser capaz de oferecer ajuda (Ministério da Saúde, 2005).

4.3.2 Orientações fornecidas

A análise das respostas relativas às orientações fornecidas pela equipe da assistência pré-natal permitiu identificar o núcleo de sentido **atendimento global**.

“As informações? É pra se cuidar, emagrecer, não deixar pegar peso, (...) é (pausa) repouso. (...) os cuidados né, que tem que ter.” (Gest. 04).

“(...) a importância da saúde bucal durante a gestação, (...) da alimentação que a gente deve ter, do tipo de comportamento que a gente pode ou não pode ter durante a gravidez.” (Gest. 01).

“(...) posso dizer [referindo-se as palestras programadas pelo grupo de gestantes], que nós começamos com a violência sexual, tivemos sobre anatomia e corpo humano, vamos ter sobre nutrição, amamentação (...), parece que deixa a gestante bem orientada, né, (...) parece que abrange todos os assuntos necessários.” (Gest. 10).

Esse núcleo de sentido está associado à idéia de globalidade, abordando questões como controle do peso, da pressão arterial, realização de preventivo, cuidados com a saúde bucal e com a alimentação, entre outros.

Segundo o Manual Técnico Pré-natal e Puerpério (2005a), durante o pré-natal e no atendimento após o parto, a mulher deve receber informações sobre temas como importância do pré-natal, higiene e atividade física, nutrição, desenvolvimento da gestação e mudanças corporais, atividade sexual, sinais de alerta, saúde mental e violência doméstica e sexual.

Mais que um atendimento global, para Mattos (2004), a viabilização de um atendimento integral, mais do que um princípio do SUS, expressa uma das bandeiras de luta do movimento sanitário. A perspectiva da integralidade busca construir, a partir do diálogo com o paciente, projetos terapêuticos individualizados.

4.3.3 Avaliação de risco

A análise das respostas relativas à realização de avaliação de risco pela equipe de assistência pré-natal permitiu identificar que nenhuma gestante entrevistada foi questionada se sofria violência sexual pelo parceiro íntimo.

“Não, não fui.” (Gest. 10).

“Na minha outra gravidez sim, que eu fiz o pré-natal aqui também [referindo-se ao HMAF], há onze anos atrás, aí me perguntaram. Mas esse agora ainda não.” (Gest. 11).

O fato de a maioria das gestantes entrevistadas relatarem não ter sido realizada nenhuma avaliação de risco para violência sexual é preocupante, uma vez que, caso a gestante esteja sofrendo violência sexual perpetrada pelo parceiro, *é necessário alertá-la quanto a medidas de proteção individual, formas de defesa e,*

sobretudo, orientar condutas que evitem maior dano. (Ministério da Saúde, 2005b: 21).

Se a violência contra a mulher é perpetrada por parceiro íntimo, é preciso avaliar a necessidade de acompanhamento e proteção, no sentido de garantir socorro e abrigo a esta e aos filhos, quando necessário (por exemplo, casa abrigo), principalmente a partir do momento em que ela decida denunciar o companheiro ou romper a relação. (Ministério da Saúde, 2005: 21).

Ao serem questionadas se haviam sido orientadas em algum momento durante o pré-natal quanto à questão da violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo, das 17 gestantes entrevistadas, somente 3 já tinham sido orientadas sobre o assunto, porém, de forma superficial.

“Fui. (...) Ah! Eu não me lembro, porque foi numa palestra (pausa). A única coisa que elas falavam assim, esse abuso sexual, que era pra gente procurar ajuda, entendeu? Não ficar acolhendo aquilo pra gente, fazia mal não só pra gente como pro bebê também.” (Gest. 17).

“Ela chegou a comentar com a gente só no (pausa), aí como é que é o nome? Tipo debate, que a gente fez na amamentação, chegou a comentar, mas não falou muita coisa assim, não, comentou.” (Gest. 15).

Segundo o Ministério da Saúde,

as estatísticas sobre violência contra a mulher revelam elevada incidência e prevalência do problema. Estima-se que a violência sexual acometa 12 milhões de pessoas, a cada ano, em todo o mundo. Ao contrário, do que se espera, a violência contra a mulher não diminui necessariamente durante a gravidez. O agressor, freqüentemente, é próximo e conhecido da mulher. (2005a: 132-133).

A insuficiência com que o tema ainda é abordado nas consultas de pré-natal, momento em que há possibilidade de se estabelecer um vínculo maior com a paciente, demonstra a dificuldade que os profissionais de saúde encontram em abordar essa questão na prática profissional.

Devido a diversos motivos que inviabilizam a denúncia, a maior parte dos casos de violência sexual perpetrada pelos parceiros, ainda não é notificada ou mesmo registrada. Várias propostas de intervenção vêm sendo postas em prática nos últimos anos, uma delas, proposta pelo Ministério da Saúde, é voltada aos

profissionais de saúde, que deveriam *perguntar diretamente a todas as usuárias dos serviços de saúde se enfrentam ou sofreram algum tipo de violência*. (2005a: 133).

Outro dado constatado foi a ausência de relato em prontuário sobre situações de violência sexual, assim como das orientações fornecidas à paciente a partir da constatação dos indícios de violência sexual.

A ausência de relato das situações de violência no prontuário, ao contrário do que se pensa, ao invés de proteger a paciente, amplia o seu risco, uma vez que a equipe irá desconhecer o que a usuária está vivenciando, além de fazer com que a usuária precise relatar sua história várias vezes para diferentes profissionais.

Caso a usuária em situação de violência sexual tenha alguma complicação na gestação e procure a unidade de saúde, os profissionais da equipe que a atender não saberão que aquela complicação pode estar relacionada com a violência sexual sofrida, aumentando com isso o risco para a sua saúde e a de seu filho.

Foi possível identificar também que em 12 prontuários não havia entrevista do Serviço Social e em 13 não havia ficha do serviço de Odontologia. Cabe ressaltar, que é durante a entrevista de pré-natal que os assistentes sociais verificam junto às gestantes questões como: o número de pessoas que residem na mesma moradia, a renda familiar, a participação na renda familiar, a quantidade de gestações anteriores, a quantidade de filhos vivos, a participação no planejamento familiar, a utilização de método contraceptivo e a realização de pré-natal nas gestações anteriores. Essas questões podem fornecer elementos para a suspeita de situações de violência sexual e esse momento pode se configurar numa oportunidade de detecção e acompanhamento.

Já informações sobre dor de cabeça freqüente após abortecimento, lesões na boca, luxação no queixo, inchaço em alguma articulação do corpo, limitação motora de pernas, braços e mãos, distúrbios do sono e dificuldades de alimentação só serão obtidas a partir da entrevista com a equipe do serviço de Odontologia.

Portanto, quando os profissionais estão sensibilizados para esse problema e incluem essas perguntas nas suas consultas estão contribuindo para a redução das situações de violência sexual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa foi analisar os sentidos atribuídos pela usuárias da assistência pré-natal do HMAF à violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo. Buscou-se verificar como as relações de gênero influenciam nos sentidos atribuídos à violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo, conhecer as dificuldades encontradas pelas gestantes quanto à identificação e ao enfrentamento das situações de violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo e propor medidas de inserção do tema da violência sexual contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo de forma transversal nos serviços de assistência pré-natal.

Os resultados aqui apresentados não permitem generalizações por se tratar de um estudo qualitativo.

Ao analisar o perfil das gestantes, observou-se que há predominância de duas faixas etárias, de 18 a 24 anos e, de 37 a 44 anos. Observou-se que essa predominância pode estar relacionada, na primeira faixa, com a mudança no *status* social e com a realização pessoal e, na segunda faixa, com as alterações hormonais ou com o desejo de investir primeiro na carreira profissional levando-as a terem gestações tardias.

Em relação a escolaridade, observou-se que 11 gestantes tinham até o ensino médio completo. A ocorrência de gravidez durante a idade escolar pode contribuir para que a gestante retorne tardiamente ou até mesmo não venha a concluir os estudos, diminuindo as suas chances de uma boa colocação no mercado de trabalho e de melhorar a sua qualidade de vida. Para as mulheres que estão vivenciando situações de violência perpetrada pelo parceiro íntimo, a falta de qualificação e de garantia de emprego contribui para que fiquem fora do mercado de trabalho e não consigam romper com a relação violenta devido, especialmente, à dependência financeira.

A partir da articulação da situação conjugal com a ocupação foi observado que das 10 gestantes em união estável, somente 4 tinham alguma ocupação. Esse fato pode estar relacionado com a construção social dos papéis femininos e masculinos, na qual ao homem destina-se o âmbito público, àquele que provê, e a mulher o âmbito privado, àquela responsável pela organização da casa, cuidado dos filhos e afazeres domésticos. Essa “divisão” desigual dos papéis aprofunda a

desigualdade de gênero e legitima as situações de violência sexual sofridas pelas mulheres no âmbito privado.

Ao analisar a história reprodutiva das gestantes observou-se que o planejamento da gravidez ou a ausência desse, está intimamente relacionada com o número de gestações e com o tipo de método contraceptivo utilizado. Foi possível constatar que o planejamento da primeira gestação estava ligado à vontade da mulher ser mãe e que a ausência de planejamento nas demais gestações tinha relação com a dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos, com a automedicação, com a proibição do uso de métodos contraceptivos pelo parceiro bem como com a sua recusa a usar o preservativo durante a relação sexual. Dentre os métodos contraceptivos mais adotados pelas gestantes estavam a camisinha e, em seguida, a pílula anticoncepcional.

Ao analisar a participação do parceiro, 9 gestantes declararam que o parceiro não participou da escolha do método contraceptivo. A não participação masculina na contracepção contribui para o aumento de mulheres em situação de violência sexual dentro da relação conjugal, com alta paridade, com gestações não planejadas e de repetição rápida refletindo na qualidade de vida das mulheres e na sua saúde como um todo.

Como uma das conseqüências da violência sexual é o aborto, verificar essa questão junto as gestantes entrevistadas se fez necessário, uma vez que a ausência de informações junto às gestantes da assistência pré-natal contribui para que esta, em caso de violência sexual perpetrada pelo parceiro, não exija o aborto legal como um direito. Esse fato está muitas vezes associado à dificuldade dos profissionais de saúde em lidarem com as questões tanto da violência sexual quanto do aborto legal. Outro fator relacionado com o aborto é o fato das mulheres inseridas em uma situação violenta terem dificuldade de verbalizar o que sofrem ou por medo de represália do parceiro ou por receio que o mesmo seja preso.

Em relação ao tempo para o início do pré-natal, observou-se que 4 gestantes iniciaram o pré-natal no segundo trimestre gestacional. O pré-natal tardio é uma das conseqüências da violência sexual, todavia, apesar das 4 gestantes terem iniciado tardiamente o pré-natal, uma declarou ter procurado tardiamente por estar com vergonha, uma por ter medo que a mãe descobrisse, uma porque não aceitava a gravidez e uma porque achava que estava com problema gastrointestinal. Nenhuma

gestante relacionou esse dado a situações de violência sexual perpetrada pelo parceiro.

Ao analisar os **sentidos** atribuídos pelas gestantes à violência sexual, observou-se que as gestantes associavam a violência sexual a um ato sexual não consentido, à subordinação da mulher ao homem e a questão sócio-econômica. Nesse sentido, foi possível identificar três núcleos de sentido: *ato sexual forçado*; *submissão feminina*; e *violência urbana*.

A partir da análise da categoria **explicações**, foi possível observar que as gestantes associavam a ocorrência da violência sexual ao desemprego, ao machismo e à culpabilização da mulher, a um distúrbio mental, ao uso excessivo de bebidas e drogas e à falta de informação. Dessa forma, os núcleos identificados referem-se aos *fatores sociais*; *fatores culturais*; *fatores psicológicos*; *dependência química*; e *desinformação*.

Nas **repercussões** da violência sexual foi possível identificar como núcleo de sentido os *danos psicológicos e físicos*. Para as gestantes entrevistadas esses danos estão associados ao receio da vítima de se relacionar com outros homens e à possibilidade de desenvolvimento de alguma DST/AIDS ou gravidez indesejada decorrente da violência sexual.

A partir da análise da categoria **identificação de situações de violência sexual perpetrada pelo parceiro** foi possível perceber que as idéias associadas pelas gestantes referiam-se a relação sexual sem consentimento, ao uso da força para a realização de algum ato contra a vontade, ao aumento das investidas sexuais do parceiro durante a gravidez e a proibição do uso de método contraceptivo pelo parceiro associada a vontade de ter filhos. Diante disso, foram identificados quatro núcleos de sentido: *ato sexual contra a vontade*; *aumento da violência sexual durante a gravidez*; *proibição do uso de método contraceptivo pelo parceiro*; e *recusa ao uso do preservativo pelo parceiro durante a relação sexual*.

A análise das entrevistas relativas às **estratégias usadas para o enfrentamento da violência sexual perpetrada por parceiro íntimo** permitiu identificar o núcleo de sentido *inventa uma desculpa*. Para algumas gestantes, a única forma de se livrar de uma relação sexual contra a vontade seria inventando alguma desculpa, como dizer ao parceiro que está cansada, com dor de cabeça ou que está se sentindo mal, uma vez que dizer a verdade ao companheiro poderia contribuir para que elas fossem agredidas verbal, física e sexualmente.

Em relação ao **acolhimento** prestado pela equipe da assistência pré-natal permitiu identificar os seguintes núcleos de sentido: *atendimento adequado*; e *atendimento inadequado*. O primeiro núcleo de sentido está associado à idéia de um atendimento diferenciado no qual se prioriza a atenção e a escuta ao paciente. Já no segundo, o não esclarecimento das dúvidas no momento da consulta, a ausência de um atendimento individualizado e a demora no acesso a uma vaga na assistência pré-natal do hospital são determinantes para que o atendimento seja classificado como não adequado pelas gestantes.

Quanto às **orientações fornecidas** pela equipe de assistência pré-natal foi possível identificar o núcleo de sentido *atendimento global*. Esse núcleo está associado à idéia de globalidade, abordando questões como controle do peso, da pressão arterial, realização de preventivo, cuidados com a saúde bucal e com a alimentação, entre outros.

Com relação à realização de **avaliação de risco** durante as consultas de pré-natal chamou atenção o fato de nenhuma gestante entrevistada ter sido questionada se já havia sofrido violência sexual pelo parceiro íntimo. Essa constatação aponta novamente para a dificuldade enfrentada pela equipe de assistência pré-natal em abordar a questão da violência sexual contra a mulher junto às gestantes.

Sendo assim, os resultados do presente estudo colocam a necessidade de capacitação e sensibilização dos profissionais da assistência pré-natal quanto à temática da violência sexual contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo uma vez que dificilmente uma mulher que vivencia situações de violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo chegará a assistência pré-natal da unidade de saúde com essa demanda. Entretanto, se o profissional de saúde estabelece no decorrer da assistência pré-natal um vínculo com a usuária, terá maiores condições de perceber esta demanda que não é aparente, e orientar a usuária para que consiga exercer os direitos sexuais e reprodutivos.

Outra necessidade identificada a partir dos resultados é a inclusão em todos os grupos realizados pelos diversos profissionais da maternidade de temas como gênero, direitos humanos e violência sexual visando que a gestante em situação de violência sexual consiga se apropriar deste conhecimento e se sinta segura para efetivar seus direitos.

O estímulo ao desenvolvimento de pesquisas e projetos de extensão pelos profissionais da assistência pré-natal pode contribuir para a compreensão das

situações de violência contra a mulher, em especial a sexual, que se apresentam no cotidiano do serviço. A inclusão dos residentes e estagiários nessas atividades é fundamental uma vez que pode criar uma oportunidade de aprofundar o conhecimento sobre essa temática e contribuir para a qualificação do futuro exercício profissional dirigido à prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra a mulher.

Dar uma maior visibilidade ao problema da violência sexual contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo por meio de campanhas que envolvam não só a equipe de assistência pré-natal, residentes e estagiários, como também as gestantes e seus companheiros já que, foi constatada a dificuldade das gestantes em reconhecerem determinados atos praticados pelos seus parceiros como situações de violência sexual, foi outra necessidade identificada nesse estudo. A sociedade em que vivemos ainda culpabiliza a mulher, reproduz o machismo, subordina a mulher ao homem e atribui tarefas diferentes para homens e mulheres, exigindo da mulher num relacionamento íntimo, que tenha relações sexuais com o parceiro mesmo sem vontade a fim de cumprir o seu “papel” de esposa.

A complexidade que envolve o fenômeno da violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo exige de todos um olhar diferenciado objetivando desnaturalizar essa questão e viabilizar políticas públicas de fato eficazes. É preciso dar condições para o rompimento do ciclo da violência e não aprofundar ainda mais as seqüelas da violência sexual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. Rev. saúde pública 2005; 39: 108-113.

Andrade PC, Linhares JJ, Martinelli S, Antonini M, Lippi UG, Baracat FF. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. RGO 2004; 26: 697-702.

BEMFAM. Violência contra as mulheres: efeitos sobre a saúde reprodutiva. Outlook 2002; 1-8.

Braga MHP. O silêncio é cúmplice da violência. http://geocities.yahoo.com.br/uma_menina_qualquer/domestica.htm (acessado em 04/out/2006).

Brandão ER. Renunciantes de direitos? A problemática do enfrentamento da violência contra a mulher: o caso da Delegacia da Mulher. Rev. saúde coletiva 2006; 16: 207-231.

Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. saúde pública 2006; 22: 1421-1430.

Carvalho CDG, Manço ARX. Mortalidade feminina no período reprodutivo em localidade urbana da região sudeste do Brasil. Evolução nos últimos 20 anos. Rev. saúde pública 1992; 26: 239-245.

Carvalho MLO, Pirotta KCM, Schor N. Participação masculina na contracepção pelo ótica feminina. Rev. saúde pública 2001; 35: 23-31.

Castro ALC, Cardoso CMC. Prevenção da Violência. Estratégias e Compromisso. In: Vilela LF, coordenadora. Enfrentando a violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado do Distrito Federal; 2005. p. 55-64.

Castro R, Ruíz A. Prevalencia Y Severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. Rev. saúde pública 2004; 38: 62-70. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Cavalcanti LF. Ações da assistência pré-natal voltadas para a prevenção da violência sexual: Representações e práticas dos profissionais de saúde [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

CEPIA (Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação, Ação). A questão de gênero no Brasil; 2005.

Chauí M. Participando do debate sobre mulher e violência. *In*: Chauí M, Cardoso R, Paoli MC, organizadores. Perspectivas Antropológicas da Mulher: sobre mulher e violência. Rio de Janeiro: Zahar; 1985; p. 23-62.

Costa AM, Dirce G, Walter MIMT. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. Rev. saúde pública 2005; 39: 768-774.

Costa R. Filhos do adeus. (Des)sincronização familiar e fecundidade depois dos 40 anos no Portugal contemporâneo [Dissertação de Mestrado]. Évora: Universidade de Évora; 2003.

Dantas-Berguer SM, Giffin KM. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? Cad. saúde pública 2005; 21: 417-425.

Diniz NMF, Almeida LCG, Ribeiro BCS, Macêdo VG. Mulheres vítimas de violência sexual: adesão à quimioprofilaxia do HIV. Rev. latino-americana de enfermagem 2007; 15: 01-07.

Fleck MPA, Borges ZN, Bolognesi G, Rocha NS. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Rev. saúde pública 2003; 37: 446-455.

Garcia-Moreno C. Violência contra la mujer: gênero y equidad en la salud. Gênero, Equidad, Salud/ OPAS 2002, 6. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Gaspary M, Vasconcelos A, Brasil D, Barbosa V E. Curso de capacitação em violência doméstica e de gênero contra a mulher para técnicos integrantes da rede de apoio à mulher da baixada fluminense. Rio de Janeiro; 2002.

Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. Cad. saúde pública 2002; 18:103-112.

Gomes R, Minayo MCS, Silva CFRS. Violência contra a mulher: Uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. *In*: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Haddad N, Silva MB. Mortalidade feminina em idade reprodutiva no Estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995: causas básicas de óbito e mortalidade materna. Rev. saúde pública 2000; 34: 64-70.

Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. Rev. saúde pública 2005; 39: 695-701.

Lima BGC, Matos CMS, Melo EF. Uso de contraceptivos e abortamento entre adolescentes. Rev. baiana de saúde pública 2006; 30: 284-293.

Lourenço MA. A experiência da gestação e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro. Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

Louro GL. Nas redes do conceito de gênero. *In*: Waldow VR, organizador. Gênero e Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas 1996; p. 7-18.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. saúde pública* 2004; 20: 1411-1416.

Minayo MCS, Ferreira S, Neto O, Gomes R. Pesquisa Social: método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2001.

Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Rev. ciência & saúde coletiva* 1999; 4: 7-32.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO; 1994.

Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: Manual Técnico. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Brasília: Secretarias de Políticas de Saúde; 2000.

Ministério da Saúde. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; 2006.

Ministério da Saúde. Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; 2005a.

Ministério da Saúde. Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência contra Mulheres e Adolescentes. Área Técnica Saúde da Mulher. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Brasília: Secretarias de Políticas; 2005b.

Ministério da Saúde. Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes. Projetos, Programas e Relatórios. Série C. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; 2004.

Neri M. A bolsa da mãe.

http://www.fgv.br/ibre/cps/artigos/Conjuntura/2005/bolsa_mãe.pdf

(acessado em 04/mai/2007).

Nunes M, Paim JS. Um estudo etno-epidemiológico da violência urbana na cidade de Salvador, Bahia, Brasil: os atos de extermínio como objeto de análise. Cad. saúde pública 2005; 21: 459-468.

Nunez-Rivas HP, Monge-Rojas R, Gios-Davila C, Elizondo-Urena AM, Rojas-Chavarria A. La violencia física, psicológica, emocional Y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. Rev. panamericana de salud pública 2003; 14: 75-83. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Oliveira MW. Gravidez na adolescência: dimensões do problema. Cad. CEDES 1998, 19: 48-70.

OMS (Organização Mundial de Saúde). Relatório mundial de violência e saúde. Geneva: OMS; 2002.

OMS (Organização Mundial de Saúde). Saúde reprodutiva de adolescentes: uma estratégia para ação. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

Oshikata CT, Bedone AJ, Faundes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. Cad. saúde pública 2005; 21: 192-199.

Osis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad. saúde pública 1998; 14: 25- 32.

Osis MJD, Duarte GA, Crespo ER, Espejo X, Pádua KS. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. Cad. saúde pública 2004; 20: 1586-1594.

Pechansky F, Szobot CM, Scivoletto S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. Rev. brasileira de psiquiatria 2004; 26:14-17.

Rechtman M, Phebo L. Pequena história da subordinação da mulher: as raízes da violência de gênero.

http://www.isis.cl/Feminicidio/doc/doc/violencia_mulhe%8A%E9s_Rechtman.pdf
(acessado em 04/out/2006).

Reichenheim ME & Moraes CL. Estudo caso-controle da violência familiar durante a gestação como fator de propensão da prematuridade de recém-nascidos. [Projeto de Pesquisa]. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social/ UERJ; 2002.

REDEH. Não a violência contra a mulher fazendo escola. Textos para reflexão com educadores/as. Rio de Janeiro: REDEH; 2006.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. Interface Comum Saúde Educ. 1999; 3: 11-27.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito. A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. SP: Editora Unesp; 2005.

Segalin A, Camini M. A violência contra a mulher problematizada nas relações de gênero: quando a caricatura do príncipe revela o tirano nas relações conjugais.

http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/S/Segalin-Camini_05_c.pdf
(acessado em 30/abr/2007).

SEPM (Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres). Contribuição da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres para as Conferências Estaduais. Documento Base. Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2004.

Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad. saúde pública 2004; 20: 1281-1289.

Souza CM, Adesse L. Violência Sexual no Brasil: perspectivas e desafios. Brasília: Secretaria Especial e Políticas para as Mulheres; 2005.

Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. saúde pública 2003; 19: 263-272.

Villela WV, Doreto DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. Cad. saúde pública 2006; 22: 2467-2472.

ANEXO A – Roteiro de entrevista

ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido

ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO D – Modelo de telegrama enviado às gestantes

ANEXO E – Ficha de Identificação

ANEXO F – Ficha de controle do pré-natal

ANEXO G - Folha de Evolução

ANEXO H – Ficha do Serviço Social

ANEXO I – Ficha da Odontologia

Anexo A – Roteiro de entrevista

Violência sexual contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo: percepções das usuárias do pré-natal do HMAF

Data:

Número da entrevista:

Perfil:

1. Sexo
2. Idade
3. Escolaridade
4. Situação Conjugal
5. Orientação Religiosa
6. Ocupação

Gestações:

1. Número de gestações anteriores
2. Número de abortos
3. Planejamento da gravidez
4. Utilização de método contraceptivo
5. Participação do parceiro na escolha pelo método
6. Dificuldades encontradas na utilização do método escolhido

Violência sexual:

1. Definição
2. Causa
3. Consequência
4. Conhecimento sobre algum caso de violência sexual perpetrada por parceiro íntimo durante a gestação
5. Identificação de situações de violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo
6. Dificuldades encontradas quanto ao enfrentamento das situações de violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo
7. Estratégias usadas para o enfrentamento da violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo

Ações da assistência pré-natal diante da violência sexual perpetrada por parceiro íntimo no contexto gestacional

1. Acolhimento
2. Avaliação de risco
3. Orientações fornecidas



Pesquisa: Violência sexual contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo: Percepções das usuárias do pré-natal do HMAF.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS USUÁRIAS DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DO HMAF

Você foi selecionada e está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada “Violência sexual contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo: percepções das usuárias do pré-natal do HMAF” que tem como objetivo analisar as percepções das usuárias da assistência pré-natal do HMAF quanto o tema da violência sexual contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo. A pesquisa de campo terá duração de 4 meses.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os resultados serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram. As pessoas, por acaso, referidas durante a entrevista também terão suas identidades mantidas em sigilo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O seu tratamento será mantido sem nenhum prejuízo. Sua participação nesta pesquisa se dará através de entrevistas sobre as percepções das usuárias da assistência pré-natal do HMAF quanto o tema da violência sexual contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo. As entrevistas serão gravadas, e posteriormente, será realizada a transcrição das mesmas. As fitas com as gravações serão destruídas após 5 anos do término da pesquisa.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza. Os benefícios relacionados com a sua participação referem-se ao conhecimento que poderá ser produzido sobre as percepções das usuárias da assistência pré-natal quanto o tema da violência sexual contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/ e-mail e o endereço do pesquisador principal, e demais membros da equipe, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu _____ abaixo assinada concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pela equipe da pesquisa.

_____	_____	_____
(nome do entrevistado)	(assinatura)	(data)

_____	_____	_____
(nome do pesquisador)	(assinatura)	(data)

Coordenador da Pesquisa: Ludmila Fontenele Cavalcanti

Pesquisadora: Roberta Matassoli Duran Flach

Av. Pasteur, 250 fundos Praia Vermelha - tel: 3873.5408 – ludmario@terra.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 601 – Cidade Nova – tel: 2293-5549 – cepsms@rio.gov.br

Anexo C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 05A/2007

Rio de Janeiro, 12 de fevereiro de 2007.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 05/07

TÍTULO: Violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo: percepções das usuárias da assistência pré-natal do Hospital Maternidade Alexander Fleming.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Ludmila Fontenele Cavalcanti.

UNIDADE ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Hospital Maternidade Alexander Fleming.

DATA DA APRECIÇÃO: 12/02/2007.


PARECER: APROVADO

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo D – Modelo de telegrama enviado às gestantes


RECIBO DE TELEGRAMA	DATA ____/____/____	HORA ____ h ____	MA175565587BR 0
	NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR _____		
USO DOS CORREIOS	RUBRICA DO CARTEIRO _____	MATRÍCULA _____	TIPO/SERVIÇOS ADICIONAIS TL4H



Para enviar telegrama ligue **0800 5700100** ou acesse www.correios.com.br

<p>CONTEÚDO DA MENSAGEM</p> <p>_____, você foi selecionada dentre as usuárias do Serviço de Pré-Natal do HMAF, para participar de uma pesquisa. Favor comparecer ao HMAF na terça-feira às 9h na sala 02 do Serviço Social. Desde já agradecemos a sua colaboração.</p> <p>Serviço Social HMAF>>></p> <p><small>Cópia do telegrama nº. MA175565587BR postado em 22/03/2017 às 12h, destinado a: Roberta Fleming - Rua Jorge Schmidt SN - Marechal Hermes - 21610-645 - Rio de Janeiro/RJ</small></p>

DOBRAR

REMETENTE	CÓPIA DE TELEGRAMA	USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS <input type="checkbox"/> 1 Mudou-se <input type="checkbox"/> 6 Recusado <input type="checkbox"/> 2 Ausente <input type="checkbox"/> 7 Falecido <input type="checkbox"/> 3 Desconhecido <input type="checkbox"/> 8 Não existe o número indicado <input type="checkbox"/> 4 Endereço insuficiente. Faltou: <input type="checkbox"/> 5 Outros (Especificar)
	DESTINATÁRIO Serviço Social Hospital Maternidade Alexsander Fleming - Roberta Rua Jorge Schmidt SN Marechal Hermes 21610-645 - Rio de Janeiro/RJ	NÚMERO DO TELEGRAMA MA175565587BR 0  TL4H



Identificação



Unidade	Nome					Matrícula
Data de nascimento	Idade	Cor	Sexo	E. Civil	Data registro	Hora
Naturalidade		Profissão			Segurador	Depend.
Residência				Bairro	Telefone	
Identidade	Pai					
Órgão expedidor	Mãe					
Responsável					Parentesco	
Endereço					Telefone	
Observações						

[illegible]

Anexo F – Ficha de controle do pré-natal



Controle Pré-Natal

Unidade

Nome Completo	Idade	Nº do Prontuário
---------------	-------	------------------

Altura	Gestações	Paridade	Fuma nesta Gravidez?
			<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Até 20 cigarros/dia <input type="checkbox"/> Mais de 20 cigarros/dia

Vacinação Antitetânica 1ª dose: _____ 2ª dose: _____ Reforço: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado	Sorologia para LUES 1ª Consulta: <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. 28ª Semana: <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. Tratamento Completo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Imuno-hematologia <table border="1"> <tr> <td>Grupo</td> <td>Rh</td> </tr> <tr> <td>Gestante</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Marido</td> <td></td> </tr> </table> Coombs Indir. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Título: _____ Acidentes Transfusoriais: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Grupo	Rh	Gestante		Marido		Sorologia Anti-HIV Data da Coleta: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Indet. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Gest. recusou	Avaliação Gestacional <table border="1"> <tr> <td></td> <td>Dia</td> <td>Mês</td> <td>Ano</td> </tr> <tr> <td>DUM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DPP</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Entregou 28ª Semana: Ht: _____ Hb: _____		Dia	Mês	Ano	DUM				DPP			
Grupo	Rh																					
Gestante																						
Marido																						
	Dia	Mês	Ano																			
DUM																						
DPP																						

Consulta Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Data										
Motivo Rotina/Patologia										
Semanas de Amenorréia										
Peso (Peso Anterior: _____)										
Pressão Arterial										
Edema										
Proteinúria										
Altura Uterina										
Frequência Cardíaca Fetal										
Outros Exames										
Atendida por (Profissão)										
Data de Retorno										

Diagnósticos e Procedimentos

Fatores Relevantes para o Parto - Avaliação do Risco Gestacional

Ocorrências ao Final da Gestação

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Toxemia	<input type="checkbox"/> Desnutrição	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hemorragia
---------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Referência para Maternidade	Data
-----------------------------	------



**PREFEITURA
DA CIDADE
DO RIO DE JANEIRO**

**Secretaria
Municipal
de Saúde**

[illegible]

SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA APS II
HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING

SERVIÇO SOCIAL
ENTREVISTA DO PRÉ-NATAL

1. IDENTIFICAÇÃO.

Nome: _____ Prontuário: _____

Idade: _____ Natural: _____

Profissão: _____

Ocupação: Do Lar ()
Trabalho formal ()
Trabalho informal regular ()
Trabalho informal irregular ()

Estuda? () SIM () NÃO Escolaridade: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Tel: _____

2. ESTADO CIVIL:

() Casada () Solteira/companheiro () Divorciada/ Desquitada
() Viúva () Separada não judicialmente

3. SITUAÇÃO DE HABITAÇÃO:

() Própria () Posse () Aluguel () Outros _____
() Saneamento básico () N° de Cômodos () Luz Elétrica

4. SITUAÇÃO ECONÔMICA FAMILIAR::

NOME	IDADE	PARENTESCO	ESCOLARIDADE	Ocupação	VÍNCULO	REMUNERAÇÃO

Renda Familiar ? _____

Quem contribui para a renda familiar? _____

5. SAÚDE

N° de gestações: _____ N° de filhos vivos: _____

Usuária participou de algum Programa de Planejamento Familiar? _____

Utiliza método anticoncepcional? _____ Qual? _____

Fez Pré-natal nas gestações anteriores? _____ Onde? _____

Amamentou? _____ Durante quanto tempo? _____

Algum membro da família é portador de doença? _____ Qual? _____

Está em tratamento? _____ Onde? _____

Data ____/____/____

Assinatura _____

ANEXO 13

PREFEITURA DO RIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE COLETIVA
COORDENAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE BUCAL

UNIDADE: _____ DATA: ____/____/____

PACIENTE: _____ MATR: _____

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE (MAIORES DE 42 MESES DE IDADE)

Leia com atenção as perguntas e circule as respostas apropriadas: S (SIM), N (NÃO).
 Este questionário, além de sigiloso, é importante para o diagnóstico e seu plano de tratamento odontológico, garantindo a sua segurança e qualidade no atendimento.

A- Se mulher: GESTANTE. S (SIM) N (NÃO)

B- Leia atentamente e responda:

S	N	Sente-se mais incomodado pelo calor que a maioria das pessoas?
S	N	Considera-se excessivamente nervoso/excitado?
S	N	Houve aumento ou diminuição brusca do peso recentemente?
S	N	Sente muita sede?
S	N	Sente-se excessivamente cansado?
S	N	Quando se machuca, tem dificuldade de cicatrização?
S	N	Quando se corta, sangra muito/custa a parar o sangramento?
S	N	Seus tornozelos incham durante o dia?
S	N	Seu trabalho não você em contato com sangue, seus derivados e agulhas?
S	N	Tem dificuldade de engolir?
S	N	Tem história de sangramento anormal associado a extrações dentárias, cirurgias ou traumas?
S	N	As suas gengivas sangram espontaneamente ou quando escova?
S	N	Já recebeu algum transplante de órgão?
S	N	Já recebeu alguma transfusão de sangue?
S	N	Tem impressão de que seus dentes possam estar afetando a sua saúde?
S	N	Já teve algum problema sério associado a tratamento dentário prévio?
S	N	Consome açúcar entre as refeições 4x ou mais ao dia

OBS: _____

C- Complete: (uso profissional)

Doenças próprias de infância: _____

Doenças familiares: _____

Intervenções anteriores: _____

Medicação em uso: anticoncepcional, corticóides, ansiolíticos, paratúricos, etc.: _____

D- Apresenta ou já apresentou alguns dos problemas abaixo?
Em caso afirmativo (SIM), relatar pessoalmente ao profissional

DOENÇAS RESPIRATORIAS		DOENÇAS OSTEO-ARTICULARES			
S	N	asma/bronquite	S	N	artrite reumatóide
S	N	tuberculose	S	N	dor/crampo na região ouvido (ATM)
S	N	sinusite/rinite	S	N	problema ouvido/audição
S	N	hipertrofia de adenoide	S	N	dor muscular/cansaço região face, nuca ou após refeições
S	N	respirador bucal	S	N	dor de cabeça frequente, principalmente após refeições ou aborrecimento/preocupação
S	N	outras	S	N	range os dentes, dormindo (bruxismo)
DOENÇAS CARDIO-VASCULARES		S	N	costuma travar/apertar a mordida	
S	N	hipertensão arterial (pressão alta)	S	N	dificuldade de movimento/inchaco em alguma articulação do corpo
S	N	hipotensão arterial (pressão baixa)	S	N	dificuldade de abertura/fechamento da boca
S	N	lesão congênita no coração	S	N	trismo mandibular - a boca não abre
S	N	prótese cardíaca	S	N	luxação da articulação (ATM) - o queixo cai e não consegue fechar a boca
S	N	alteração sanguínea	S	N	febre reumática
S	N	uso de A.A.S. (aspirina)	S	N	DOENÇAS PSÍQUIATRICAS
S	N	uso de anti-coagulante	S	N	DOENÇAS NEOPLÁSICAS
S	N	Outras	S	N	história de cirurgia ou radioterapia para tumor ou alguma outra lesão na boca
DOENÇAS DIGESTIVAS		S	N	história de alguma lesão na boca que durou mais de 15 dias	
S	N	problema estomacal ou alterações provocadas por procedimentos	S	N	DOENÇAS DERMATOLÓGICAS
S	N	problemas hepáticos (fígado)	S	N	mancha na pele
S	N	refluxo gastro-esofágico (vômito)	S	N	problemas alérgicos
S	N	outras	S	N	outras
DOENÇAS GENITO-URINÁRIAS		S	N	DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	
S	N	doença renal crônica	S	N	AIDS
S	N	hiperparatireoidismo	S	N	Histite B
S	N	incontinência urinária	S	N	outras
S	N	outras	S	N	OUTRAS DOENÇAS
DOENÇAS NEUROLÓGICAS		S	N	hiper tireoidismo	
S	N	distúrbio	S	N	hipo tireoidismo
S	N	encefalia	S	N	tabagismo
S	N	uso de anti-convulsivante	S	N	usuário de droga
S	N	distúrbio neuro-motor	S	N	etilismo
S	N	outras	S	N	obesidade
PROBLEMAS ALÉRGICOS		S	N	diabetes	
S	N	reação a anestesia	S	N	dislipidemias
S	N	antibióticos	S	N	outras
S	N	anti-inflamatórios	S	N	PROBLEMAS DIVERSOS
S	N	latex (borracha)	S	N	memória
S	N	alergião	S	N	sono
S	N	metais	S	N	alimentação
S	N	iodo	S	N	micção (urina)
S	N	outras	S	N	evacuação (fezes)
INCAPACIDADE PERMANENTE/DEPENDÊNCIA					
S	N	limitação da capacidade motora dos membros superiores (movimento braços e mãos)			
S	N	outras			
OBSERVAÇÕES (USO DO PROFISSIONAL)					

DE ACORDO:

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
Secretaria Municipal de Saúde
Superintendência de Saúde Coletiva
Coordenação de Programas de Saúde Bucal

FICHA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA

UNIDADE DE SAÚDE: _____

AP _____

NOME PACIENTE: _____

PRONTUÁRIO: _____

CONDIÇÕES DENTÁRIAS, TECIDOS MOLES E HÁBITOS

☐ Placard: 0 = ausente 1 = questionável 2 = muito leve 3 = leve 4 = moderada 5 = severa

☐ Alteração do esmalte: 0 = não 1 = opacidade 2 = irregularidade 3 = abradido 4 = outras: _____

☐ Hábitos viciados: 0 = não 1 = chupar dedão/dedo 2 = roer unhas 3 = resp. bucal 4 = outras: _____

☐ Maloclusão: 0 = não 1 = mordida aberta 2 = mordida cruzada 3 = classe I 4 = classe II 5 = classe III 6 = outras: _____

☐ Exame de lâminas da coroa e dos dentes: 1 = não apresenta lâmina 2 = lâmina não identificada 3 = lâmina identificada CID: _____

☐ S ☐ 1 Condições protéticas: 0 = sem prótese 1 = prótese parcial fixa 2 = sem de uma ou duas parciais fixa 3 = prótese parcial removível 4 = prót. par. fixa e removível 5 = prótese total removível

☐ S ☐ 1 Necessidades protéticas: 0 = não apresenta 1 = necessita uma prótese unitária 2 = necessita prótese com múltiplas unidades 3 = necessita associação prótese unitária e/ou com múltiplas unidades 4 = necessita prótese total

Obs: _____

Condição inicial: ____ / ____ / ____

Condição clínica: ALTA ____ / ____ / ____

QDC	CPO-S	QDC	CPO-S
U E P	U E P	U E P	U E P
A N O	A N O	A N O	A N O
D T D	D T D	D T D	D T D
1 8		2 8	
1 7		2 7	
1 6		2 6	
5		5	
4		4	
3		3	
2		2	
1		1	

SITUAÇÃO
DENTE
0 - íntegro
1 - cárie c/c
2 - restaurado
3 - ext. ind.
4 - ext. p/ cárie
5 - ausente
SUPERFÍCIE
1 - cárie c/c
2 - restaurado
6 - m b 1
7 - m b 2

QDC	CPO-S	QDC	CPO-S
U E P	U E P	U E P	U E P
A N O	A N O	A N O	A N O
D T D	D T D	D T D	D T D
1 8		2 8	
1 7		2 7	
1 6		2 6	
5		5	
4		4	
3		3	
2		2	
1		1	

QDC	CPO-S	QDC	CPO-S
U E P	U E P	U E P	U E P
A N O	A N O	A N O	A N O
D T D	D T D	D T D	D T D
4 8		3 8	
4 7		3 7	
4 6		3 6	
5		5	
4		4	
3		3	
2		2	
1		1	

IPC
0 - íntegro
1 - sangramento
2 - tartaro
3 - bolha 10 mm
4 - bolha 20 mm
5 - ausência
6 - escudo

QDC	CPO-S	QDC	CPO-S
U E P	U E P	U E P	U E P
A N O	A N O	A N O	A N O
D T D	D T D	D T D	D T D
4 8		3 8	
4 7		3 7	
4 6		3 6	
5		5	
4		4	
3		3	
2		2	
1		1	

Lâminas de coroa em dentes: Não () Em () - () dentes () ausentes
IPC 17/16 11 26/27
4746 31 36/37

Por este instrumento de autorização, dou pleno consentimento para a realização do tratamento odontológico que se fizer necessário no menor

responsável

IPC	17/16	11	26/27
	4746	31	36/37
Resumo:			
Conclusão:			

