



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

A EXPERIÊNCIA DE GESTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO SOB A ÓTICA DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONJUGAL

Mestranda: Márcia Aguiar Lourenço

Orientadora: Dra. Suely Ferreira Deslandes

Rio de Janeiro

2006

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER

INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

A EXPERIENCIA DE GESTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO SOB A ÓTICA DE
MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONJUGAL

Dissertação apresentada à Pós-
Graduação em Saúde da Criança
e da Mulher do Instituto Fernandes
Figueira – FIOCRUZ, para obtenção
do Título de Mestre.

Rio de Janeiro, fevereiro de 2006.

AGRADECIMENTOS

À Suely Ferreira Deslandes. Minhas palavras não seriam suficientes para dizer o quanto sua passagem pela minha vida acadêmica foi importante, e o quanto suas orientações foram decisivas para a conclusão desse trabalho. Por isso, prefiro ficar com as palavras de Fernando Pessoa:

*"O valor das coisas não está no tempo em que elas duram,
mas na intensidade com que acontecem.
Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas
inexplicáveis e pessoas incomparáveis".*

Ao Dr. Moysés Rechtman e toda a equipe do Programa SOS Mulher, que abriram as portas do programa e me acolheram com muito carinho. Agradecimento especial a Sandra.

A Dra. Ludmila Fontenelle Cavalcanti pela contribuição e participação no exame de qualificação e na banca de defesa dessa dissertação. "A vida é a arte do encontro...". Que bom que nos encontramos!

Ao Dr. João Aprígio Guerra de Almeida pelas contribuições em meu projeto de pesquisa e sua participação na banca de defesa dessa dissertação.

Ao Dr. Romeu Gomes por sua disponibilidade e contribuição em meu exame de qualificação.

A Dra. Corina Mendes pelo carinho, atenção e troca de idéias.

Às minhas companheiras de trabalho no setor de neonatologia do Hospital Estadual Pedro II: Joelma, Josélia, Ana Cláudia e Michele, que estiveram sempre dispostas a me ajudar.

Ao André pela atenção, dedicação e paciência nesses dois anos de muito trabalho.

A todas as mulheres que participaram dessa pesquisa e que espontaneamente saíram de suas casas para dar seus comoventes e importantes relatos. Que o momento da entrevista tenha dado a elas a oportunidade de expor sentimentos reprimidos, alívio no desabafo e desejo de continuar lutando contra a violência.

Para

Ary,

Ivette,

Mônica e

Marcello.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar os significados que mulheres vítimas de violência conjugal atribuem à experiência de gestação e cuidados maternos, enfatizando a questão da amamentação.

O método utilizado situa-se no âmbito da pesquisa qualitativa de natureza exploratória. Foram entrevistadas 11 mulheres que sofreram violência conjugal durante a gravidez e tinham o filho mais novo com até 2 anos de idade. As entrevistas seguiram um roteiro de perguntas abertas e a técnica utilizada foi a história de vida tópica. Os relatos foram analisados através da técnica de análise de conteúdo orientada por adaptações visando também a análise de representações sociais.

Como resultados, observamos que mulheres que sofrem violência conjugal durante a gestação avaliaram que não encontraram em seus companheiros os cuidados que julgavam merecer. Na concepção desse grupo de mulheres faltou apoio financeiro e afetivo por parte do companheiro. Durante a gravidez surgiram sentimentos de medo, tristeza, solidão e depressão. Também percebemos que a gravidez se mostrou um forte detonador da violência ou aumento da mesma. Já em relação aos cuidados maternos e amamentação consideraram a experiência solitária, apesar de terem vivido momentos de “alegria”, demonstrando que essa experiência foi cercada de sentimentos ambíguos. Para as mulheres pesquisadas, o desmame ocorreu precocemente para a grande maioria. A necessidade de trabalhar fora, a falta de informação e a própria experiência de violência foram algumas das razões expostas para não prosseguirem com a amamentação. A pesquisa também revelou que a família e, principalmente a mãe dessas mulheres, funcionou como um importante suporte social no apoio a essas vítimas, porém não suprimindo todas as carências. Também observamos que o serviço de saúde mostrou falhas na detecção e atuação nesse grupo de mulheres estudadas.

Palavras-chave: violência contra mulheres, violência contra mulheres durante a gestação, cuidados maternos, aleitamento materno.

ABSTRACT

The purpose of this study is to analyze the motherly conceptions about the domestic/matrimonial violence consequences during the pregnancy, emphasizing the breast-feeding issue.

A qualitative methodology was utilized in this study. During the research, eleven women were interviewed. All of them suffered domestic violence during pregnancy and their youngest child was up to two years old. The interviews were based on open questions and the technique applied was life history. The interviews were analyzed through content analysis. The interviewees' speech was also analyzed through social representations.

The findings showed that those women who suffered domestic violence during pregnancy did not consider their partners as supportive as they think they should be. These women stated that they lacked of emotional and financial support from their partners' side. During the pregnancy, the women expressed feelings of fear, sadness, and solitude. Furthermore, it was perceived that the pregnancy showed as a strong detonator of the violence. Sometimes the pregnancy caused an increased of the violence suffered by these women.

They considered this kind of experience as a good experience if associated to the aspects of maternal care and breast feeding. However, they considered it as a lonely experience. According to the interviews, those women stopped breast feeding early than it was supposed. The reasons for stopping the breast feeding earlier than it was supposed includes: the need of coming back to work, lack of information and the violence experienced by those women. The findings also revealed that the family, especially those women's mothers, plays an important role as an efficient social support to these victims. On the other hand, the public health system demonstrated failures detecting and acting against this kind of violence.

Keywords: domestic violence against women, violence during pregnancy, maternal care, breast-feeding.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1	
Violência contra mulheres	7
CAPÍTULO 2	
Violência contra mulheres durante a gravidez	16
CAPÍTULO 3	
Cuidados maternos e amamentação.....	23
CAPÍTULO 4	
Metodologia.....	30
CAPÍTULO 5	
Resultados	
5.1 – Gravidez, relação conjugal e violência	40
5.2 – Cuidar e amamentar: entre o real e o ideal	67
5.3 – “Ruim com ele, pior sem ele”: a lacuna existente nas redes de apoio	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
BIBLIOGRAFIA	106
ANEXOS	116

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher está presente em todas as sociedades e se caracteriza principalmente por sua invisibilidade já que acontece, na maioria das vezes, dentro de casa, no contexto da relação conjugal. Por esse motivo, as informações que se dispõem sobre esse tipo de violência dependem ainda de uma mobilização social, conscientização do problema e também da denúncia espontânea das vítimas.

Diferentemente da violência contra o sexo masculino que geralmente ocorre no âmbito público, a violência contra mulheres nem sempre é visível e o desfecho pode não ser fatal na maioria das vezes. No entanto, os agravos à saúde física e mental ganham proporções maiores e devem ser encarados como uma questão social e de saúde pública a ser discutida.

A violência contra a mulher só ganhou espaço na mídia nos últimos 30 anos devido ao movimento feminista que desde a década de 70 vem denunciando que existe uma violência específica contra mulheres mas, somente nos anos 80, essa problemática se tornou visível nas políticas públicas (CEPIA, 1994).

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OMS/OPAS, 1998), a violência contra a mulher se refere a todo ato de violência baseado em gênero que tem como resultado possível ou real um dano físico, sexual ou psicológico (incluindo ameaças, coerção ou a privação da liberdade) podendo ocorrer na vida pública ou privada.

Estudos revelam que entre 16% e 52% das mulheres em diferentes partes do mundo já experimentaram violência física por parte de seus companheiros e, pelo menos uma em cada cinco mulheres são objeto de violação ou intenção de violação no decorrer de sua vida (OMS/OPAS, 1998).

Segundo pesquisa realizada nas Américas pela OPAS (2004): 33% das mulheres entre 16-49 anos já foram vítimas de violência sexual; ao menos 45% foram ameaçadas ou insultadas; em países desenvolvidos a violência de homens contra mulheres é responsável por um em cada cinco anos de vida

saudável perdidos por mulheres em idade reprodutiva e; em 1998, a violência interpessoal foi a décima causa de morte em mulheres de 15 a 44 anos.

Soares (1999), aponta os dados da Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar (PNAD/BR) em 1988 que quantifica, em nosso país, os números da violência contra mulheres. Como resultados, essa pesquisa apresentou que 55% das mulheres vítimas de agressão, na região Sudeste do Brasil, foram atacadas na própria residência e 45% em local público. Parentes e conhecidos foram responsáveis por 62,29% dos ataques violentos. Vale ressaltar a importância desses dados, uma vez que, essa é a única pesquisa nacional realizada até o momento.

Numa pesquisa mais recente da OMS (2002) sobre violência conjugal contra mulheres em duas regiões do Brasil, foi revelado que 27% das mulheres na cidade de São Paulo e 34% na Zona da Mata pernambucana relataram algum episódio de violência física cometida por parceiro ou ex-parceiro, tal como: tapa, empurrão, soco, chute, estrangulamento, queimadura ou ameaça com arma branca ou de fogo. Também foi evidenciado que 10% das mulheres em São Paulo e 14% na Zona da Mata disseram 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. A violência física e/ou sexual cometida alguma vez na vida pelo parceiro foi relatada por 29% das mulheres na cidade de São Paulo e 37% na Zona da Mata em Pernambuco.

A violência conjugal tem sido considerada um problema de saúde pública pelas enormes conseqüências que decorrem dela, que vão desde distúrbios gastrintestinais até lesões fatais. Em função desses elevados índices, pode-se perceber que os custos da violência contra a mulher também vêm crescendo e merecem destaque (OMS,2002).

Existem os custos diretos que se referem às mortes e aos serviços proporcionados como os de saúde, legais, de proteção, entre outros. E existem os custos indiretos como os dias de trabalho perdidos, a diminuição da produtividade, que causam impacto na economia. Além desses, pode-se considerar outros custos indiretos, não tangíveis, que se relacionam com os aspectos humanos e sociais e que não são registrados em sua maioria como:

medo, dor crônica, depressão, intenção de suicídio e perda do amor próprio (Garcia-Moreno, 2002).

Os serviços de saúde podem desempenhar uma função essencial ao detectar, encaminhar e atender as mulheres que convivem com a violência ainda que elas não revelem textualmente esses episódios.

A intervenção dos serviços de saúde pode potencialmente diminuir os efeitos, tanto em curto como em longo prazo da violência conjugal (Garcia-Moreno, 2002). Mas para que isso ocorra, também são necessários estudos que aprofundem o tema reforçando sua significância e contribuindo para formulação e reformulação de políticas públicas que atendam as demandas dessas mulheres seja nas suas dimensões: física, psicológica e social.

Nos estudos sobre violência conjugal também encontramos pesquisas que revelam índices elevados de várias formas de agressões durante a gestação.

Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002), estudos de população realizados no Canadá, Chile, Egito e na Nicarágua concluíram que de 6% a 15% das mulheres com parceiros constantes sofreram abuso físico ou sexual durante a gravidez, normalmente praticado por seus parceiros. Nos Estados Unidos as estimativas acerca do abuso durante a gravidez variam de 3% a 11% entre mulheres adultas e até 38% em mães adolescentes de baixa renda. No Brasil, os estudos são escassos destacando-se dois deles. O primeiro realizado em Pernambuco por Meneses et al (2003) e o segundo realizado por Moraes e Reichenheim (2002) que serão abordados no capítulo 2.

De fato, muitos estudos estão sendo desenvolvidos para melhor compreensão do fenômeno da violência conjugal, porém, poucos estudos exploram a experiência dessa violência vivida durante a gravidez. A grande maioria das pesquisas que abordam esse assunto tem caráter epidemiológico e busca identificar os fatores de risco para a violência ou os efeitos na saúde do feto, onde é indicada a relação entre a violência sofrida na gestação e o baixo peso ao nascimento.

A maioria das mulheres tem contato com o sistema de saúde em algum estágio de sua vida, e intensificam esse contato no período da gestação quando freqüentam, pelo menos algumas vezes, o programa de pré-natal.

Isso coloca o cenário de assistência à saúde em um lugar de destaque, onde as mulheres que sofrem abuso podem ser identificadas, receber apoio e, se necessário, ser encaminhadas a serviços especializados (OMS,2002)).

Cavalcanti (2004), num estudo realizado sobre ações da assistência pré-natal voltadas para a prevenção de violência sexual, relata que:

“A assistência pré-natal é concebida pelos profissionais de saúde como uma atividade complexa, fornecedora do acolhimento e cuja formação dos profissionais, mais do que enfatizar a dimensão técnica, pode promover a integralidade necessária à prevenção da violência [...] A assistência pré-natal é o ponto chave dessa prevenção, devendo incorporar dados sociais, encorajar a denúncia, estabelecer vínculos de modo a servir de referência para a mulher atendida.” (p.143)

Nesse estudo, compartilhamos com as idéias de Cavalcanti de que o pré-natal é um momento privilegiado para se criar ações de investigação, prevenção e intervenção contra a violência conjugal. Acreditamos que esse estudo possa contribuir trazendo subsídios para profissionais da área de saúde, principalmente aqueles ligados à elaboração de programas de pré-natal e puericultura, refletirem sobre a questão da violência contra a mulher durante a gestação e após a mesma.

Somente oferecendo um atendimento diferenciado a essas mulheres, ou seja, dando-lhes voz para que relatem suas histórias e sejam ouvidas sem preconceito, pode ser iniciado um trabalho de proteção visando quebrar o ciclo de violência conjugal.

No nosso estudo, o foco principal também é a mulher grávida que sofre violência conjugal, porém, nossos questionamentos são diferentes dos estudos epidemiológicos.

Aqui pretendemos localizar o problema da violência conjugal contra mulheres a partir de seus pontos de vista, focalizando um momento específico de suas vidas. Nossos questionamentos são acerca de como essas mulheres vivenciaram a gravidez e o que idealizam como sendo uma boa gravidez. Também, nesse estudo, direcionamos nosso foco para a experiência dos

cuidados maternos após o parto (incluindo principalmente a amamentação) e suas idealizações acerca do que é um bom cuidado com o bebê.

Considerando a possibilidade de uma integração dos fatores, violência contra mulheres e amamentação, se faz necessário conhecer mais profundamente a experiência de amamentação e os cuidados com o bebê desse grupo específico de mulheres vítimas de seus companheiros durante a gestação. Como elas teriam vivenciado a gestação? Que sentidos atribuem ao período de aleitamento?

É importante mencionarmos também que após exaustiva busca em bases de dados como MEDLINE, LILACS, Periódicos Capes, entre outros, apenas um artigo canadense sobre violência contra mulheres e aleitamento materno foi localizado. No Brasil, nenhum estudo abordando o tema foi encontrado. Portanto, acredita-se que esse trabalho possa acrescentar aos estudos sobre aleitamento materno o debate sobre violência, o que constitui mais um dado a ser levado em consideração na elaboração de programas, projetos e iniciativas de incentivo à amamentação.

Nesse trabalho também faremos uma reflexão sobre a rede de suporte oferecida a essas mulheres durante e após a gravidez no que diz respeito às violências sofridas. A partir das entrevistas pudemos perceber a necessidade e importância dos serviços de saúde e dos profissionais que nele atuam no atendimento às mulheres vítimas de violência.

Esse trabalho tem, portanto, como objeto de estudo a **experiência de gestação e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal**.

Nosso objetivo geral foi analisar os significados que vítimas de violência conjugal atribuem à experiência de gestação e cuidados maternos, enfatizando a questão da amamentação. Também traçamos como objetivos específicos:

1. Analisar as idealizações sobre a gestação e os cuidados maternos.
2. Caracterizar as situações relatadas sobre as violências sofridas durante a gestação e após o parto.
3. Contextualizar o eventual papel de redes de suporte durante a gravidez no que diz respeito às violências sofridas.

4. Contextualizar o eventual papel de redes de suporte para os cuidados com o bebê no que diz respeito às violências sofridas.
5. Analisar os relatos de experiências de cuidados maternos do bebê, enfatizando o período da amamentação.

No primeiro capítulo desse trabalho foi feita uma revisão da bibliografia disponível sobre violência conjugal contra mulheres. Serão expostos alguns conceitos, características, conseqüências, dados estatísticos e como as redes sociais de apoio vêm ajudando essas mulheres.

No segundo capítulo, também é feita uma revisão a partir da literatura, a respeito da violência conjugal contra mulheres especificamente durante a gravidez. Discutiremos a magnitude do problema tanto através de estudos internacionais como de nacionais, e as conseqüências para o binômio mãe-bebê ganham destaque nessa discussão.

No terceiro capítulo, intitulado Cuidados Maternos e Amamentação, buscou-se refletir sobre a questão dos cuidados em torno do bebê e principalmente o aleitamento materno e suas políticas públicas traçando um diálogo com a situação de violência em que vivem muitas mulheres.

Já no quarto capítulo, é exposta a metodologia usada nesse estudo que ajuda a entender melhor o campo da pesquisa, os procedimentos de construção dos dados, critérios de seleção dos sujeitos da pesquisa e os pressupostos teóricos da análise.

O quinto, sexto e sétimo capítulos dizem respeito aos resultados do estudo que são reflexões feitas a partir dos dados colhidos e o diálogo com a literatura sobre violência contra mulheres, aleitamento materno e apoio social. Os capítulos são os seguintes: 1) Gravidez, relação conjugal e violência; 2) Cuidar e amamentar: entre o real e o ideal; e por fim 3) “Ruim com ele, pior sem ele”: a lacuna existente nas redes de apoio ao atendimento de mulheres vítimas de violência.

Conscientes da importância de novos estudos nessa área, tentamos com esse trabalho, contribuir para os programas de saúde da mulher frente à necessidade de maiores investigações e atuações preventivas contra a violência conjugal.

Capítulo 1

Marco Teórico-conceitual

VIOLÊNCIA CONJUGAL CONTRA MULHERES

Para iniciarmos esse primeiro capítulo, se faz necessário esclarecermos que a principal baliza do presente estudo é a violência conjugal contra mulheres. No entanto, mencionaremos brevemente a definição de termos que costumam ser empregados nos estudos de violência conjugal e que podem se conectar entre si em alguns momentos, como é o caso de “violência de gênero”, “violência doméstica” e “violência familiar”.

Para Saffioti (1999), gênero pode ser interpretado como um conjunto de normas modeladoras dos seres humanos homens e mulheres, que estão expressas nas relações destas duas categorias sociais. Portanto, gênero diz respeito preferencialmente às relações homem-mulher. No entanto, a autora ressalta a necessidade de ampliar este conceito para as relações homem-homem e mulher-mulher.

Quando nos referimos à violência de gênero, o vetor mais amplamente difundido caminha no sentido homem contra mulher. Isto não significa que uma relação de violência entre dois homens ou entre duas mulheres não possa figurar sob a rubrica de violência de gênero. A desigualdade é posta pela tradição cultural, pelas estruturas de poder, pelos agentes envolvidos na trama das relações sociais (Saffioti, 1999).

Gomes (2003) após revisão bibliográfica acerca do tema “violência contra mulheres”, observou que, para alguns estudiosos da área, a violência sofrida pela mulher é entendida como uma violência estruturada por um padrão hierárquico de relações sexuais, no qual as mulheres sofreriam violências “pelo fato de serem mulheres”. Isso configuraria um reflexo da “manutenção de desigualdades e hierarquias existentes para garantir a obediência e a subalternidade de um sexo sobre o outro” (p.206).

Soares (1999) aponta que segundo as feministas, a violência de gênero sofrida pelas mulheres é uma violência masculina exercida pela necessidade

dos homens de controlá-las e exercer sobre elas seu poder. Trata-se de um padrão de comportamento aprendido e, de várias formas, endossado pela sociedade. Soares (1999) diz: “As mulheres estariam vulneráveis aos abusos masculinos, em função da própria estrutura (patriarcal) do casamento e da atribuição de papéis de gênero, que facilitam a dependência das esposas em relação aos maridos” (p.126).

A violência familiar é aquela que envolve membros de uma mesma família extensa ou nuclear, levando-se em conta a consangüinidade e a afinidade. Ela pode ocorrer no interior do domicílio ou fora dele, embora seja mais freqüente o primeiro caso. Já a violência doméstica apresenta pontos de sobreposição com a familiar, podendo também atingir pessoas que, não pertencendo à família, vivem, parcial ou integralmente, no domicílio do agressor, como é o caso de agregados e empregadas(os) domésticas(os) (Saffioti, 1999).

Entretanto, de acordo com a maioria dos estudos sobre violência contra mulheres, a forma mais presente de abuso contra mulheres é pelos seus parceiros íntimos, definida como violência conjugal e foco principal de nosso estudo.

A violência nas relações de casamento (formal ou informal) e namoro, também é conhecida como violência conjugal, e representam um ponto nodal das grandes querelas em torno da violência doméstica (Soares, 1999).

Neste trabalho considera-se que a violência conjugal contra mulheres pode se apresentar sob diversas formas. Segundo Soares (1999): 1) abuso físico: bater, esbofetear, empurrar, chutar, soar, queimar, sufocar, impedir de sair de casa, uso de instrumentos contundentes (armas, facas, etc.); 2) violência psicológica: ameaçar, dizer o que se pode ou não pode fazer, xingar, ofender com palavras; 3) abuso sexual: estupro, contato físico indesejável, forçar um adulto a praticar atos sexuais contra sua vontade.

A violência perpetrada por parceiro íntimo é um fenômeno que ocorre em todos os países, independente do grupo social, econômico, religioso ou cultural. E apesar de mulheres poderem ser violentas em seus relacionamentos com os homens, a grande carga de violência de gênero recai sobre elas (OMS, 2002).

Esse fenômeno também aparece em todos os níveis sócio-econômicos, de baixa renda e entre outros, pelo fato de as dificuldades financeiras, a miséria, e os diversos arranjos familiares, favorecerem o clima de instabilidade no humor, exacerbando os comportamentos agressivos nos indivíduos (Cabral, 1999).

Além disso, dados históricos sobre o Brasil, na época colonial, revelam que era permitido aos maridos “emendarem” suas companheiras, pelo uso da chibata. Portanto, as agressões físicas e psicológicas contra as mulheres fazem parte de nossas raízes culturais. As funções das mulheres seriam de servir a seus maridos e filhos dedicando-se exclusivamente às tarefas domésticas em que pudessem manifestar seus dons maternais (Cabral, 1999).

Durante a *Belle Époque* (1890 – 1920), com a instauração da ordem burguesa, a modernização e as ações de higienização do país despontaram como lema e as imposições da nova ordem tinham o respaldo da ciência. A medicina social assegurava como características femininas, por razões biológicas: a fragilidade, o recato, o predomínio das faculdades afetivas sobre as intelectuais e a subordinação da sexualidade à vocação maternal. As características atribuídas às mulheres eram suficientes para justificar que se exigisse delas uma atitude de submissão e um comportamento que não maculasse sua honra (Soibet, 1997).

Com o movimento feminista americano nos anos 70, as mulheres tornaram visíveis as práticas de violência que ocorriam no âmbito privado, cobrando punição para seus agressores (Saffioti, 1995).

Porém, dentro da máxima cultural de que “em briga de marido e mulher não se mete a colher”, tudo que acontece no âmbito familiar não dizia respeito à polícia, à Justiça, à vizinhança, à comunidade, à sociedade ou mesmo ao resto da família. E segundo Soares (1999), essa ainda é infelizmente, a reação dominante, no Brasil, ao menos nos centros urbanos.

Uma demonstração do nosso atraso nessas discussões seria que, na França, o ato sexual praticado pelo casal sem o consentimento da mulher constitui crime de estupro desde 1980. No Brasil, contudo, a cidadania em geral e a feminina em particular são tão precárias que ainda se luta para não deixar impunes os violadores de mulheres com os quais não estão casadas, assim como os assassinos e espancadores de (ex)namoradas,

(ex)companheiras, (ex)esposas. O que na França constitui uma violência inaceitável e já está há mais de duas décadas capitulado como crime, aqui é entendido como “dever conjugal”. Ou seja, uma vez casada, de jure ou de facto, a mulher constitui propriedade do homem, devendo estar sexualmente disponível para seu companheiro (Saffioti, 1995).

Dessa forma, estudiosos do tema sugerem que o núcleo da questão reside na certeza ou quase certeza da não punição. E que este quadro precisa ser transformado, na tentativa de se coibirem desrespeitos freqüentes aos direitos à vida.

Em 48 pesquisas realizadas com populações do mundo todo, 10% a 69% das mulheres relataram ter sofrido agressão física por um companheiro íntimo em alguma ocasião de sua vida. Essas pesquisas indicam que a violência física nos relacionamentos íntimos normalmente é acompanhada por abuso psicológico e, de um terço a mais da metade dos casos, por abuso sexual (OMS, 2002).

No Brasil podemos apontar alguns estudos que chamam a atenção para a gravidade da violência contra mulheres perpetrada pelos companheiros.

Deslandes et al (2000) realizaram uma pesquisa em dois hospitais municipais do Rio de Janeiro e constataram que de uma amostra de 72 mulheres agredidas atendidas durante o período de um mês na emergência, 83,3% foram vitimizadas no interior de sua residência, sendo o marido o agressor na grande maioria dos casos (56,9%). Observou-se também a presença de ex-maridos em 6,9% dos casos, de namorados em 4,2% dos casos e ex-namorados em 1,4% dos casos. Este conjunto, designado como uma relação que envolve conjugalidade, foi responsável por 69,4% dos agressores.

Outro estudo realizado em Salvador, Bahia, num serviço de urgência e emergência, observou que das 701 mulheres entrevistadas na faixa etária de 15 a 49 anos, 321 referiram algum tipo de violência: física, sexual e/ou psicológica. Constatou-se também que embora a violência contra a mulher ocorra independentemente das características sócio-demográficas, é no espaço doméstico onde o fenômeno mais ocorre (Silva, 2003).

Já no município de São Paulo, numa unidade de atenção primária, de 322 mulheres entrevistadas, 143 relataram a ocorrência de pelo menos um

episódio durante a vida adulta, sendo que em 39,3% o ato de violência partiu do companheiro ou familiares. Relataram a ocorrência de pelo menos um episódio de violência sexual na vida adulta 14,9%, sendo que em 9,9% dos casos, os autores da ação eram companheiros ou familiares (Schaiber et al, 2002).

A partir desses dados, podemos observar que no que tange a violência contra mulheres, os parceiros íntimos se revelam mais perigosos que os estranhos e as agressões ocorrem mais em suas próprias residências do que em lugares públicos.

A mulher, via de regra, espera anos para denunciar seu companheiro violento, na expectativa de que ele venha a se transformar. Outras dificuldades enfrentadas por essas mulheres vítimas de violência conjugal são a vergonha e o medo. Dessa forma, muitos homens comportam-se violentamente contando com a mudez da companheira e de todos a sua volta (Saffioti, 1995).

As causas para ocorrência de violência conjugal contra mulheres segundo a OMS (2002) são:

Quadro 1: FATORES ASSOCIADOS AO RISCO DE UM HOMEM COMETER ABUSO CONTRA A PARCEIRA

Fatores Individuais	Fatores Relacionais	Fatores comunitários	Fatores Sociais
Idade muito jovem	Conflito no casamento	Fracas sanções comunitárias	Normas tradicionais de gênero
Excesso de bebida	Instabilidade no casamento	Pobreza	Normas sociais que apóiam a violência
Depressão	Domínio masculino na família	Baixo capital social	
Distúrbios da personalidade	Estresse econômico		
Baixo rendimento acadêmico	Vida familiar precária		

Baixa renda			
O fato de ter testemunhado ou vivenciado a violência quando criança			

Fonte: Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002 p.98).

Vale ressaltar que apesar de a OMS ter apontado “baixo rendimento acadêmico” e “baixa renda” como fatores individuais para o homem cometer agressões contra sua parceira, esses não podem deixar de ser vistos como fazendo parte também, e principalmente, de um contexto social mais amplo.

Como vimos no quadro acima, os fatores que levam à violência conjugal são muitos e suas conseqüências na saúde das mulheres podem ser dramáticas. Inicialmente, a violência conjugal era vista como uma questão de violação dos direitos humanos e atualmente, é encarada, cada vez mais, como um importante problema de saúde pública também.

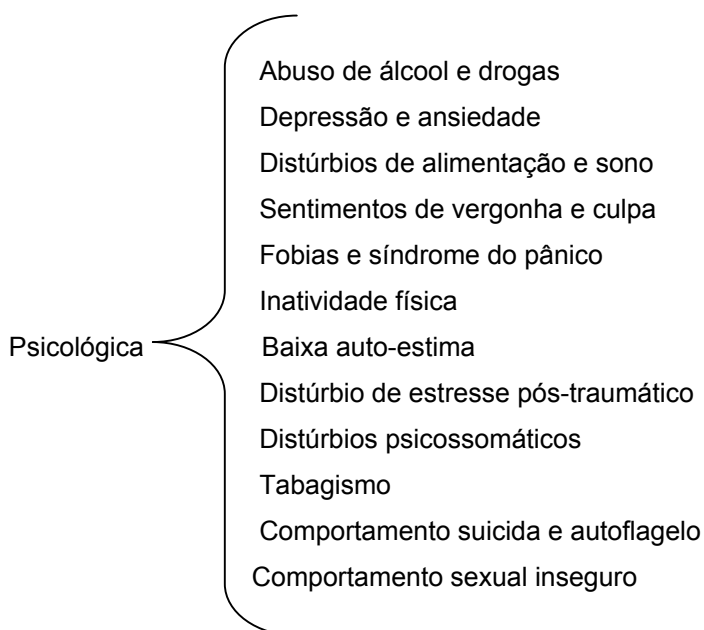
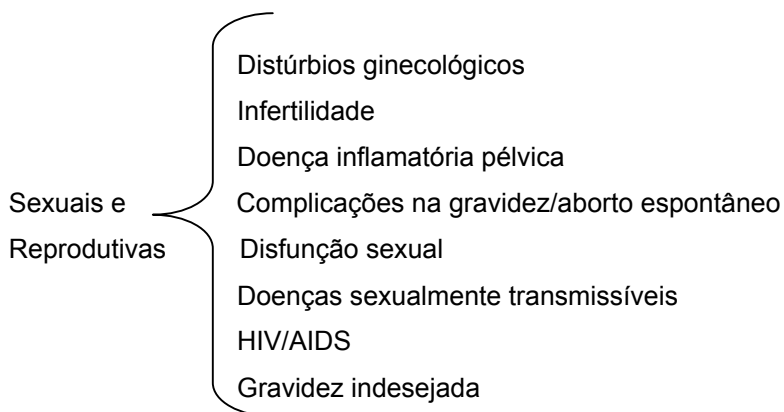
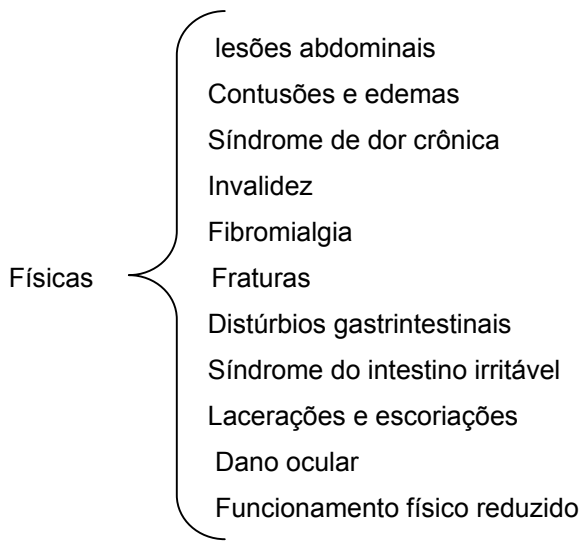
A violência tem sido vinculada a uma série de diferentes conseqüências na saúde, tanto imediatas quanto em longo prazo. Estudos mostram que mulheres que sofrem abuso são rotineiramente restringidas em suas formas de ter acesso a informações e serviços, participar da vida pública e receber apoio emocional de amigos e parentes. Não é de surpreender que freqüentemente essas mulheres têm mais dificuldades de cuidar de si mesmas e de suas crianças, tampouco consigam procurar emprego e seguir carreiras (OMS, 2002).

Essas são algumas conseqüências que vão além dos traumas óbvios das agressões físicas.

Para Cardoso (1996), os sintomas físicos mais comuns são a fadiga, dores na coluna, na cabeça, inquietude e insônia. Reichenheim e Moraes (2002) acrescentam dores abdominais recorrentes, contusões localizadas e doenças sexualmente transmissíveis.

No nível psicológico, Cardoso (1996) aponta que sentem depressão, ansiedade, diminuição da auto-estima, medo e caracterizam-se por apresentarem sintomas de estresse pós-traumático.

As conseqüências que têm sido mais associadas à violência praticada por parceiros íntimos se manifestam da seguinte forma (OMS, 2002):



É evidente que a violência conjugal causa lesões físicas nas mulheres, mas seu impacto na saúde reprodutiva é menos conhecido. A relação sexual forçada com o marido ou companheiro pode provocar uma gravidez indesejada e o medo de sofrer essa violência também afeta a capacidade da mulher em negociar o uso de preservativos ou de pílulas anticoncepcionais de forma a evitar uma possível gravidez (OMS, 2002).

→ **Enfrentando a violência conjugal: o papel das redes de apoio.**

Em função da magnitude do fenômeno “violência conjugal”, algumas estratégias surgiram para o enfrentamento dessa situação. Atualmente, no Brasil, existem redes sociais de suporte para essas mulheres, que lentamente, vem se expandindo em serviços de saúde, instituições governamentais e não-governamentais.

Carreira e Pandjarian (2003) dizem que as redes constituem um jeito de unir pontos, fios, coisas e gente. Existem muitos tipos de redes, mas as que serão focalizadas nesse trabalho representam uma forma de reunir pessoas, grupos e instituições da sociedade, que são as redes de apoio social.

No trabalho de Valla (1999), apoio social é definido como qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, ou seja, que gera efeitos positivos tanto para quem recebe como também para quem oferece o apoio. Desse processo se apreende que as pessoas necessitam umas das outras. O apoio social também exerce efeitos diretos sobre o sistema de imunidade do corpo, no sentido de aumentar a capacidade de as pessoas lidarem com o *stress*. Outro possível resultado do apoio social seria sua contribuição geral para a sensação de coerência da vida e o controle sobre a mesma, que, por sua vez, afeta o estado de saúde de uma pessoa de uma forma benéfica.

Contribuindo com estratégias mais efetivas de enfrentamento da violência contra mulheres, as redes de suporte podem ser classificadas de duas formas: redes de relações e redes de serviços (Carreira e Pandjarian, 2003).

As redes de serviços, ou redes secundárias voltadas para o atendimento às mulheres vítimas de violência, são entendidas como atuação articulada entre diversas instituições, organizações e grupos que já realizam ou possam realizar ações voltadas para a minimização do problema. Essas redes prestam atendimento especializado, fornecendo informações e orientações a uma determinada população, no caso aqui, mulheres que sofrem violência.

A articulação entre vários profissionais, de serviços e de setores é uma condição necessária para se realizar uma ação de proteção integral das vítimas e que os serviços de saúde têm marcado um lugar de protagonismo, tanto na participação de redes, como na articulação das mesmas (Deslandes, 2004).

Segundo a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (2001), as mulheres em situação de violência freqüentam com assiduidade os serviços de saúde. Em geral, apresentam “queixas vagas” e, muitas vezes, os exames não apontam resultados alterados. Por isso é importante que haja um trabalho multiprofissional nos serviços de saúde, de forma que qualquer profissional esteja apto a ouvir com atenção e respeito às queixas das usuárias.

Já as redes de relações ou redes primárias, geralmente são espontâneas ou dadas por parentescos. Compõem-se dos laços familiares e comunitários, de grupos de lazer e vizinhança e de trabalho, entre outros (Deslandes, 2004). As redes primárias têm importante papel na prevenção e na denúncia das situações de violência contra mulheres, além de proporcionarem o necessário apoio emocional, social e material para o rompimento do ciclo da violência, que muitas vezes, se mantém por anos quando não há atendimento e apoio adequados (Carreira e Pandjajarian, 2003).

Mas é preciso que tanto as redes de relações quanto as redes de serviços estejam cada vez mais conectadas em si. Também é preciso esclarecer melhor essas relações de violência e conjugalidade com novas pesquisas sobre o tema.

No próximo capítulo, daremos continuidade ao tema violência conjugal ressaltando a questão da violência contra mulheres durante a gestação, a fim de compreendermos melhor suas manifestações, repercussões e desfechos na saúde do binômio mãe-bebê.

Capítulo 2

Marco Teórico-conceitual

VIOLÊNCIA CONJUGAL CONTRA MULHERES DURANTE A GRAVIDEZ

Apesar da violência contra mulheres durante a gestação ser um assunto de extrema importância para a saúde e qualidade de vida da mulher e do bebê, o tema ainda é pouco discutido, principalmente no Brasil, onde após várias consultas bibliográficas foram identificados poucos trabalhos sobre prevalência de violência conjugal na gestação. Reichenheim e Moraes (2002) verificam esse fato dizendo que ainda existem poucos estudos epidemiológicos com o objetivo de discutir as conseqüências da violência durante a gravidez na saúde da gestante e do bebê.

Mas antes de revisarmos os estudos internacionais e os nacionais existentes, se faz necessário apontarmos uma questão importante dentro desse tema e que de certa forma o antecede: a gravidez como conseqüência da violência sexual. Em outras palavras, antes de refletirmos sobre a violência conjugal durante a gravidez é importante mencionarmos que muitas vezes, a própria gestação é fruto da violência sexual do parceiro.

Dados procedentes dos Estados Unidos demonstraram que a cada ano mais de 32.000 gestações acontecem como conseqüência de violência sexual, e a maioria em adolescentes, sendo que 50% resultam em aborto e 5,9% no abandono do recém-nascido (Garcia-Moreno, 2002).

Cavalcanti (2004) também aponta que mulheres vítimas de violência sexual apresentam alta paridade e gravidez de repetição rápida. Tais características estão associadas com os índices de mortalidade materna, muitas vezes, causadas por seqüelas de abortos clandestinos, geralmente realizados em péssimas condições, forçadas pela própria ilegalidade (CEPIA, 1994).

Levando em consideração a possível existência de violência sexual dentro das relações de conjugalidade, vamos revisar alguns estudos sobre violência contra a mulher na gestação.

Um recente estudo realizado em Costa Rica com 118 mulheres grávidas, que tinha como objetivo determinar a prevalência de violência física, psicológica, emocional e sexual durante a gravidez e sua associação com baixo peso ao nascer, apresentou os seguintes resultados: 29,7% estiveram expostas a algum tipo de violência. Dessas, 94,3% receberam agressões do marido ou companheiro; 65,7% manifestaram que a violência iniciou-se três anos antes da gravidez e continuou durante a mesma; 28,6% se iniciou no primeiro trimestre de gravidez quando o companheiro soube da situação (Nunez-Rivas et al, 2003).

As gestantes agredidas por seus companheiros manifestaram haver sofrido distintos tipos de abuso: predominou o psicológico ou emocional (86,9%), caracterizado por humilhações verbais, gritos, abandono, negação de dinheiro para as necessidades básicas e ameaças de golpes. O abuso físico (60,9%) consistiu em golpes, empurrões, tapas e mordidas, enquanto o abuso sexual (52,2%) se caracterizou por obrigar a mulher a realizar o coito (Nunez-Rivas et al, 2003).

Aproximadamente 61% desse grupo de mulheres vítimas da violência pelos seus companheiros manifestaram que, na maioria das vezes, esta foi praticada sob efeito do álcool, mostrando que esse é um fator de risco para aumentar a incidência de violência conjugal nesse período.

Outras características importantes dessa população estudada é que 80% das vítimas não tinham emprego remunerado ou possuíam remunerações muito baixas e quanto a escolaridade, a metade tinha de 1 a 6 anos de estudos, 22% completaram o ensino fundamental e só 2,5% terminaram o ensino médio.

Nesta investigação, foi encontrada ainda uma diferença brusca entre a média de peso dos recém-nascidos de mulheres não agredidas e mulheres agredidas. Essa diferença foi de 454,6 gramas. A associação significativa entre a violência durante a gestação e o peso do recém-nascido de mães agredidas constituíram um sinal de alerta para os programas de pré-natal.

Para determinar a prevalência de abuso físico e sexual numa amostra de 1203 mulheres adolescentes e adultas grávidas e os efeitos no peso do recém-nascido, um estudo realizado nos Estados Unidos teve como resultados os seguintes dados: 20,6% das adolescentes reportaram algum tipo de violência durante a gravidez e mulheres adultas, 14,2%. No conjunto da amostra das mulheres, o abuso durante a gravidez mostrou ser um importante fator que contribui para o baixo peso ao nascimento, assim como, baixo ganho de peso para as mulheres, infecção, anemia, fumo e abuso de álcool e drogas. O estudo também mostrou que essas mulheres demoraram a iniciar o pré-natal (Parker et al, 1994).

Com o objetivo determinar a prevalência de violência conjugal na população de mulheres grávidas Johnson et al (2003) realizou um estudo na Inglaterra que mostrou que das 475 mulheres pesquisadas, a violência conjugal foi revelada por 17% das entrevistadas, sendo 3,4% de mulheres que sofreram a violência na gestação corrente variando entre agressões psicológicas e físicas. A prevalência foi alta no grupo entre 26-30 anos e solteiras. Os maiores perpetradores foram os namorados ou companheiros. Tapas e empurrões constituíram a maioria das agressões físicas.

Leung et al (2002), com o objetivo estudar a relação entre violência doméstica e depressão pós-parto em 838 mulheres chinesas teve os seguintes resultados: 17,1% das mulheres entrevistadas apresentaram história de abuso; 16,6% delas foram agredidas no último ano e 10,4% sofreram violência durante a gestação. O marido foi apontado como o maior perpetrador da violência. Para identificar a depressão pós-parto, foram aplicados dois instrumentos específicos e quando os escores foram comparados entre as mulheres que sofreram violência e as que não sofreram, o grupo de mulheres vítimas de agressão teve resultado significativamente superior ao outro grupo, demonstrando uma grande associação entre violência doméstica e a depressão pós-parto.

No Brasil também encontramos estudos parecidos com os internacionais mencionados e os resultados se mostraram também semelhantes.

Em Pernambuco, Menezes et al (2003) realizaram uma pesquisa com 420 mulheres para determinar a prevalência de violência física doméstica sofrida, por mulheres que tiveram o parto assistido em uma maternidade e

estudar os fatores de risco associados assim como os resultados perinatais. Constatou-se que a prevalência de violência física doméstica foi de 13,1% e 7,4% antes e durante a gestação respectivamente. O padrão de violência alterou-se durante a gravidez, tendo cessado em 43,6%, diminuído em 27,3% e aumentado em 11% dos casos.

Os principais fatores de risco associados foram: baixa escolaridade, história de violência na família da mulher, consumo de álcool e desemprego do parceiro.

Entre os resultados perinatais, encontraram-se elevada frequência (9,1%) de morte neonatal entre os filhos das mulheres vítimas de violência.

Já no estudo de Moraes & Reichenheim (2002) para estimar a prevalência e grupos de risco para violência doméstica durante a gravidez entre 526 usuárias de serviços públicos de saúde no Rio de Janeiro, os resultados obtidos foram: 33,8% das entrevistadas reportaram alguma forma de violência. Um total de 78,3%, 9,9% e 15,6% apontaram agressão psicológica, coerção sexual e injúrias físicas respectivamente. A violência física ocorreu principalmente entre adolescentes com baixa escolaridade, que não trabalhavam fora de casa, e este grupo apresentou poucas consultas de pré-natal e baixo nível sócio-econômico.

A conclusão que se chegou nesse estudo foi que a alta taxa de prevalência de várias formas de violência doméstica durante a gestação sugere que a questão dever ser vista como um problema importante de saúde pública.

Após a revisão dos estudos nacionais e internacionais, dimensionando melhor a questão da violência contra mulheres grávidas, podemos observar características comuns nos resultados e os mesmos apontam para certos perfis que merecem aprofundamento:

- ▶ a média de incidência oscilou entre 17% e 33,8% dentre os estudos aqui apresentados e em outros trabalhos científicos, superando percentuais encontrados para outras doenças estudadas no período gestacional tais como diabetes materna, hipertensão arterial, abortamento, pré-eclâmpsia e placenta prévia (Meneses et al, 2003; Petersen et al, 1997);
- ▶ os tipos de violência mais encontrados foram as agressões físicas, psicológicas e abuso sexual, nessa ordem;

► os fatores de risco associados à violência contra a mulher durante a gestação foram:

1. para as mulheres: níveis baixos de escolaridade, história de violência na família, não trabalhar fora de casa e ser solteira;
2. para os parceiros foram significativos a baixa escolaridade, ausência de trabalho remunerado, uso de álcool e drogas ilícitas e baixo nível sócio-econômico (esse último para ambos). Com relação ao baixo nível sócio-econômico é importante frisar que a violência contra mulheres também acontece nas classes média e alta. Usualmente, as mulheres de estrato social mais alto têm recursos para enfrentar de forma privada os problemas jurídicos e de saúde decorrentes da violência. Isso torna esses casos menos evidentes (Goldenberg et al, 1989).

► os resultados perinatais mostraram baixo peso ao nascer, aborto espontâneo, nascimento prematuro e lesão fetal (OMS,2002; Meneses et al, 2003; Nunez-Rivas, 2003; Bacchus et al, 2004; Moraes et al, 2002);

► todos os estudos concluem indicando a necessidade de investigações mais aprofundadas já que, a violência perpetrada principalmente pelo companheiro íntimo no período da gestação, traz prejuízos à saúde materno-infantil. Além disso, os estudos sugerem que serviços de saúde – principalmente os programas de pré-natal, e os profissionais que neles atuam, proponham estratégias para investigar, atender e prevenir os casos de violência, muitas vezes, não revelados espontaneamente;

► a maioria dos estudos é de âmbito internacional e bastante recente. O fato de encontrarmos poucas pesquisas brasileiras pode justificar a falta de iniciativa de profissionais de saúde em buscar informações sobre violência conjugal nas pacientes grávidas que buscam o pré-natal. Isso reforça, ainda mais, a necessidade de ampliarmos pesquisas nessa área.

Como vimos, a violência conjugal durante a gravidez pode acarretar uma integração de fatores que contribuem para o aumento da morbidade e mortalidade tanto da mãe quanto do bebê.

A proposta de modelo causal para explicar a influência desse tipo de violência nos resultados perinatais, por exemplo, é representada pela interferência de dois mecanismos - um advindo do trauma em si, capaz de promover lesões diretas sobre a mulher que repercutem sobre a gestação, e

um segundo, baseado na teoria do estresse contínuo (Petersen apud Menezes, 2003).

O estresse contínuo parece afetar o desfecho perinatal por meio de alterações no comportamento dos indivíduos ou alterando respostas fisiológicas. O comportamento individual pode ser comprometido em diferentes formas, como interferir sobre a capacidade do indivíduo de manter seu estado nutricional satisfatório, repouso e atendimento à saúde. Paralelamente podem ser assumidos comportamentos de risco que sabidamente interferem nos resultados perinatais, como o tabagismo e uso de drogas lícitas e ilícitas (Hedin apud Menezes, 2003).

Moraes (2001) acrescenta que além desse estresse permanente, a decepção com o companheiro e a falta de esperança de modificação da situação de violência são os principais precursores da aquisição ou intensificação desses hábitos na vida.

Considerando-se a variada gama de conseqüências da violência conjugal na saúde das mulheres que vivenciam essa experiência, Moraes (2001), questiona a plena capacidade dessas mulheres de educarem e criarem as crianças de forma adequada. Apesar de a possibilidade da violência vitimar diretamente apenas um integrante da família, indiretamente, seus efeitos são observados em todos os membros do núcleo familiar. Possivelmente, tais repercussões são preferencialmente observadas nas crianças menores, em função do conhecimento existente sobre as estreitas relações entre o estado de saúde físico e mental materno, e o crescimento e desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida (Moraes, 2001).

De posse dessas informações, podemos supor que a violência conjugal durante o período da gestação traz conseqüências para a nova etapa que se segue: o puerpério¹.

Como já vimos nos estudos citados anteriormente, muitas dessas mulheres engravidam sem desejarem, iniciam o pré-natal tardiamente e vivenciam situações de estresse contínuo que podem repercutir nos cuidados

¹ Puerpério em BLAKISTON (1982) é 1 - o estado da mulher em trabalho de parto ou que parturuiu recentemente; 2 - período entre o parto e a época em que o útero readquiriu seu tamanho normal, que corresponde a cerca de 6 semanas (aproximadamente 45 dias).

maternos necessários em relação ao seu bebê, incluindo aí, a amamentação, terceiro foco de atenção deste estudo.

Assim, podemos questionar se mulheres vítimas de violência conjugal, que vivem amedrontadas com sua situação em casa, experimentam o período de gestação e amamentação de forma diferente das demais mulheres?

Faremos agora, uma revisão sobre estudos relacionados a cuidados maternos, enfatizando a amamentação, tentando correlacioná-los com o tema inicial sobre violência conjugal.

Capítulo 3

Marco Teórico Conceitual

CUIDADOS MATERNOS E AMAMENTAÇÃO

Para associarmos os temas violência conjugal contra mulheres e amamentação, é importante buscar uma definição sobre concepções de cuidados maternos e como esses cuidados foram se moldando e se transformando ao longo do tempo.

A amamentação é, talvez, dentre outros cuidados maternos com o bebê, o mais valorizado e discutido nos dias de hoje. Por esse motivo, nosso foco maior será direcionado para essa prática.

Como vimos no capítulo anterior, os estudos sobre violência durante a gravidez não fazem referência aos comportamentos maternos em relação aos cuidados com o bebê, nem tão pouco, fazem uma análise compreensiva da experiência de amamentação dessas mulheres.

A fim de tentar preencher essa lacuna nas pesquisas voltadas para a violência contra mulheres e contribuir, também, aos estudos sobre aleitamento materno, incluindo este debate, é que se faz importante o desenvolvimento deste item no trabalho.

Como veremos mais adiante, muitas campanhas e programas foram criados para despertar na mulher o interesse em amamentar seus filhos, no entanto, o que vemos ainda é um alto índice de desmame antes dos 6 meses de vida do bebê, contrariando a orientação dada pela OMS (Brasil/OMS/UNICEF, 1989).

Isso nos mostra que a prática ou não do aleitamento materno depende da mãe, de sua história de vida e do pensamento de época (Badinter, 1985). Por esse motivo, é considerada uma categoria híbrida, com elementos definidos tanto pela natureza, como pela cultura (Almeida, 2001).

Passamos agora para uma breve compreensão das questões relacionadas aos cuidados maternos.

Para Bowlby (1988), os cuidados maternos são aqueles em que o bebê recebe de sua mãe as carícias e brincadeiras, a intimidade da amamentação através do qual a criança conhece o conforto do corpo materno, os rituais do banho e do vestir com os quais o bebê apreende seu próprio valor. Seria a vivência calorosa, íntima e contínua do bebê com sua mãe.

Segundo Badinter (1985), esses cuidados seriam configurados a partir do que se convencionou chamar de amor materno. O amor materno sempre foi concebido como instinto que acreditamos facilmente ser uma característica da natureza feminina, seja qual for o tempo ou o meio que a cercam.

No entanto, a história nos conta que o distanciamento e uma tendência ao abandono dos filhos eram comportamentos comuns nas mães da sociedade medieval.

Nessa época, a imagem da infância era concebida de forma muito diferente. A criança era considerada um estorvo ou mesmo, como uma desgraça (Badinter, 1985). Uma hipótese criada por esta autora para justificar esse sentimento repulsivo em relação à criança seria a possibilidade de morte do bebê no primeiro ano de vida devido às péssimas condições de higiene e alimentação que aumentavam as taxas de mortalidade infantil. Isso poderia levar a mãe a não querer se apegar ao filho para não sofrer no futuro.

Os cuidados, a atenção e a fadiga que um bebê representa no lar nem sempre agradavam os pais que se mostravam pouco disponíveis para fazer o sacrifício econômico de ficar com o bebê. A solução para tal problema ia desde o abandono físico ou abandono moral da criança até o infanticídio; o critério era essencialmente econômico, pelo menos nas classes mais pobres (Badinter, 1985).

Um outro sinal de rejeição do filho, segundo essa autora, estava na recusa materna a dar-lhe o seio. Essa recusa podia ter motivos diferentes, mas culminava numa mesma necessidade: o recurso a uma ama de leite.

Dos mais pobres aos mais ricos, nas pequenas ou grandes cidades, a entrega dos filhos aos cuidados exclusivos de uma ama era um fenômeno generalizado. Registros datam o século XIII como início dessa prática que vão até metade do século XVIII, para ser mais precisa, a partir de 1760 (Badinter, 1985).

Para explicar esse ato predominam duas justificativas: a amamentação é fisicamente má para a mãe e inconveniente. Amamentar uma criança era considerado pouco digno, deselegante e um empecilho para a mulher, principalmente as de extrato social mais alto.

Orlandi (1985) descreve que foi a partir da metade do século XVIII que começam a aparecer publicações aconselhando às mães a cuidarem de seus filhos pessoalmente e lhes fornecerem seu leite. Todo esse incentivo às mães era no sentido de salvar as crianças pequenas, com altas taxas de mortalidade no primeiro ano de vida devido ao abandono e as péssimas condições de vida em que vivia a maioria das amas de leite.

Foi preciso criar vários argumentos para desenvolver nas mulheres sua função de nutriz, incluindo aí os apelos ao instinto maternal, o sentimento de dever e até mesmo ameaças, dizendo-lhes que se não amentassem, a natureza se vingaria trazendo doenças e até a própria morte (Orlandi, 1985; Badinter, 1985).

O amor materno adquire então, novo conceito, com valores naturais e sociais “favoráveis à espécie e à sociedade”. Nesse momento, surgem educadores, médicos e moralistas, desenvolvendo ações e campanhas para que a mãe cuidasse de seu filho e o amamentasse (Orlandi, 1985). Mas isso não deveria ser visto como uma obrigação por parte das mães e sim como um “ato de amor”.

Então, a maternidade começa a ser concebida no século XIX como sacerdócio, uma experiência feliz, mas que traz sacrifícios. Amamentar se torna uma condição emblemática de ser uma “boa mãe” (Badinter, 1985).

Com o movimento higienista desse século (XIX) criou-se o paradigma da amamentação que Almeida (1999) relata como instrumento para se fortalecer na sociedade e colonizar progressivamente a família tornado-a cada vez mais dependente dos agentes educativos-terapêuticos. A amamentação foi construída socialmente servindo-se de atributos naturais e instintivos, comuns às espécies definidas como mamíferas. Desta forma, para atender a fins estratégicos, a medicina social fundou a prática da amamentação natural sob a perspectiva do determinismo biológico, desconsiderando propositadamente, em seu favor, a magnitude dos condicionantes sócio-culturais que permeiam esta prática (Almeida, 1999).

Neste pano de fundo, as ações propugnadas se orientam, invariavelmente, a informar a mulher sobre as vantagens em ofertar o seio a seu filho e para responsabilizá-la pelos resultados futuros, decorrentes do eventual fracasso.

A lógica de “informar para responsabilizar” procura modular o comportamento da mulher em favor da amamentação, imputando-lhe culpa pelo desmame precoce, que é associado de forma direta a agravos para a saúde de seu filho (Almeida, 1999).

Ao longo desses séculos, o aleitamento materno além de ser considerado como característica biológica esteve subjugado a interesses políticos, econômicos e sociais, como é o caso da comercialização de leites artificiais. Mas hoje, admite-se também, ser um fenômeno da esfera cultural, impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida (Almeida, 1999).

Segundo Pamplona (2002), para cada mulher, a decisão sobre se amamentará ou não, e por quanto tempo, dependerão dos seguintes fatores: fatores socioculturais: a) como a sociedade, na qual vive, vê os papéis femininos e mais especificamente o materno, suas funções e inter-relações com os demais papéis femininos; b) da representação que sua classe social e seu grupo familiar, mais especificamente, têm dos papéis femininos, da maternidade e do aleitamento; c) as condições concretas que a sociedade lhe oferece de exercício da maternagem e do aleitamento. Fatores Físicos: condições de saúde geral da mãe e do bebê. Fatores Psicológicos: a) história pessoal de seu desenvolvimento afetivo/sexual, de suas relações familiares, especialmente de sua identificação com a própria mãe; b) as suas vivências da gestação, do parto e, principalmente do puerpério, momento no qual acontece a amamentação, incluindo-se nessas vivências suas relações familiares, especialmente com o pai do bebê; c) as interações bebê/mãe.

Mas nem todos esses fatores são levados em consideração. A grande pressão imposta às mães em relação à amamentação culminou num excesso de responsabilização social em relação à mesma no que diz respeito ao bem-estar do seu filho.

Os resultados de toda essa carga sobre a mãe, podem ser observados em estudos recentes, como por exemplo, em Nakano (2003). O estudo tinha o

objetivo de buscar compreender o significado atribuído, por um grupo de 20 mulheres primíparas da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, sobre as vivências da amamentação no que se refere às sensações e manifestações em seus corpos, bem como as percebidas nos corpos de seus filhos. Para essas mulheres, amamentar é ser “uma boa mãe” e “dar o melhor para o filho”. Tal vivência se processa nos limites de ser o corpo para o filho e o corpo para si mesma, o que conferiu para essas mulheres uma vivência de conflitos entre maternidade, sua capacidade doadora de cuidados e sua individualidade.

Muitas mulheres não agüentam essa pressão imposta a elas e desmamam seu bebê rapidamente. Essa tendência ao desmame precoce vem preocupando o setor de saúde pública. Assim, muitas campanhas e programas foram elaborados para incentivar o aleitamento materno, profissionais foram capacitados para orientar às puérperas e o discurso em prol da saúde da criança se cristalizou na sociedade.

Dentre as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde nessa área podemos destacar as mais importantes: 1)Semana Mundial da Amamentação²; 2) Projeto Carteiro Amigo³; 3) Iniciativa Hospital Amigo da Criança⁴; 4) Bancos de Leite Humano⁵; 5) Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes⁶; 6) Método Canguru⁷ e 7) Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação⁸ (Rego,2002).

² O objetivo é informar a comunidade sobre a importância da amamentação e sobre os riscos do uso de leites artificiais, sensibilizando tanto a comunidade científica quanto a população em geral para promoção da amamentação.

³ O objetivo desse projeto em parceria com a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT) é reverter os índices alarmantes de desnutrição e de mortalidade infantil divulgando informações sobre as vantagens e importância do aleitamento materno natural.

⁴O objetivo principal dessa iniciativa é, principalmente, mobilizar os funcionários dos hospitais para modificarem condutas e rotinas inadequadas à prática do aleitamento materno, responsáveis pelo desmame precoce.

⁵ O banco de leite é um centro especializado responsável pela promoção e incentivo ao aleitamento materno e pela coleta, pasteurização e controle de qualidade do leite humano para posterior distribuição para bebês prematuros, de baixo peso ou doentes, impossibilitados de mamarem diretamente no peito de suas mães, quando indicado por médico ou nutricionista.

⁶Este é um instrumento legal que regula no país, há 14 anos, a promoção comercial e o uso apropriado dos alimentos que são colocados à venda como substitutos ou complementos de leite materno, bem como das chupetas, bicos e mamadeiras.

⁷ Concepção de atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e de baixo peso. O vínculo entre mãe e bebê é reforçado, diminuindo o tempo de separação, estimulando a amamentação, reduzindo os riscos de infecção hospitalar e a permanência dos bebês nos hospitais.

⁸ Conjunto de procedimentos e estratégias que contribuem para a extensão do aleitamento materno nas unidades básicas de saúde onde são realizadas as consultas de pré-natal e de puericultura.

Apesar das vantagens da amamentação serem apresentadas com contundência pela comunidade científica e de todos os esforços do governo na elaboração e aplicação de programas de incentivo ao aleitamento materno há, sem dúvidas, uma propensão a abandonar uma prática que pode trazer benefícios e se mostra inigualável na alimentação de lactentes, reforçando que as questões culturais estão muito envolvidas nesse processo.

Um estudo de Ramos e Almeida (2003) realizado com 24 mulheres em Teresina, Piauí em 2003, que tinha como objetivo ampliar a compreensão acerca de como as mulheres que desmamaram seus filhos antes de 4 meses de vida percebem a amamentação, permitiu evidenciar um verdadeiro descompasso entre o discurso proferido na unidade de saúde, em favor da amamentação exclusiva até os 6 meses, e a vivência das mulheres com relação a este ato. Os resultados se traduziram na impossibilidade de cumprir tal orientação frente as suas condições concretas de vida. Em suas falas, essas mulheres denunciaram a falta de um suporte adequado no serviço de saúde capaz de responder a seus anseios e necessidades individuais construídas a partir de referências que compõem as suas histórias de vida.

Os estudos acima e tantos outros, mostram que o modelo assistencial hoje praticado em relação ao aleitamento materno, não abrange as demandas subjetivas das mulheres.

Outro aspecto importante a ser considerado está relacionado à ajuda e ao apoio a mulher, principalmente de quem está mais próximo a ela nesse momento: o companheiro íntimo.

Para Brazelton et al (1992), o processo de gravidez, o parto e a construção do apego são fortemente influenciados pela atitude do pai. A competência materna na amamentação também é influenciada pela atitude do marido. A natureza do relacionamento entre marido e mulher durante a gestação, pré-espelha a adaptação da mãe ao estado de pós-parto.

Ainda para esse autor, a presença e o apoio amoroso do pai ajudam a mulher a desenvolver sua função maternal e na medida em que as famílias modernas nem sempre podem fazer uso do sistema de apoio baseado na família estendida (avós, tias, etc.), o papel do pai no desenvolvimento e na conservação das capacidades maternas tende a ser cada vez maior (Brazelton et al, 1992). Entretanto, vale ressaltar que, nos dias de hoje, com o alto índice

de gravidez na adolescência, as avós vem assumindo, muitas vezes, a responsabilidade pela criação de seus netos.

Nesse momento tocamos num ponto importante deste trabalho e que constitui para nós um dos seus pressupostos: mulheres que sofrem violência conjugal antes ou durante a gestação podem encontrar dificuldade de amamentar seu bebê satisfatoriamente, uma vez que, não encontram no seu companheiro íntimo, o apoio e a dedicação necessários nesse momento do puerpério. Esse momento específico é cercado, naturalmente, de muitas dúvidas e mudanças corporais e emocionais que dependendo de como ela os vive influenciarão negativamente ou positivamente na sua disposição para amamentar.

Informação fornecida pela OPAS (2004), relata que mulheres que sofrem violência de seus maridos durante a gravidez perdem o interesse pela sua saúde e pela do bebê, tanto durante a gestação como depois do parto. Assim, podemos imaginar que o interesse em amamentar também esteja diminuído, já que este faz parte de um dos cuidados maternos reservados à mãe.

Mas para conhecermos melhor a experiência de amamentação dessas mulheres, seus sentimentos e atitudes diante da realidade de agressões e a chegada de um novo membro nessa família que passa por conflitos, foi necessário ouvir suas experiências que serão analisadas nos próximos capítulos.

Capítulo 4

METODOLOGIA

Referencial Metodológico

Segundo Minayo (1992), entende-se por metodologia o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade. Ela inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador.

O método é o fio condutor para se formular a articulação entre a teoria e a realidade empírica (Minayo et al, 1993).

“Um bom método será sempre aquele, que permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria. Portanto, além de apropriado ao objeto da investigação e de oferecer elementos teóricos para a análise, o método tem que ser operacionalmente exequível” (Minayo, 1993, p.239).

O presente estudo tem caráter qualitativo de natureza exploratória. A pesquisa exploratória é aquela realizada em áreas e sobre problemas dos quais há pouco ou nenhum conhecimento acumulado ou sintetizado (Tobar et al, 2002).

O objeto desse tipo de abordagem se volta para um aprofundamento dos significados, crenças, valores, aspirações e atitudes expressadas na linguagem comum e na vida cotidiana.

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre o sujeito e o objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores sociais, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (Minayo, 1992).

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (Chizzotti, 1991).

Campo de Pesquisa

A presente pesquisa teve como fonte de recrutamento três setores diferentes dentro da mesma unidade de saúde como veremos a seguir.

Inicialmente, as mulheres entrevistadas foram selecionadas através de leitura de prontuários do Programa SOS Mulher localizado no Hospital Estadual Pedro II, no bairro de Santa Cruz, município do Rio de Janeiro. Nesse serviço foram incluídas sete mulheres.

O Programa SOS Mulher é um Centro de Atenção à Mulher Vítima de Violência criado em 8 de março de 1999 por iniciativa da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, a partir da constatação dos crescentes índices de violência contra a mulher, incluindo o tema na agenda dos problemas de saúde pública. O Centro destina-se ao atendimento de mulheres vítimas de violência encaminhadas, principalmente, por delegacias especializadas, serviços de emergência e associações comunitárias. São também atendidas mulheres que procuram o Centro espontaneamente. Funciona ininterruptamente, 24 horas todos os dias e oferece atendimento interdisciplinar de natureza médica, psicológica, social e de enfermagem e tem como objetivo principal proporcionar um acompanhamento adequado e diferenciado às mulheres vítimas de violência dentro do setor saúde.

Devido a dificuldade em encontrar mulheres dentro do perfil estabelecido, foi necessário expandir o campo da pesquisa. Por esse motivo, 3 entrevistadas foram selecionadas na Unidade Neonatal do Hospital Estadual Pedro II, onde estavam internadas acompanhando o tratamento de seus bebês. Uma outra entrevistada teve origem no setor de pediatria desse mesmo hospital onde também estava como acompanhante de seu filho internado.

A Unidade Neonatal do Hospital Estadual Pedro II localiza-se no 8º andar do prédio, possui 10 leitos de UTI (unidade de terapia intensiva) e 16 leitos de UI (unidade intermediária). As mães de recém-nascidos internados nessa unidade podem optar por ficar hospedadas no Projeto Conviver, como era o caso das três entrevistadas nesse setor.

Já o Setor de Pediatria, localizado no 9º andar do hospital, tem capacidade para internar 24 crianças entre 29 dias e 11 anos e 11 meses. As mães têm o direito de acompanhar seus filhos durante toda a internação.

Tanto na Unidade Neonatal como na Pediatria foi necessário pedir a psicóloga e a assistente social que fizessem perguntas sobre violência conjugal em suas entrevistas, de forma a facilitar a abordagem dessas mulheres para nosso estudo. Esses dois setores já eram considerados campos possíveis de captação de entrevistas, uma vez que, não raro, as usuárias comentam suas vivências de violência conjugal.

Infelizmente, nenhum dos dois setores tem como prática e rotina investigar a questão da violência conjugal ou doméstica, apesar dos mesmos serem freqüentados, na grande maioria, por mulheres. As histórias de violência encontradas nas fichas de prontuário são revelações espontâneas feitas pelas mulheres internadas.

Espera-se com nosso trabalho ter colaborado para a sensibilização e para incluir na ficha social ou psicológica desses setores, perguntas sobre relações conflitantes com o companheiro ou parentes, de forma a oferecer a essas mulheres a oportunidade de serem encaminhadas a um serviço especializado.

Todas as entrevistas foram realizadas em uma sala de acesso restrito onde as mulheres puderam dar seus depoimentos e contar suas histórias sem serem interrompidas e sem a presença de outras pessoas.

Sujeitos da Pesquisa

A rigor, a pesquisa qualitativa considera genericamente o sujeito do estudo: pessoas, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados (Minayo, 1992).

Os sujeitos deste estudo foram mulheres com idades entre 16 e 41 anos que sofreram violência conjugal e que tiveram seus filhos num período inferior a dois anos. Todas passaram pela experiência de amamentação variando apenas no tempo de duração da mesma.

Nesse estudo foi necessário expandir os critérios de idade das entrevistadas, que inicialmente seriam mulheres acima de 18 anos e também a idade do último filho, que seria de até um ano de idade. As modificações

desses critérios foram devido às dificuldades que surgiram em captar um número suficiente de mulheres dentro do perfil anteriormente definido. Portanto, foram incluídas no estudo as adolescentes e as mulheres que estavam dentro do período de dois anos entre o nascimento do último filho e o dia da entrevista.

Podemos pensar que essa dificuldade em trazer as mulheres ao local das entrevistas tenha se dado justamente pelo fato de ainda estarem com o bebê muito pequeno em casa, sem ter com quem deixá-lo.

Uma questão que surgiu dificultando a captação das entrevistadas foi o fato de não encontrarmos nos prontuários do programa, muitas mulheres dentro do perfil desejado, ou mesmo, as que estavam dentro do perfil, não tinham telefone ou deram o número do telefone errado, o que tornou o contato impossível de acontecer.

Nesse estudo teve-se a preocupação de selecionar mulheres que estavam em períodos diferentes da maternidade. Esse período correspondia aos meses de vida do último filho. Dessa forma, as experiências relatadas se tornaram mais enriquecedoras e pode-se observar que mulheres que tiveram seus filhos mais recentemente se encontravam mais fragilizadas e as que tinham o filho com mais de um ano de vida, já refletiam sua situação de forma diferente.

Foram entrevistadas 11 mulheres que voluntariamente se dirigiram ao local definido para a entrevista, onde foi lido e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando o uso das informações para essa pesquisa. Algumas, inclusive, tiveram interesse em saber os resultados.

A partir das entrevistas colhidas apresenta-se uma síntese do perfil das entrevistadas que fazem parte desse estudo (Quadro 2).

Para manter o anonimato das mesmas, elas ganharam nomes fictícios.

Quadro 2: PERFIL DAS MULHERES ENTREVISTADAS

NOME	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO	IDADE DO FILHO	FONTE DE RECRUTAMENTO
Flávia	41	solteira	5ª série/ensino fundamental	comerciante	12 dias	SOS Mulher
Leila	29	casada	Superior incompleto	Auxiliar de enfermagem	4 meses	SOS Mulher
Silvia	30	casada	2º grau completo	vendedora	11 meses	SOS Mulher
Sônia	27	viúva	2º grau completo	vendedora	1 mês	Unidade Neonatal
Marta	16	solteira	5ª série/ensino fundamental	—	2 meses	Unidade Neonatal
Joana	18	solteira	5ª série/ensino fundamental	ambulante	1 a. e 8 meses	Pediatria
Cristina	22	solteira	Ensino fundamental incompleto	—	2 anos	SOS Mulher
Helena	34	solteira	6ª série/ensino fundamental	—	2 anos	SOS Mulher
Júlia	31	solteira	6ª série/ensino fundamental	—	1 a. e 11 meses	SOS Mulher
Patrícia	17	solteira	5ª série/ensino fundamental	—	20 dias	Unidade Neonatal
Carla	21	solteira	Ensino médio incompleto	estudante	1 a. e 10 meses	SOS Mulher

Com exceção das entrevistadas captadas no grupo de apoio do programa SOS Mulher, para todas as outras foi oferecida a oportunidade de

retomar o contato freqüentando os grupos de apoio. Já as mulheres captadas em outros setores do hospital, como pediatria e unidade neonatal, e que não conheciam o SOS Mulher, foram encaminhadas e orientadas a buscar apoio médico, social e psicológico no programa, caso desejassem.

Vale ressaltar aqui, que o número de entrevistas não foi previamente definido, pois esse estudo se apóia no pressuposto de que o tamanho da amostra, em pesquisa qualitativa, costuma ser estabelecido quando depara-se com a saturação dos dados (Minayo, 1992).

Técnicas

A matéria prima primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana (Minayo, 1992). Nessa perspectiva, a técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista, que pode ser entendida como um processo de interação entre entrevistador e entrevistado, onde o entrevistador tem um objetivo a ser alcançado, no caso a captação de informações por parte do entrevistado.

Minayo (1992) considera a entrevista em diferentes abordagens: entrevista aberta, entrevista estruturada, entrevista semi-estruturada, entrevistas através de grupos focais e história de vida.

No presente estudo foi utilizado a entrevista através de história de vida como estratégia de compreensão da realidade.

A História de Vida apresenta as experiências e as definições vividas por uma pessoa, um grupo, uma organização e como esta pessoa, esta organização ou este grupo interpretam sua experiência (Minayo, 1992).

Para Chizzotti (1991) a história de vida ou relato de vida pode ter a forma auto-biográfica, onde o autor relata suas percepções pessoais, os sentimentos íntimos que marcaram sua experiência ou os acontecimentos vividos no contexto da sua trajetória de vida.

Já Haguette (1990) diz que a história de vida atende mais aos propósitos do pesquisador que do autor e está preocupada com as interpretações do autor sobre o mundo.

Esta técnica, por requerer uma compreensão íntima das biografias, fornece uma riqueza de detalhes sobre determinado processo, portanto, é de extrema importância que as questões sobre certos problemas sociais sejam levantadas do próprio ponto de vista do autor para que possamos conhecer seu mundo e sua visão do mesmo.

O tipo de história de vida utilizado nesse estudo foi a história de vida tópica que dá ênfase a determinada etapa ou setor da vida pessoal (Minayo, 1992). No caso dessa pesquisa o foco é a experiência dos períodos de gestação e de amamentação de mulheres vítimas de violência conjugal. Houve um roteiro com tópicos para o debate que serviu de orientação para o pesquisador, sem a intenção de cercear as falas dos entrevistados. Os tópicos serviram apenas para desencadear os depoimentos. As perguntas tiveram caráter aberto. Ao longo das entrevistas foram acrescentadas algumas outras perguntas que serviram para esclarecer fatos e atender demandas emergentes durante o diálogo.

Para atender os objetivos da pesquisa, foi necessário dividir a entrevista em duas partes. A primeira já foi descrita acima e se trata de entrevista através da história de vida com as seguintes perguntas: 1) Como foi sua gravidez? 2) Como foi sua experiência de cuidar e amamentar seu bebê? 3) Você recebeu ajuda de alguém durante sua gravidez? E na época da amamentação? Na segunda parte foram elaboradas duas perguntas semi-estruturadas: 1) Em sua opinião, o que seria uma boa gravidez? 2) Em sua opinião, o que seria um bom cuidado de um bebê? Essas perguntas tiveram um tratamento diferente, como veremos no item de análise.

As entrevistas foram gravadas em fita cassete com o consentimento das entrevistadas e depois, transcritas na íntegra para viabilizar a análise.

O período da coleta de dados foi de fevereiro a abril de 2005. O instrumento utilizado para a entrevista encontra-se no anexo 1.

Análise

A análise dos dados obtidos foi realizada em duas etapas. A primeira, que seria a análise dos relatos construídos através da história de vida e a segunda, que consistiu nos depoimentos baseados nas perguntas semi-estruturadas buscando-se análise das representações sociais ali apresentadas. Portanto, além da compreensão acerca do objeto de estudo através da coleta de história de vida, as falas, que continham característica de idealizações e crenças também tiveram por referência a categoria de análise “representação social”.

Representação Social é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento. Elas traduzem a maneira como o grupo se pensa nas suas relações com os objetos que o afetam (Minayo, 1992).

Para Herzlich (1991) uma representação social permite compreender por que alguns problemas sobressaem numa sociedade. O pesquisador deve tentar articular em sua análise o fato de que a representação não constitui um simples reflexo do real, mas também sua co-construção.

Para análise das falas das entrevistadas, no que concerne às perguntas semi-estruturadas, foi empregada a adaptação proposta por Minayo da técnica de análise de conteúdo que pode ser definida como:

“Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (Bardin apud Minayo, 1992 p.199).

Dentre as várias técnicas de Análise de Conteúdo a opção utilizada é a Análise Temática que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

Nessa abordagem, o tratamento dos resultados trabalha com as inferências interpretativas dos significados em lugar de inferências estatísticas (Minayo, 1992)

Acredita-se que através dessa técnica tenha-se chegado a um aprofundamento das informações colhidas nas entrevistas e conseqüentemente melhor compreensão da realidade de mulheres vítimas de violência conjugal e suas experiências de gestação e amamentação.

Para a análise temática foram seguidas as três etapas sugeridas por Minayo (1992):

1. Leitura Flutuante: foi feita leitura exaustiva do material recolhido nas entrevistas até que todo seu conteúdo fosse absorvido. Nessa fase também foram determinadas unidade de registro (palavra-chave), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientaram a análise.
2. Exploração do Material: foi realizado um recorte do texto em unidades de registro (palavras) e depois foi feita a classificação e agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandaram a especificação dos temas.
3. Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: os resultados brutos foram submetidos a análise que permitiram colocar em relevo as informações obtidas. A partir daí foram feitas inferências e interpretações previstas no quadro teórico.

Para a análise das histórias de vida seguimos o seguinte roteiro:

1. Identificação dos “enredos típicos” (seqüências narrativas que sintetizam a ação dos personagens citados).
2. Classificação dos enredos e organização temática.
3. Seleção de uma história emblemática.
4. Descrição dos enredos típicos e confronto com demais histórias.
5. Discussão à luz da literatura das áreas – inferências e interpretações propostas no quadro teórico.

Após finalização da análise dos dados, foram descritos e apresentados os eixos temáticos expostos a seguir:

No que se refere ao período de gestação:

- 1- Experiência de gestação
- 2 - Reações do companheiro durante a gestação
- 3 - Histórias de violência na gravidez

No que se refere a experiência de cuidar e amamentar o bebê:

- 1 - História do cuidado com o bebê
- 2 - História da amamentação

No que se refere às redes de apoio sociais:

- 1 - Os serviços de saúde frente à violência contra mulheres
- 2 – A contribuição da rede de suporte primária

Capítulo 5

Resultados

GRAVIDEZ, RELAÇÃO CONJUGAL E VIOLÊNCIA.

O presente capítulo explora alguns eixos temáticos comuns às histórias narradas pelas entrevistadas, abordando a questão da violência conjugal vivida por mulheres durante a gravidez. A primeira temática diz respeito à experiência de gestação propriamente dita, relatando os sentimentos, sintomas e como avaliam esse período. Complementando a análise das histórias de vida destas mulheres, trabalharemos as maneiras como elas representaram à gestação ideal, produzindo assim, um confronto entre as histórias reais e as representações idealizadas do período da gravidez.

Os relatos das reações dos companheiros diante da gestação compõem a segunda temática. E fechando o capítulo, expomos as histórias da violência durante a gravidez, isto é, os tipos de violências sofridas, suas características e conseqüências relatadas pelas mulheres.

Em cada temática traremos enredos que apresentam vários elementos comuns às histórias ouvidas, valendo ainda como ponto de partida para o diálogo entre os relatos divergentes e a literatura. Essas histórias serão apresentadas em forma de discurso indireto, pois sofreram uma edição onde os relatos se transformaram em sínteses. Apesar de haver uma leitura prévia, e em conseqüência uma interferência, o objetivo maior dessas sínteses é facilitar a leitura e proporcionar um conhecimento dos casos sem que haja necessidade da leitura integral das entrevistas, o que demandaria a transcrição de muitas páginas.

1 – Experiência de gestação:

História de Joana

Joana tinha 18 anos quando foi entrevistada. Era solteira, porém vivia com seu companheiro há quatro anos. cursou até a 5ª série do ensino fundamental e atualmente trabalha como ambulante vendendo doce na rua, trens e ônibus. Possui três filhos desse relacionamento. Recentemente descobriu ser portadora do vírus HIV contraído, segundo ela, através de relacionamento sexual com seu próprio parceiro. A descoberta foi em decorrência do nascimento de seu filho mais novo (terceiro da prole). Ela não sabe precisar, portanto, desde quando é portadora do vírus.

Vale ressaltar aqui que seu relato se refere ao segundo filho, que no dia da entrevista estava com 1 ano e 8 meses.

Joana recebeu a notícia de que estava grávida após fazer um teste no posto de saúde próximo de sua casa. Estava com dois meses de gestação. A notícia não lhe causou espanto ou surpresa, pois já tinha outro filho e “sabia como era”. Aparentemente aceitou bem a novidade e pareceu bastante conformada com a situação, apesar das condições difíceis em que vivia.

Joana não planejou esse filho e também não revelou em nenhum momento da entrevista ter desejado a criança. Pudemos inferir que a vinda do neném foi uma fatalidade em sua vida.

Ela contou ter tido uma gravidez “normal”, igual a outra gestação. Não fez pré-natal e diz ter procurado médico apenas quando passava mal, com enjoos e dor de cabeça. Durante o período da gestação houve muitas brigas e discussões com o companheiro, segundo ela, “comuns a todo casal”. Os motivos alegados para tais conflitos eram variados: por ciúmes, por ela trabalhar na rua e chegar tarde em casa, pelas roupas que usava, pelas

peessoas com quem ela conversava e suas amizades. Joana evitava discordar do companheiro ou desafia-lo, na tentativa de impedir as brigas.

Mas isso parecia não ser suficiente. Joana disse ter se aborrecido muito durante a gravidez. Disse não ter sofrido violência física durante esse período (apesar de acontecer com frequência quando não estava grávida), entretanto, recebia ameaças, inclusive de morte, e xingamentos que a faziam ficar triste e chorar, mas, segundo ela, esses sentimentos passavam, quando a briga terminava.

Joana chegou a falar para seu companheiro que se fosse agredida fisicamente procuraria a polícia. Ele disse a ela que não tinha medo e que ela só não apanharia naquele momento por causa do neném.

Joana era, juntamente com seu marido, provedora da casa. Saía para trabalhar muitas vezes sem café da manhã e só fazia um lanche na rua durante toda a jornada de trabalho. Trabalhou desde o primeiro dia de gravidez até o último.

A postura de Joana em relação a sua gravidez coincide com as de outras entrevistadas, como foi o caso de Helena que admitiu não ter planejado a gravidez e achou precipitado ter um filho naquele momento, mas acabou aceitando a mesma e se “acostumou com a idéia” de ter mais um filho:

...eu devia ter tido mais cuidado, porque estava conhecendo mas e por outros motivos, mas depois que passou esse período que eu vi que ia ter que continuar, eu me acostumei. Eu aceitei a gravidez porque vi que, sei lá, eu já estava, então, eu aceitei, né... (Helena)

Algumas delas manifestaram o desejo de ter o filho, apesar de, também, não planejado, como foi o caso de Flávia, que já tinha um filho de 23 anos e desejava ter outro:

... desejei muito ele durante muitos anos, não me arrependi nem por um momento por estar grávida, mesmo quando eu tinha minhas aflições, mas foi uma gravidez difícil... (Flávia)

A conformidade e o desejo não foram as únicas reações que surgiram entre as entrevistadas. O reverso desses sentimentos com relação à gravidez também apareceu em alguns depoimentos. Muito abertamente, algumas mulheres falaram de seu descontentamento em estarem grávidas e da tentativa de realização de um abortamento uma vez que já viviam relações conflituosas com os companheiros em casa. As entrevistadas Silvia e Cristina narraram esse sentimento de repulsa diante da gravidez e, após alguns meses, não vendo outra saída, aceitaram o filho.

... eu confesso que eu pensei em tirar, ninguém da minha família soube(...) mas eu tentei, não conseguindo, graças a Deus que eu não consegui, comecei a aceitar, mas aceitar vivendo no sofrimento, fazer o que?... (Silvia)

...eu não queria aquela gestação. Então, eu comecei a trabalhar para tentar não ter a criança, tentar o aborto porque já tinha uma, já passava violência com uma e eu não queria. Desde o momento que foi completando 6 meses, 7 meses, eu vi que não tinha como tirar a criança e a criança ia vir de qualquer jeito, então, eu parei... (Cristina)

Estudos indicam que existe um alto índice de morbidade e mortalidade materna em consequência das tentativas de abortos clandestinos realizados, geralmente, em péssimas condições devido à ilegalidade do procedimento (CEPIA, 1994; BEMFAM, 2002).

Para Maldonato (1985) a gravidez, em nossa sociedade, é considerada um período de transição que faz parte do processo de desenvolvimento. Envolve mudança de identidade e uma nova definição de papéis sociais (além de filha e mulher, passa a ser mãe). Menciona também que a chegada de um bebê não se restringe às variáveis psicológicas e bioquímicas, mas engloba fatores

sócio-econômicos. Nessas condições, o fato de ter um filho acarreta conseqüências bastante significativas.

Podemos observar que mesmo em situação financeira difícil - todas as entrevistadas são de estratos de baixa renda, e ambiente familiar conflituoso - parte das mulheres entrevistadas desejou passar pela experiência de serem mães ou apenas aceitou o fato sem muitos questionamentos ou conflitos internos como foi o caso de Joana. Cavalcanti (2004) em seu estudo que visava analisar ações de assistência pré-natal voltadas à prevenção da violência contra mulheres aponta que mulheres vítimas de violência conjugal apresentam alta paridade. Aqui, também pudemos visualizar esse fato, pois a maioria das entrevistadas são multíparas, possuindo de dois a cinco filhos.

Vamos retomar a história de Joana trazida no início do capítulo. Joana relatou que durante sua gravidez houve muitas brigas entre ela e seu companheiro por motivos variados e às vezes até sem motivo. Outras entrevistadas também relataram que as reações violentas do companheiro não tinham uma razão específica, e “coisas bobas” desencadeavam grandes agressões.

A produção da violência aparentemente por motivos insignificantes pode ser pensada do ponto de vista da vivência de situações de estresse⁹. Saffioti (1999) diz que se pode interrogar a realidade a fim de se tentar descobrir se as condições materiais que caracterizam a pobreza têm um peso significativo na produção da violência. Joana nos fala de sua situação financeira muito ruim e de brigas com o companheiro por razões de várias ordens. Talvez essa seja uma associação possível para justificar as queixas de Joana com relação às agressões que sofria sem motivo aparente. Mas devemos lembrar que a violência entre casais pode ocorrer em qualquer estrato social, não sendo a pobreza um determinante para práticas violentas.

Joana, não vendo uma solução imediata para seus problemas com o companheiro, relata que depois que as brigas acabavam, “ficava tudo bem” e

⁹ O estresse, segundo Bueno (2000), é um conjunto de reações orgânicas a agressões; esgotamento.

“sua vida voltava ao normal”, até que outra discussão acontecesse, evidenciando “o ciclo da violência”¹⁰.

O fato de não estar sendo compreendida, protegida ou cuidada, como é esperado, culturalmente, a uma mulher grávida, talvez tenha levado Joana ao sentimento de abandono, solidão, tristeza, estresse, medo e conformismo.

A maioria das entrevistadas compartilhou com Joana esses sentimentos que surgiram em decorrência da violência que sofriam.

Aqui podemos qualificar melhor o sentimento de medo. Tanto Joana como a entrevistada Patrícia, referiu medo do companheiro e temiam por suas próprias vidas e não pela vida do bebê, ou pelo menos, isso não foi exposto em nenhum momento.

*... eu sentia medo dele mas não reagia, preferia ficar quieta. Até hoje eu sinto medo dele...”
(Patrícia).*

Já com relação à tristeza, podemos associá-la à depressão que algumas entrevistadas relataram ter vivido. Por exemplo, Cristina e outras mulheres em seus depoimentos, trouxeram para o debate a questão da depressão em mulheres vítimas de violência conjugal quando disseram que sentiam vontade de ficar sozinha.

...eu estava com muita depressão, eu só queria dormir e dormir... (Cristina)

... eu me sentia muito triste e ficava, às vezes, eu ficava tão triste que chegava a passar mal, eu não queria comer... (Carla).

...eu tive muita depressão durante minha gravidez, tive isso porque eu entrava em crise na minha casa, sozinha, eu chorava muito... (Flávia)

¹⁰O ciclo da violência pode ser entendido a partir de algumas fases segundo Leonore Walker (1979): A primeira é a fase da *lua de mel* caracterizada por afeição, reconciliação, e aparente fim da violência. A segunda fase é o *surgimento da tensão* caracterizada por pouca comunicação, tensão, medo de causar explosões de violência. E a terceira é a *ação*: caracterizada por explosões de violência, abusos.

Os sintomas psicológicos parecem ser os mais significativos e sugerem um impacto no cotidiano dessas mulheres e em sua saúde mental.

Estas questões abordadas no nosso estudo não são desconhecidas. Recentemente, uma pesquisa realizada no Ceará por Adeodato et al (2005) sobre qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de violência conjugal revelou que de 100 mulheres entrevistadas que sofreram este tipo de violência, 72% delas apresentavam quadro sugestivo de depressão clínica; 78% tinham sintomas de ansiedade e insônia; 39% já pensaram em suicídio e 24% passaram a fazer uso de ansiolíticos após o início das agressões. A análise dos dados dessa pesquisa nos sugere que a violência doméstica conjugal está associada a uma condição negativa da saúde mental da mulher.

Existe uma concordância do estudo acima com o estudo da OMS (2002) que refere que essas mulheres estão sob risco muito maior de suicídio e tentativas de suicídio do que mulheres que não sofrem violência.

Na nossa pesquisa, apesar de não serem questionadas sobre o assunto, uma entrevistada falou espontaneamente de sua tentativa de suicídio alegando uma falta de esperança em melhorar sua situação uma vez que não conseguia se separar do marido violento.

...teve uma época que eu tentei me suicidar e assim, quando eu tinha acabado de ter minha filha, quando eu tava de resguardo, aí eu tentei me suicidar porque eu queria me separar e não conseguia... (Cristina)

Além das repercussões psicológicas, Joana menciona mal-estar físico durante a gestação. Ela não buscou o pré-natal, mas contou se sentir mal “sem explicação”. Joana nos fala de seus sintomas sem imaginar que, apesar de típicos da mulher grávida, poderiam estar sendo potencializados pela violência que sofria.

...eu passava mal de mim mesma, às vezes, com enjôo, dor de cabeça, do nada assim... (Joana)

Joana quando diz que “se sentia mal dela mesma” nos fala o que alguns trabalhos como o da OMS (2002) apontam como “queixas vagas”, isto é, mulheres em situação de violência, em geral, apresentam sintomas sem que os exames apontem resultados alterados.

O desconforto físico, de modo geral, foi narrado por outras entrevistadas através de alguns sintomas como: dores de cabeça, falta de ar, enjôos, dores de estômago, irritabilidade e casos mais graves como pressão alta e placenta prévia foram expostos.

...eu tive ameaça de aborto, depois tive piques hipertensivos, toda vez que eu tinha que falar no assunto (violência sofrida)... (Leila)

... foi um pouco arriscada (a gravidez) porque eu tive problema de placenta baixa e pressão alta... (Sônia)

... eu me senti muito mal, cada vez era um sintoma (...). Cheguei a ficar de cama 20 dias porque tudo que eu comia me fazia mal (...) e comecei a sentir falta de ar... (Flávia)

... eu passava mal, fiquei várias vezes internada no pré-parto de um dia pro outro. Eu comecei a perder sangue... (Patrícia)

A violência tem sido vinculada a uma série de diferentes resultados em saúde, tanto imediatos quanto em longo prazo e são variados os sintomas físicos comuns em mulheres que sofrem violência conjugal. Além das conseqüências diretas à saúde, tais como lesões, ser uma vítima da violência também pode aumentar o risco dessas mulheres virem a ter uma saúde precária no futuro (OMS, 2002).

Uma revelação importante feita por Joana, ligada diretamente a sua saúde sexual e reprodutiva, foi o fato de ter se descoberto portadora do vírus HIV que, segundo ela, foi contraído em relação sexual com o companheiro.

É possível percebermos o quanto mulheres vítimas de violência conjugal estão vulneráveis não só à gravidez indesejada como às doenças sexualmente transmissíveis. Giffin (1994), citando um dos trabalhos de Heise, aponta que práticas contraceptivas podem ser dificultadas por medo de uma reação do parceiro violento e que tal dificuldade é também previsível na tentativa de se proteger das DSTs/AIDS, através do uso de preservativos, já que esta sugestão coloca em pauta dúvidas sobre a fidelidade na relação.

Devido à magnitude desse problema e sua importância para os estudos da violência, se faz necessário trazer a pesquisa epidemiológica de Ruzany et al (2003) que tinha como um dos objetivos identificar a ocorrência de situações de violência no cotidiano de adolescentes e jovens de comunidades de baixa renda no Rio de Janeiro e verificar se a violência nas relações afetivas entre adolescentes e jovens dificulta a prevenção de DST/AIDS. O grupo estudado revelou uma relação importante entre violência nas relações afetivas e o baixo uso de preservativos. Um outro estudo, porém qualitativo, de Taquette et al (2003) com o mesmo grupo de jovens do estudo acima buscou verificar se o relacionamento afetivo com violência está associado a um maior risco de DST/AIDS. Nessa pesquisa observou-se que a violência faz parte do cotidiano desses jovens nas comunidades em que vivem e dentro de suas próprias famílias. Os fatores identificados como geradores de violência no relacionamento interpessoal foram: falta de dinheiro e de emprego, uso de drogas e álcool, ciúme e infidelidade. Os adolescentes afirmaram que não há negociação quanto ao uso de preservativo quando o parceiro é violento, o que pode ter como consequência um maior risco de DST/AIDS. Os resultados indicam que o problema da violência é multifatorial e quando está presente nos relacionamentos interpessoais pode dificultar a proteção em relação às DST/AIDS.

Sentidos atribuídos à vivência e idealizações da gravidez:

Com relação à avaliação da gestação, a experiência de gravidez foi na absoluta maioria dos relatos um período atribulado, intranquilo. Sintetizando esse sentido, um relato define como categoria nucleada o termo **atormentado**. Esse termo que significa torturado, aflito ou atribulado, resume com muita precisão o sentimento dessas mulheres em relação a esse período de suas vidas, cercado de violência de vários tipos por parte de seu parceiro íntimo e pai do neném.

Dentro dessa tormenta vivida por elas destacamos algumas características apontadas. Para todas as entrevistadas a gravidez não foi tranqüila, e sim difícil, conturbada, com muitos aborrecimentos e para algumas, “uma experiência horrível”. As falas abaixo revelam a avaliação negativa feita por elas a respeito desse período:

...depois que eu engravidei ficou um pouquinho difícil. Mais brigas, tinha aquelas agressões... (Carla).

...eu não consegui curtir, assim, a gestação legal. Até os cinco meses, eu não comprava nada para os bebês (...). Aparentemente eu estava bem mas eu não consegui curtir o período... (Leila)

...não foi tão tranqüila. Eu estava muito agitada, muito nervosa, não conseguia, às vezes, dormir... (Marta)

Algumas referiram ter tido uma experiência ruim não em relação ao bebê que estava por vir, mas sim, por causa do relacionamento que vinham mantendo com o companheiro.

...acho que eu nem chorava porque não queria ter um filho, acho que eu não queria ter um filho dele. Eu pensava assim: se fosse talvez de outra pessoa... (Silvia)

É importante entendermos que, aparentemente, a experiência de gestação foi “atormentada” em função das violências sofridas por parte de seus companheiros e não pela chegada de uma outra criança e todas as preocupações que isso poderia gerar. Na fala de Silvia (acima), ela imagina que se o filho fosse de uma outra pessoa, um outro companheiro, sua gravidez, talvez, tivesse tomado um rumo diferente.

Com relação às idealizações sobre uma boa gravidez, pudemos observar o desejo de uma gestação “sem aborrecimentos”, “sem preocupações”, “sem violência”. Sintetizando esse núcleo de sentido, identificamos a expressão **gravidez tranqüila**, muito usada pelas mulheres e que retrata exatamente o que não aconteceu com as mesmas.

Dentro desse ideal de gravidez, o apoio do companheiro também foi citado na maioria dos relatos. Com muita frequência, elas falaram da necessidade de carinho, atenção, respeito, além da ajuda financeira e moral. O apoio do companheiro, para essas mulheres, resultaria em mais segurança e equilíbrio num período de muitas mudanças na vida delas.

...a gente ser apoiado, ser tratado com carinho, com respeito. Eu não tive nada disso. Eu tive que me virar sozinha... (Flávia)

...uma boa gravidez é aquela que a mãe não sofra nenhuma violência física ou moral, enfim, uma gravidez que tenha atenção principalmente do pai, cuidar, dar carinho... (Helena)

As falas deixam muito claro que na nossa pesquisa, mesmo vivendo em situação de violência, as entrevistadas ainda idealizam a participação mais efetiva do companheiro no evento da maternidade, não só nos cuidados com o bebê, mas nos cuidados com elas mesmas, o que não se concretizou.

Algumas falas mencionam o desejo das mulheres em serem acompanhadas no serviço de saúde pelos seus companheiros, principalmente no pré-natal, talvez num desejo de dividir a experiência da gravidez com o parceiro e desfazer a idéia de que a mulher é a única responsável pelo bebê que está esperando.

...ter um bom esposo para ajudar a cuidar, e assim quando tivesse tempo, ir no médico junto para fazer o pré-natal com a mulher, dar carinho, apoio, ajudasse quando fosse preciso... (Júlia)

...se aquela pessoa for casada, que aquele marido apóie, que aquele marido acompanhe a gravidez, nem que não vá ao pré-natal mas que pergunte como é que está o filho. Ela tem que receber o apoio do marido que é o único que está ali dentro da casa, para dividir as coisas com você, para trocar idéias, conversar, para mim isso é tranqüilidade... (Silvia)

Em outro ideal de gestação, encontra-se a representação da **gravidez planejada**, trazida na fala de algumas entrevistadas.

Mesmo com o avanço da tecnologia, das informações médicas e a necessidade de assumir diferentes papéis, paralelo ao de mãe, como o de

provedora do sustento da família, muitas mulheres, principalmente de origem mais humilde, não conseguem planejar a época de ter os filhos. Além disso, existe um fator, já mencionado anteriormente nesse estudo, que é a dificuldade que as mulheres enfrentam no uso de contraceptivos quando vivem relações conjugais violentas. Também podemos pensar que a gravidez nesse grupo de mulheres pode ser uma tentativa de buscar sua identidade e auto-estima perdidas.

Outro sentido idealizado e trazido em muitos relatos foi a **gravidez saudável**, que significa para as entrevistadas uma boa alimentação como necessária a uma boa gravidez. Muitas mulheres referiram não ter tido uma boa alimentação devido às dificuldades financeiras que passavam. As orientações sobre alimentação durante a gestação é exposta para as mulheres como um ponto básico para uma gravidez saudável. Já para nossas entrevistadas a alimentação é uma urgência e um obstáculo a ser ultrapassado.

...é ter uma boa alimentação porque, às vezes, eu saía de casa sem café, às vezes, eu não comia na rua ficava só com o lanche que eu fazia nas lanchonetes... (Joana)

...é ter uma alimentação saudável, para poder passar para o neném. Eu não tive muito isso... (Patrícia)

Após a análise das idealizações de uma boa gravidez, é possível perceber que essas mulheres não queriam mais do que o mínimo necessário para uma gravidez tranqüila. Infelizmente, para todas as entrevistadas, a gravidez não correspondeu aos seus anseios de atenção, proteção e apoio.

2 – Reações do companheiro durante a gravidez

História de Helena

Helena com 34 anos no momento da entrevista, é solteira e tem dois filhos do primeiro relacionamento, e um filho mais novo (terceiro) com dois

anos, fruto do segundo relacionamento. Morou com esse companheiro por volta de um ano e meio e atualmente moram em casas separadas apesar de se verem com frequência. Helena estudou até a 6ª série do ensino fundamental e não possuía nenhuma ocupação remunerada, mas estava procurando emprego.

Helena contou que sua gravidez foi difícil, pois tinha conhecido seu parceiro há pouco tempo e logo engravidou. Como a gravidez não havia sido planejada, a rejeição foi o sentimento que primeiro surgiu em Helena. Se culpou por não ter tomado os cuidados contraceptivos necessários e julgou a gravidez muito “precipitada”. Com o tempo se acostumou com a idéia e aceitou melhor a gravidez.

O relacionamento com seu companheiro no início da gravidez era bom, porém se modificou nos meses seguintes, por volta do 4º mês de gestação. Contou que ele era muito exigente e que ele “achava o jeito dela um desastre”, além de xingá-la de inútil. Com isso, sua auto-estima, aos poucos, foi diminuindo, pois ela acreditava que tudo o que seu companheiro dizia a seu respeito era verdade. Os atritos foram aumentando: muitas brigas, discussões, xingamentos, humilhações, até chegar a empurrões e socos.

Helena foi se “sentindo mal”, pois não esperava esse tipo de comportamento por parte de seu companheiro.

Diz, repetidamente, ter tido muitos motivos para rejeitar a gravidez e o filho, já que as agressões iniciaram após terem descoberto a gestação, mas, não o fez. Ela garante ter vivido uma experiência horrível com essa gestação.

Helena conta que quando decidiu ficar com o companheiro, queria mudar sua vida pra melhor porque se sentia infeliz e sozinha. Depois que ficaram juntos, ela descobriu que estava mais sozinha do que antes.

História de Cristina

Cristina tinha 22 anos na data da entrevista, é solteira e atualmente está separada do companheiro com o qual viveu quatro anos. Teve com ele duas filhas. Estudou até o ensino fundamental, mas não chegou a concluir e não possui trabalho remunerado. Conta que antes de engravidar da segunda filha, trabalhava como recreadora de uma creche, mas atualmente não consegue mais exercer essa função, uma vez que, se sente nervosa e sem paciência com crianças.

Cristina relatou que sua última gravidez foi um equívoco, não queria ter ficado grávida, pois já vinha sofrendo violência por parte de seu companheiro desde a gravidez anterior. Sentiu-se muito revoltada com a gravidez e tentou fazer um abortamento, porém, como os meses foram passando e suas tentativas não tinham sucesso, aceitou o filho que estava por vir. Conta que quando foi fazer o exame de ultrassonografia falou para o médico que queria apenas ter filha menina e ficaria muito feliz se isso acontecesse. Cristina realmente estava grávida de mais uma menina. Ao ser questionada pela preferência do sexo do bebê, ela disse que parecia ser preconceituoso de sua parte, mas o fato de ser menino remetia Cristina ao modelo de homem representado pelo seu companheiro. Assim, se fosse menino, talvez tivesse “tendência a ser mais desobediente” e ir para o “caminho das drogas”.

Sua relação com seu companheiro nessa época era conturbada e violenta. Relatou ter passado pelos mesmos problemas na gravidez anterior.

Acreditava que todo casal passava por aquela situação, apesar de não encontrar motivos para tantas agressões e alegava não saber se defender das violências que sofria.

Cristina foi agredida fisicamente durante a gravidez com tapas, principalmente, no rosto, chutes e socos na barriga e nos seios. Também era acusada de pegar as drogas que seu companheiro guardava em casa para consumo próprio. Na maioria das vezes, Cristina não sabia por que estava sendo agredida, não havia motivos, e coisas pequenas desencadeavam brigas enormes. Por vezes, também foi forçada a manter relações sexuais contra sua vontade.

Também relatou ter ficado em cárcere privado, impedida de ver a mãe e a irmã e nesse período viveu para “servir” o marido como mulher e cuidar da filha mais velha.

Cristina disse ter vivido em completa depressão durante essa gestação, queria dormir a maior parte do dia e desejava ficar sozinha.

A partir das histórias de Helena e Cristina podemos fazer uma reflexão sobre as reações desencadeadas nos companheiros depois que receberam a notícia da gravidez de suas parceiras.

Começamos por Helena que disse ter uma relação boa com seu companheiro até completar o quarto mês de gestação quando ele começou a apresentar comportamentos agressivos. Inicialmente, praticava contra ela violência psicológica passando às agressões físicas. Helena não soube explicar as razões que levaram seu companheiro a modificar suas atitudes, mas sabe que o grande detonador das agressões foi o fato de estar grávida, pois isso não havia acontecido antes.

Para Cristina, a violência por parte de seu companheiro já havia se manifestado desde a primeira gravidez, inclusive, por esse motivo rejeitou a segunda, uma vez que, sabia que também passaria pelas mesmas agressões. No caso de Cristina, a violência já era presente, mas se intensificava durante a gravidez. Cristina também não sabia as razões de tantas brigas e dizia que os motivos eram pequenos para desencadear reações tão grandes.

Apesar das duas histórias possuírem muitas características comuns, elas diferem no que diz respeito à reação do companheiro diante da gravidez. Para Helena, a violência conjugal se iniciou com a gravidez e para Cristina a violência aumentou nesse período. Essa informação é muito importante, pois nos faz pensar que a gravidez exacerbou sentimentos e atitudes agressivas nesses companheiros.

A razão mais comumente relacionada com o alto risco da violência durante a gestação é o aumento do estresse que o companheiro apresenta com relação ao nascimento iminente do filho. As razões que originam esse estresse ainda não são claras, pois seria necessário investigações mais amplas para aprofundar a questão (OPAS, 2004).

Sauders (2000) diz que a gravidez pode marcar o início ou a escalada da violência contra mulheres pois pode ser vista como um período de vulnerabilidade e para algumas mulheres, a perda da autonomia financeira ou emocional. As mudanças físicas, emocionais e financeiras associadas à gravidez podem ser vistas como a oportunidade para o parceiro violento estabelecer poder e controle sob a mulher.

As demais histórias colhidas nesse trabalho também mostraram situações parecidas com as de Helena e Cristina, onde a gravidez foi um desencadeador para a violência uma vez que iniciou ou se intensificou com a gestação.

... logo depois que eu descobri, e...a gente já estava brigando muito. Depois que eu descobri a gente passou a brigar mais ainda... (Leila)

... logo depois que ele soube que eu estava grávida ele mudou completamente... (Sônia)

... antes era tudo uma maravilha, antes era tudo bom. Depois que eu engravidei veio as agressões... (Carla)

... na outra gravidez ele também me empurrava, me xingava, a outra gravidez foi igual a essa agora... (Patrícia)

No estudo de Burch e Gallup Jr. (2004), por exemplo, dos 258 homens entrevistados que estavam inseridos no Programa Men's Opportunity em Nova York, um em cada sete admitiu terem cometido atos violentos contra sua atual parceira grávida. Também se observou que a frequência e a severidade das agressões direcionadas às parceiras grávidas foi quase o dobro das agressões contra as parceiras não grávidas.

Dessa forma, podemos perceber que as mulheres que vivem uma relação violenta com seus companheiros e engravidam acreditando que seu comportamento se tornará menos agressivo, se deparam com uma outra realidade que pode levá-las a sofrer um efeito oposto do esperado. A fala de Silvia, uma das entrevistadas, revela a esperança que tinha em modificar sua relação com o companheiro tendo um outro filho:

...era meu segundo filho, já tinha passado pelo primeiro né, talvez no segundo poderia ser diferente mas não foi, foi até pior ainda... (Silvia)

No nosso estudo, apenas uma entrevistada revelou não ter sofrido agressões físicas durante a gestação. Segundo ela, o marido tinha medo que acontecesse alguma coisa com a criança. Isso significou para ela uma minimização das reações agressivas do marido, no entanto, não deixou de sofrer outros tipos de violência como ameaças e xingamentos, como mostra sua fala:

...às vezes ele dizia assim: eu só não te bato porque você está de barriga, por causa do neném, senão, tu ia tomar uns tapas!... (Joana)

De um modo geral, a maioria das entrevistadas trouxe como queixa, além das violências sofridas, o descompromisso de seu parceiro com a gravidez. Através dos relatos, foi possível observar que a maioria dos companheiros não se preocupou com a gestação, isto é, não deram às suas parceiras atenção, apoio e cuidados que uma mulher grávida demanda. Para Cristina faltou apoio financeiro e emocional, para Helena apenas o apoio

emocional foi negado, o que parece provocar maiores ressentimentos. Essa falta de suporte podemos perceber, também, na fala de outras entrevistadas.

... ele me deixou foi mal. Me deixou sem casa, me deixou com conta para pagar, me deixou com um filho na barriga, o garoto sem roupa sem nada. Eu passei Natal sozinha, Ano Novo sozinha e fiquei abandonada com muitos problemas. Eu não tive apoio de espécie nenhuma. Aí dói, né... (Flávia)

... nunca tive carinho, nunca tive apoio, nunca passou a mão na minha barriga. Nunca teve nenhum apreço. Nem que não passasse a mão mas que pelo menos tivesse um apreço, eu não via isso nele, o cuidado... (Silvia)

Em alguns casos foi possível observar a negação da paternidade, isto é, os companheiros que ao saberem da gravidez de suas mulheres, se recusaram a aceitar o fato, dizendo que o filho deveria ser fruto de outro relacionamento.

O fato de negar ser o pai do bebê que sua mulher espera pode ter, pelo menos, duas justificativas. Primeiro, acusar sua companheira de traição, difamando-a e humilhando-a perante os parentes, vizinhos, etc. e tornando-se mais uma vez, vítima de violência. Segundo, esse companheiro pode estar tentando se eximir da responsabilidade enquanto pai, tanto em relação à educação da criança quanto aos gastos financeiros gerados por mais um membro na família.

... eu estou fazendo um curso na igreja, na Bíblia, e eu moro praticamente em frente a igreja, aí ele chegou ao ponto de dizer na frente de todo mundo que meu filho era do pastor e falava também...me difamando dizendo que o filho não era dele... (Sônia)

...ele falava para todo mundo que o filho não era dele, então eu disse para ele só dar as coisas para o filho quando ele vê que é o pai. Eu quero fazer o teste de DNA e provar que ele é o pai... (Marta)

Alguns estudos existentes como o de Saraiva (1998) sobre paternidade e masculinidade em estratos sociais médios, relatam que começa a aparecer, nos dias de hoje, uma “nova paternidade”, termo empregado também pela mídia que traz a discussão sobre a participação mais efetiva-afetiva dos homens no cotidiano familiar, principalmente nos cuidados com o filho, retirando-os do lugar apenas de provedores financeiros ou mantenedores do sustento econômico.

Mas, para as mulheres de nossa pesquisa, seus companheiros ainda estão distantes dessa mudança de atitude diante da chegada de um filho (inesperado) preferindo não se envolver, ou pior, simplesmente negando serem os pais.

Essa falta de interesse e envolvimento com a gravidez de sua companheira, além dos conflitos vividos em casa, teve como consequência para a maioria das entrevistadas, o distanciamento físico e/ou afetivo. Para as que encontraram suporte em algum familiar ou amigo, a saída de casa foi certa, porém para outras, sem condições financeiras e até emocionais de se desvencilharem desse companheiro, permaneceram em casa, mas manifestaram o desejo de abandonar o lar em que vivem num momento oportuno.

...Não tinha muito contato, assim, com ele, de conversar... (Júlia)

... eu durmo num quarto, ele dorme no outro (...). Eu não pretendo ficar com ele ... (Silvia)

...na época da minha gravidez eu não queria olhar pra cara dele nem pintado de ouro. Tomei nojo da cara dele... (Marta)

O distanciamento de seus companheiros ocorreu ainda na gravidez para a maioria das mulheres entrevistadas, mesmo porque, algumas delas saíram de casa antes do nascimento do bebê. No entanto, duas afirmaram que continuaram sendo perseguidas pelo companheiro, não por eles estarem preocupados com a gestação e o bem-estar delas e do filho mas sim pelos mesmos não aceitarem a decisão tomada por elas de não mais conviverem com eles.

... ele deu um tempo de ir lá (casa da mãe de Patrícia) mas ele ainda ficava me espiando na rua, ficava me seguindo na rua, ficava passando onde eu moro para ver se via alguma coisa... (Patrícia).

... ele diz que está lá, já me procurou e disse que ainda não deu como perdido o casamento... (Leila)

As entrevistadas que manifestaram desejo de saírem de casa, mas permanecem com seus parceiros, contam que apenas habitam o mesmo teto, porém não nutrem mais sentimentos afetivos por eles todavia, são incumbidas das tarefas do lar e também do “dever conjugal” ¹¹

... tinha que cuidar da casa e ai de mim se não fizesse isso, quando ele chegava do trabalho se visse tudo jogado, ai de mim! Tem que fazer tudo, não tinha para onde ir, ficava passando esse sufoco (...). Às vezes porque estou morando com ele no mesmo teto, tem que ter aquele contato de marido e mulher, senão ele vai me obrigar, entendeu... (Silvia).

3 – Histórias de violência na gravidez:

História de Júlia

Júlia tem 31 anos, é solteira, cursou até a 6ª série do ensino fundamental. De seu primeiro relacionamento teve 2 filhos e de seu relacionamento atual possui 3 filhos sendo o mais novo com 1 ano e 11 meses no dia da entrevista. Júlia não possui ocupação remunerada e mora com seu companheiro e os cinco filhos.

¹¹ Para Saffioti(1995), o dever conjugal seria a imposição à mulher uma vez casada, de jure ou de facto, constituiria propriedade do homem, devendo estar sexualmente disponível para seu companheiro.

O último filho de Júlia nasceu prematuro e necessitou de internação por um período aproximado de um mês. Ela conta que no período da gravidez sofria muitas agressões físicas por parte do companheiro, além de ameaças de morte e xingamentos. Também era obrigada a manter relações sexuais. Júlia disse que não reagia a nenhuma das violências e, mesmo sentindo dores pelo corpo e muito machucada, preferia ficar quieta, pois sabia que se chorasse seria vítima de novas torturas. Atribuiu às agressões sofridas e o estresse como a causa para o filho ter nascido antes do tempo previsto.

Disse ter se sentido muito fragilizada durante a gravidez, pois não tinha os cuidados do marido, mas quando questionada sobre como era o relacionamento dos dois nessa época, afirmou ser “normal”, isto é, não conversavam, dormiam em camas separadas e brigavam muito.

Júlia ainda vive com seu companheiro, pois ele “não deixa faltar nada em casa e não tem vícios como fumar ou beber”. Isso pesa a favor dele na hora de Júlia tomar uma decisão para sair de casa levando os filhos. Mesmo consciente de que a situação familiar é conturbada, ela tenta fazer com que isso não interfira no seu relacionamento com seus filhos. Júlia acredita que os filhos não têm culpa do pai ser assim e ela tenta protegê-los dos efeitos negativos da violência, no entanto, o filho mais velho já manifestou desejo de matá-lo por causa das agressões que sofre e que vê a mãe sofrer.

A violência que ocorre contra mulheres pode ser vista como algo inconcebível nas relações conjugais e afetivas, no entanto, Júlia, mulher de nossa história acima, relatou que acreditava que muitos casais passavam pelos mesmos conflitos que eles e que o seu relacionamento com o companheiro era “normal”.

Por que uma situação tão estranha para a maioria das pessoas poderia, aos olhos dessa mulher, ser considerada “normal”? Como agressões de vários tipos podem fazer parte das relações afetivas? Talvez para Júlia, o modelo de relação conjugal construído ao longo de sua vida fosse exatamente esse que ela vive agora, onde a violência, a raiva e a hostilidade são vistas como formas de amar.

No estudo de Menezes et al (2003) sobre violência física durante a gestação, foi observado que mulheres com história de violência na família, ou seja, que testemunharam atos violentos entre seus pais ou substitutos, tenderam a apresentar maior tolerância à violência dos seus parceiros, por aceitarem como normalidade formas violentas de resolução de conflitos, perpetuando o comportamento violento no ambiente familiar.

Curiosamente, Júlia não foi a única entrevistada a falar que o relacionamento com o companheiro era “normal” no início, com brigas que fazem parte da relação conjugal. No entanto, ao longo do discurso de Júlia e de outras mulheres, percebeu-se que os parceiros já apresentavam comportamento agressivo que só foi percebido quando chegou ao extremo. Júlia sabia que havia algo de estranho em seu relacionamento, mas foi necessário sofrer agressões repetidamente para entender o que havia de errado.

A fala a seguir, de outra entrevistada, demonstra exatamente como o processo de se perceber dentro de uma relação conjugal conflituosa é demorado:

... a primeira vez, que na verdade, nunca é a primeira, né! É a primeira que você resolve sair. Nunca é a primeira nem a segunda, sei lá quantas vezes, mas é aquela dali que é a gota d'água... (Leila).

Para Schraiber et al (2002), isso ocorre muito provavelmente porque as mulheres não nomeiam a situação doméstica como violenta, que é um termo mais reservado para expressar o que ocorre no espaço público. O termo

também indica situação grave, o que, culturalmente, parece significar que a violência conjugal, embora severa, não é representada como tal.

Paralelo a essa informação, pode-se pensar também que muitas mulheres foram convencidas que são hierarquicamente inferiores aos homens mantendo-se obedientes e aceitando a subalternidade ao parceiro. Assim, legitima-se a dominação masculina à qual a mulher pode estar submetida desde sua infância (Tetelbom et al apud Gomes, 2003).

Na história de Júlia, há relatos dos tipos de violência que sofreu. Júlia falou das humilhações, xingamentos e ameaças de morte que recebeu, depois dos socos, tapas e empurrões dos quais foi vítima.

Júlia em nenhum momento relata que os golpes eram direcionados para a barriga, o que nos leva a pensar que o alvo das agressões físicas era ela e não o bebê.

Outras entrevistadas também relataram as mesmas agressões. Entre os tipos de violências físicas foram mencionados: tapas, empurrões, chutes e socos. Já as violências psicológicas tomaram a forma de xingamentos, humilhações, discussões, desconfianças, ameaças (inclusive de morte), cárcere privado. As violências sexuais também foram relatadas como tentativa ou ato sexual forçado.

Com relação à violência física, nossa pesquisa coincide com os dados do Estudo Multipaíses da OMS sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica (2002) que observou que a violência física cometida por parceiro ou ex-parceiro em dois Estados brasileiros, se deu através de: tapa, empurrão, soco, chute, estrangulamento, queimadura ou ameaça com arma branca ou de fogo.

Com relação às agressões psicológicas, Júlia em sua história conta ter sofrido torturas psicológicas. Aliás, a violência psicológica foi apontada em todas as entrevistas, como foi o caso de Flávia que se emocionou muito ao falar das agressões que recebeu de seu companheiro:

... fui agredida com palavras, com tapas, me chama de ninguém, de pequena (...). Me chamou de mercenária porque eu cobre dele que ele terminasse a obra da casa por causa do filho dele... (Flávia).

Nas pesquisas sobre violência conjugal durante a gestação é possível constatar o alto índice de violência psicológica sofrida que muitas vezes ultrapassa os outros tipos de agressões. Num estudo de Heise et al (1994) sobre violência contra mulher em países em desenvolvimento é exposto que para muitas mulheres o impacto psicológico dos abusos é mais debilitante do que as seqüelas físicas. A autora também chama a atenção para um estudo realizado na Irlanda onde mulheres espancadas pelos seus maridos foram questionadas sobre o pior aspecto dessa experiência, tendo elas respondido: em 1º lugar a tortura mental; em 2º lugar viver com medo e; em 3º lugar a violência física. Portanto, nessa pesquisa os fatores psicológicos foram referidos com mais freqüência como os piores aspectos dessa experiência.

Júlia também foi vítima de violência sexual, isto é, era obrigada a manter relações sexuais com seu parceiro sob ameaça e coerção.

Esse tipo de violência também parece não ser fato raro na vida de mulheres que convivem com maridos agressivos. No entanto, a violência sexual é encoberta pela união estável, como se fizesse parte do “pacote” do casamento estar sempre disponível sexualmente para o marido. Muitas mulheres acreditam nisso e levam tempo para perceber que serem forçadas ao ato sexual, mesmo que com o marido, é um tipo de violência.

...ele tentou, tirou minha roupa, segurava meus braços assim, eu gritando, aí meu filho ouviu o grito, entrou, e viu essa cena... (Sônia)

Um estudo realizado por Dantas-Berger e Giffin (2005) sobre a violência nas relações de conjugalidade revelou que a relação sexual ocorre muitas vezes, sob forma de coerção "naturalizada" ou como "cláusula" prevista no contexto das obrigações conjugais. Todas as mulheres entrevistadas na pesquisa de Dantas-Berger e Giffin relataram alguma situação do parceiro querer e insistir na relação sexual contra a vontade delas; também não fizeram uma denúncia prévia desta situação nos serviços que buscaram. O sexo cedido, sob resistência, ou sob ameaça, foi recorrente, mas pouco nomeado como violência.

As conseqüências em longo prazo dessas violências podem ter um efeito prejudicial também para o desenvolvimento global dos filhos, pois muito

provavelmente, estes serão testemunhas da violência que acontece em casa, além de serem mais uma vítima dela (OPAS, 2004).

O filho mais velho de Júlia já nutre pelo padrasto raiva e deseja resolver o problema da família também através da violência, quando diz que vai matá-lo. Apesar de Júlia intervir explicando-lhe que essa não é a melhor forma de solucionar os problemas da família, o menino, assim como ela mesma, não vê esperança de um futuro mais tranquilo convivendo com o agressor.

Muitas outras entrevistadas comentaram o fato dos filhos mais velhos presenciarem a violência ocorrida em casa e as conseqüências disso para a formação do vínculo familiar.

...o outro já está sentindo a violência, não sei como esse menino vai ficar quando crescer. Eu preciso tomar uma providência mas por enquanto eu estou sem ação nenhuma... (Silvia)

...eles sempre presenciaram e presenciam até hoje. Eles reagem com revolta... (Helena)

A literatura sobre violência conjugal, debate muito as conseqüências das agressões para os filhos que a presenciam.

As crianças que testemunham violência marital estão sob risco maior de diversos problemas emocionais e de comportamento, inclusive ansiedades, depressão, baixo rendimento escolar, baixa auto-estima, desobediência e reclamações de saúde física (OMS, 2002). No estudo de Gomes et al (2002), sobre as explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura, é observada uma conseqüência mais grave. As crianças recebem os impactos de situações de desajustes familiares, perdendo seus vínculos afetivos e tornando-se adultos agressivos, potencializando cada vez mais situações agressivas. Nessa visão, ocorre um círculo vicioso onde os filhos aprendem o comportamento agressivo dos pais e poderão ser um futuro autor de maus-tratos.

Podemos entender melhor os efeitos da violência conjugal para os filhos com a seguinte fala da entrevistada Joana que mostra o quanto a violência está arraigada nos valores dessa família:

... aí ele fala: mas batendo a criança aprende porque se nós não bater, quando estiver grandão, vai dar na nossa cara... (Joana)

Para o parceiro de Joana, a violência se tornou uma tentativa de se proteger de futuras agressões por parte dos próprios filhos. Assim, as agressões físicas e psicológicas parecem se perpetuar como modelo de relacionamento familiar.

Ainda discutindo a questão das conseqüências da violência conjugal para os filhos, cabe ressaltar que no depoimento de Júlia ela menciona o fato de seu filho ter nascido prematuramente provavelmente, segundo ela, pelas agressões físicas e psicológicas que enfrentava. Uma outra entrevistada também relatou ter tido parto prematuro associando-o ao estresse que vivia.

... meu filho não estava preparado pra nascer ainda. Eu me senti um pouco mal porque eu queria que ele nascesse de nove meses, mas, Deus sabe o que faz... (Marta)

A integração de fatores que circundam as relações conjugais violentas contribui não só para a morbi-mortalidade da mãe, mas também do bebê.

Atualmente, estudos estão sendo feitos para avaliar a associação da violência durante a gravidez e partos prematuros. Apesar de recentes, principalmente no Brasil, as pesquisas apontam a violência contra mulheres durante a gestação como uma possível causa para a prematuridade e o baixo peso do recém-nascido. Uma revisão bibliográfica feita por Murphy et al (2003) no Canadá com estudos que investigavam a relação entre violência durante a gestação e o baixo peso ao nascimento dos bebês apontou para uma significativa associação entre esses dois fatores. Nesse estudo também são apontados os mecanismos diretos e indiretos que levam a prematuridade e o baixo peso do recém-nascido. Entre os mecanismos diretos encontram-se os traumas no abdômen que levam ao trabalho de parto prematuro, ruptura da placenta ou do útero. E os mecanismos indiretos são aqueles que falam que mulheres vítimas de violência são mais propensas a fumarem, fazerem uso de álcool e drogas ilícitas.

No estudo citado acima não foi abordada a questão do estresse emocional como um dos fatores de risco para a prematuridade, no entanto, no nosso

estudo, as duas entrevistadas que vivenciaram seus partos antes do tempo fazem alguma observação sobre seus estados emocionais na época, alegando a possibilidade disso ter interferido no desenvolvimento normal da gestação.

Após refletirmos sobre as experiências de violência vividas pelas entrevistadas durante a gravidez, é possível perceber que as consequências físicas e mentais, tanto para elas quanto para seus filhos, são preocupantes. É impossível se manter ilesa às diferentes formas de agressões sofridas ao longo, às vezes, de vários anos. E o resultado disso pode ser mulheres amedrontadas, inseguras, com baixa auto-estima e sem esperanças para recomeçar suas vidas de outra forma.

Capítulo 6

Resultados

CUIDAR E AMAMENTAR: ENTRE O IDEAL E O REAL

Neste capítulo, assim como no anterior, exploraremos alguns eixos temáticos que surgiram a partir da análise de histórias de vida de mulheres vítimas de violência conjugal sobre suas experiências de cuidar e amamentar seus bebês. Na primeira temática apresentaremos a experiência de cuidar e como as entrevistadas avaliaram esse período, assim como, os sentimentos e as dificuldades que surgiram. Complementando a análise das histórias de vida destas mulheres, trabalharemos as maneiras como elas representam e idealizam o bom cuidado de um bebê. Dessa forma, pudemos confrontar seus ideais acerca dos cuidados maternos e o que foi possível realizar dentro de suas situações concretas de vida.

Na segunda temática e fechando o capítulo, abordaremos a experiência de amamentação dessas mulheres sendo exposto também, seus sentimentos, suas dificuldades e reações do companheiro durante esse período. Da mesma forma que no capítulo anterior, em cada temática traremos histórias que servem como síntese das várias histórias ouvidas, valendo ainda como ponto de partida para o diálogo entre os demais relatos e a literatura.

1 – Experiência de cuidar:

História de Sílvia

Sílvia tem 30 anos, é casada, reside com seu companheiro há, pelo menos, 7 anos com o qual teve dois filhos. Seu filho mais novo no dia da entrevista estava com 11 meses. Ela é vendedora e tem o Ensino Médio completo.

Quando questionada sobre sua experiência de cuidar de seu bebê, respondeu que estava sendo boa. Essa resposta foi ouvida com surpresa,

uma vez que Silvia, já havia relatado anteriormente tentativas fracassadas de abortamento durante a gravidez. Porém, com um tom de conformidade complementou sua frase dizendo: “eu estou indo”.

Disse ter colocado recentemente o neném na creche em horário integral, pois precisava trabalhar, mas garantiu que cuida muito bem do mesmo, principalmente quando fica doente, pois deixa de trabalhar para levá-lo ao médico e acompanhá-lo até que fique curado.

Silvia repete várias vezes que a experiência de cuidar desse neném está sendo boa, mas em sua fala, ela faz muitas ressalvas que chamam atenção. Ela disse não ter tido resguardo, pois tinha que cuidar da casa, do filho mais velho e do bebê. Seu marido não gostava de ver a casa desarrumada e imputava-lhe todos os afazeres domésticos. Silvia não podia recorrer a ajuda de sua mãe e irmã, pois ele também não permitia. Além disso, nesse período também sofreu violência física e psicológica desse companheiro.

Silvia conta ter sofrido muita “pressão” por parte de seu marido, contudo tentava ficar tranqüila para “não passar nada” para seu neném. Procurava ficar calma e não deixava o neném presenciar gritos e agressões contra ela e o filho mais velho, mas nem sempre era possível.

Silvia termina seu relato lamentando não ter o apoio do marido nos cuidados com os filhos e de ter toda a responsabilidade dos mesmos em suas mãos. Por hora, ela não tem nenhum lugar para se abrigar juntamente com os filhos, por esse motivo, ainda não saiu de casa e se conforma em viver no “sufoco”. Está aguardando sua mãe mudar-se para uma casa maior, pois intenciona mudar para lá.

A experiência de Silvia com relação aos cuidados com seu bebê mostra sentimentos contraditórios. Ela começa dizendo que a experiência é positiva e termina se lamentando da situação vivida. Ela tem em sua história de gestação a rejeição desse filho e isso, poderia justificar suas queixas e dificuldades. No entanto, outras entrevistadas compartilharam com Silvia o sentimento de que a experiência de cuidar de seu bebê foi “boa” em meio à turbulência do casamento. Devemos reforçar que apesar dessas mulheres relatarem uma experiência “boa”, os sentimentos demonstrados com relação aos cuidados com o bebê foram bastante ambíguos. Pudemos perceber isso com o desenrolar das falas que explicitaram as dificuldades enfrentadas nesse período de suas vidas.

A experiência de cuidar de seu filho foi, segundo a grande maioria dos relatos, uma experiência alegre, para algumas uma novidade feliz.

Apesar de terem vivido momentos difíceis no período da gestação, parece que o filho, na concepção dessas mulheres, é alguém desconectado desse universo violento, capaz de proporcioná-las sentimentos diferentes dos quais viveram durante a gravidez. A entrevistada Sônia chegou a dizer que seu filho tinha um “espaço reservado”, como se fosse possível se desligar de uma realidade e se ligar em outra quando estava cuidando de seu neném. Outras entrevistadas também referiram terem vivido bons momentos:

...está sendo ótimo, está sendo uma experiência de vida boa. É minha primeira experiência como mãe e está sendo bom... (Marta)

...foi ótimo para mim(...)Eu me relacionava muito bem com o meu bebê e sempre cuidando direitinho. Qualquer coisinha que eu não soubesse, pedia informação. Hoje, ele é uma criança saudável... (Carla)

...aí passa por outra etapa da minha vida(...) Cuidava dela direitinho, era um presente... (Cristina)

O fato de a grande maioria das mulheres considerar a experiência de cuidar de seu filho boa, nos leva a pensar que a maternidade pode ser vista ou percebida por elas como algo destinado a mulher. Essa idéia reafirma conceitos antigos de que, por razões biológicas, sua vocação para a

maternidade seria uma característica inata além de representar um padrão de normalidade.

Sendo assim, a maternidade, horizonte ideal para a realização da mulher, supõe também uma vocação natural para os cuidados dos filhos e das tarefas domésticas (Albano e Montero, 1982).

...então eu acho que a mãe é responsável pelo seu filho e é obrigada a cuidar bem e dar amor enquanto eles são dependentes da gente porque ele é uma coisinha frágil, se eu não cuidar dele como é que ele vai viver, então, ele precisa de mim... (Flávia)

...eu não tenho coragem de deixar meu filho com ele(pai) porque eu sei que ele não vai cuidar direito assim como a gente(mãe) cuida... (Joana)

Mas o que chama atenção é o enorme silêncio na externalização de sentimentos que falem contra esse amor que toda mãe deve possuir integralmente. Sentimentos ambíguos com relação ao seu filho não podem coexistir.

...filho nunca é ruim, é sempre uma benção de Deus... (Marta)

Reafirmando toda a História do amor materno já apontado na obra de Badinter (1985) onde o filho, anteriormente ao século XVII, era considerado um “estorvo” e uma “desgraça”, tomando, depois, lugar de destaque dentro da família, essa fala acima, de Marta, nos mostra que além da realização plena enquanto mulher, ela ainda é presenteada com uma benção divina. Portanto, em hipótese nenhuma, um filho poderia ser um empecilho em sua vida.

Mesmo as mulheres que relataram suas tentativas de abortamento, como o foi o caso de Silvia (mulher de nossa história acima), descreveram suas experiências de cuidar como boa e até feliz. Quando lembravam do desejo de tirar o filho ainda nos primeiros meses de gravidez se sentiam aliviadas pelas investidas fracassadas.

Parece que nos tempos atuais existe uma grande culpa materna, em que as mulheres sofrem constante patrulhamento, velado ou explícito, e sua

conduta como mãe e a sensação de estar transgredindo o modelo de boa mãe deixam-na vulnerável e angustiada (Stasevskas, 1999).

Outro aspecto importante da experiência de cuidar trazido por Silvia em sua história, diz respeito à proteção de seu filho com relação às violências que ela sofria.

Silvia insistiu em dizer que tentava não deixar o clima de violência “passar para o bebê” e que precisava livrá-lo disso. Como vimos na análise da experiência de gestação (capítulo 5), essa tentativa pode ser em vão, uma vez que, os filhos direta ou indiretamente são atingidos pelos conflitos de seus pais. Mas, a maioria das mulheres entrevistadas ressaltou seus esforços em mantê-los afastados dessa realidade.

...eu falo o máximo de coisas boas pra ele pra não passar para o meu filho. Eu fiquei com medo do meu filho nascer com problema de sistema nervoso, então, eu evitei ao máximo ficar nervosa e levava tudo na brincadeira... (Marta)

...as vezes, eu falo: quero botar você de novo dentro da minha barriga! Para proteger, né! Porque dentro da barriga quem sofre sou só eu... (Cristina)

Tentar defender o filho dessa situação, considerada por elas difícil, é demonstrar ser uma boa mãe e, além disso, corajosa. Ao contrário, não livra-lo dos efeitos da violência significaria reconhecer-se como uma mãe não tão boa, o que a levaria a sentimentos de culpa em não estar cumprindo a função materna na totalidade. Também podemos pensar que a coragem surgida nessa situação significa uma busca de reafirmação e resgate de sua auto-estima, tão baixa em função das agressões sofridas.

Uma questão trazida por Silvia em sua história e que surgiu no conjunto de narrativas foi o fato da experiência ser altamente solitária, isto é, cuidar do filho tornou-se uma tarefa exclusivamente delas enquanto o companheiro, muitas vezes, se mostrou ausente física, financeira e afetivamente. Silvia também expõe a necessidade de cuidar da casa, do outro filho e ainda trabalhar para ajudar no orçamento doméstico, o que parece transformar suas tarefas de maternagem em árdua atividade. A exemplo de Silvia, a entrevistada

Joana fala de sua necessidade de trabalhar, apesar de ainda estar de resguardo, já que seu companheiro estava desempregado.

...quando eu ganhei o neném, eu voltei para casa, esperei só cinco dias e fui para rua para trabalhar de novo. Meu marido estava encostado. Quer dizer, para botar comida em casa, né, senão a gente ia passar necessidade....” (Joana)

...eu não tive apoio de espécie nenhuma. Aí dói né. Não era o que eu queria. Eu acho que ele devia pensar na criança, procurar me dar um pouco mais de apoio e de carinho... (Flávia)

Para Badinter (1985), essa atitude das mulheres em quererem compartilhar com os companheiros o amor pelos filhos e o sacrifício em si, não significa que elas desejem se afastar por completo dessas tarefas, mas apenas reforçar que os cuidados com os filhos não são inerentes ao sexo feminino.

Esperar do companheiro atenção e cuidados com o filho pode ser também uma tentativa de resgatar o sentimento de família.

Apesar dos diversos arranjos familiares serem permitidos e aceitos em nossa sociedade moderna, a busca de uma família constituída por pai, mãe e filho ainda é almejada por algumas mulheres, mesmo tendo vivido uma relação de conflitos, como falam as entrevistadas Carla e Sônia:

...eu queria está sempre conversando com ele e ele não queria sentar para conversar. Não dava atenção. Se hoje eu pudesse voltar pra ele, eu não sei...se ele pedisse para voltar, eu não sei o que ia dizer. Apesar de que eu ainda gosto dele, mas não sei se pelo meu filho eu voltava. Meu filho gosta muito dele. Eu imagino que um dia ele ainda queira voltar... (Carla)

...eu acho assim, dos meus dois filhos eu não tive problema porque eu estava casada direito, com meu marido (...). Minha família dizia que com esse não ia dar em nada, que ele só queria curtir, e

aborrecimento igual [ao que] eu tive nessa [gravidez], eu não quero ter mais... (Sônia)

Numa pesquisa qualitativa realizada sobre a visão de família entre adolescentes que sofreram violência intrafamiliar no Rio Grande do sul (De Antoni e Koller, 2000), foi observado que há um desejo de constituição de uma família diferente da experienciada. Isso pode favorecer a busca, no futuro, de relações familiares com maior reciprocidade, afetividade e estabilidade. Assim, estes adolescentes poderão efetuar uma mudança qualitativa em seus relacionamentos ao evitar a repetição dos comportamentos que levam à violência.

Voltando a questão das mudanças na concepção do papel da mãe como cuidadora de seus filhos, para a maioria das entrevistadas os cuidados com a prole ficaram mesmo sob suas responsabilidades até por que muitas, já separadas de seus companheiros, ainda não encontraram formas de reivindicar pensão alimentícia ou preferem a distância desse pai na tentativa de evitar outros conflitos.

...me afastei. Ele não me ajuda, não manda pensão e eu não quero nada dele. Eu sou muito orgulhosa, sabe. Ele não é uma pessoa digna de ser pai, nem de ser homem. Ele não tem o direito de ser pai se ele nunca deu uma pensão alimentícia, não quero... (Cristina)

...eu vim aqui (no SOS Mulher) para saber dos direitos que eu tenho, se algum dia eu resolver...Ele não cuida, não ajuda em nada, nada, nada. Mas cobra! Quer ver o garoto, quer o garoto bem. Já está três meses sem pagar pensão do garoto, entendeu, mas quer exigir, quer pegar o garoto, quer levar para sair. Eu não deixo e aí ele acaba me agredindo... (Carla)

Nos chama a atenção na fala de Carla que seu ex-companheiro não oferece a ela e a seu filho nenhum tipo de ajuda financeira mas exige de Carla que o filho esteja “bem alimentado”, “bem vestido”, “bem tratado”. Ela também procura não ceder as exigências do ex-companheiro em levar o filho para

passar e acaba sendo agredida em função disso. É possível perceber que mesmo separado e sem pagar pensão, ele ainda sente a ex-companheira como sua propriedade e usa o filho para agredi-la psicologicamente, chegando à violência física.

Trabalhar fora, cuidar da casa e educar os filhos sem o apoio do marido e ainda sofrendo violências por parte desse companheiro, se torna tarefa duríssima para essas mulheres e por esse motivo, outra questão surge em seus relatos com relação a essa experiência. Uma grande parte das entrevistadas revelou ter pouca paciência com o filho, se sentir nervosa e até desanimada com a tarefa de ser mãe, pois a consideraram difícil. Uma entrevistada trouxe a palavra “estressante” para qualificar seu sentimento em relação aos cuidados com o filho.

...essa violência toda me fez perder a paciência. Não tenho mais paciência com as minhas filhas. Minha paciência esgotou, acabou (...). As vezes, , bate o estresse, aí então, não tem nada que faça o nervosismo parar... (Cristina)

...eu não tenho paciência mas eu só brigo, grito. Eu não gosto de bater em criança. Então, eu fico nervosa e só grito... (Joana)

O fato de terem sofrido violência antes, durante e/ou depois da gestação traz para essas mulheres um esgotamento físico e emocional que acaba se refletindo nos cuidados com os filhos.

A entrevistada Júlia se sente desanimada com a tarefa de cuidar de si mesma, dos filhos e da casa pois não vê esperanças de mudar sua situação de vida.

...minha mãe fala para mim procurar um médico, uma psicóloga para me escutar mas nem isso eu consigo. Eu fico desanimada para cuidar da minha casa, dos meus filhos... (Júlia)

Infelizmente esse “desânimo” pode atingir pessoas do círculo próximo de relações como é o caso dos filhos e alguns estudos questionam as condições da mãe de criar e educar seus filhos de forma adequada. Tais repercussões são observadas nas crianças em função do conhecimento que se tem sobre as

estreitas relações entre o estado de saúde físico e mental materno, e o crescimento e desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida (Moraes, 2001).

Um estudo realizado em São Paulo por Carvalhaes e Benício (2002) sobre a capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil, evidenciou, entre outras coisas, que comprometimentos como a depressão e condições emocionais precárias, ainda que não incapacitantes para o cuidado infantil, poderiam elevar o risco de alguns desfechos negativos, dentre eles a desnutrição. Também surgiu a possibilidade, ainda que fraca, da alta paridade como fator de risco para a desnutrição, tendo a mãe que dividir sua atenção para um número grande de filhos além da distribuição da renda per capita ser maior.

Num outro estudo realizado na Nicarágua por Asling-Monemi et al (2003) com o objetivo de investigar o impacto da violência contra mulheres em relação aos riscos de mortalidade para sua prole antes dos 5 anos de idade, sugere uma associação entre violência física e sexual contra mães, ainda que antes ou durante a gravidez, e um risco aumentado para mortalidade de seus filhos antes dos 5 anos de vida. O tipo e a severidade da violência pareceram ser mais relevantes para o risco do que a frequência e, a violência pode ter impacto na saúde da criança através do estresse da mãe ou de seus cuidados mais do que os traumas físicos diretos.

Dessa forma podemos observar que apesar da experiência de cuidar de seu filho ter sido "boa", na maioria dos relatos, esta também foi uma experiência extremamente difícil devido às circunstâncias em que vivem.

Idealizações de um bom cuidado com o bebê:

As mulheres entrevistadas foram questionadas sobre o que era, na opinião delas, um bom cuidado de um bebê. Todas responderam que um bom cuidado com o bebê inclui dar carinho, atenção, amor, dedicação e acompanhar o desenvolvimento do filho. Sintetizando esse núcleo de sentido, podemos eleger o termo **dar carinho**.

...cuidar bem de um bebê é dar carinho, atenção, afeto, porque eu li, por exemplo, que se a criança tem diarreia, isso pode resolver com o

problema de um carinho, às vezes, é falta de carinho... (Cristina)

...é dar carinho, dar amor, isso é o mais importante. Às vezes, o melhor não é ter uma casa bonita, uma roupa bonita, mas é ter carinho, o amor para criança sentir... (Júlia)

...eu dou muita atenção para ele. Minha mãe diz que eu sozinha estou bem para cuidar dele, cuido muito melhor como se o pai estivesse comigo... (Carla)

Outro cuidado trazido nas falas das entrevistadas foi com relação a **alimentar bem**. Amamentar e alimentar bem seu filho foi uma idealização apontada por muitas mulheres. A boa alimentação também foi idealizada por elas quando questionadas sobre o que era uma boa gravidez. A questão parece persistir após o nascimento do neném. A entrevistada Flávia chegou a falar da importância da sua alimentação para a qualidade do leite materno.

...eu costumo comer coisas que não vai passar para o leite, que vai fazer mal para ele. Tudo que é bom para o leite, que sei que vai fazer o leite ficar saudável, eu me alimento, procuro passar coisas boas no leite... (Flávia)

Uma outra idealização de bom cuidado seria **cuidar da saúde**. Fornecer ao bebê medicamentos e a oportunidade de ir ao médico quando houvesse algum problema de saúde foi uma preocupação ouvida repetidas vezes, nas entrevistas. O cuidado com a saúde que essas mulheres não tiveram com elas mesmas e com o filho durante a gravidez, já que a maioria não fez pré-natal, curiosamente se mostrou um fator prioritário dentro de suas idealizações após o nascimento do bebê.

...ter o medicamento dele, na hora que ele precisar de um remédio ter o dinheiro para comprar... (Joana)

...é ter as coisas para dar, principalmente que neném precisa de medicamentos, as vezes, precisa de uma vitamina... (Sonia)

Por fim, foi trazida por algumas entrevistadas a questão da **higiene** do bebê como sendo importante nos cuidados de uma mãe. O banho, a troca de fraldas e ter roupas limpas e novas para o bebê foram idealizados como necessários para o conforto e bem-estar do filho, nem sempre possíveis de oferecer.

...a higiene dele, tem que ter uma atenção, não deixo ele chorar com fralda suja... (Flávia)

...ter um lugar certo para dar um banho no bebê, porque quando eu vou para rua trabalhar não tem um lugar certo para trocar a fralda, dar banho... (Joana)

Os conceitos que circulam nos discursos de alguns autores sobre cuidados maternos, dizem que em nossa sociedade esses cuidados constituem-se num conjunto de ações biopsicossocioambientais que permitem à criança desenvolver-se bem. Além de sentir-se rodeada de afeição, a criança precisa de um potencial de cuidados e providências a serem tomados: o sono tranquilo, a alimentação, a higiene e outros. Reconhecer e saber interpretar corretamente os sinais que o recém-nascido emite é imprescindível para a sua saúde e o seu bem-estar (Folle e Geib, 2004).

O conceito trazido acima parece se encaixar muito bem com as idealizações das entrevistadas mostrando que há um desejo de todas elas em serem mães cuidadosas e afetivas, no entanto, fica muito explícito o quanto isso é difícil em meio a tantas turbulências vividas. Apesar disso, muitas mulheres avaliaram seus cuidados como sendo adequados e se julgaram fazendo o melhor para os filhos.

2 – A experiência de amamentar:

História de Júlia

A história de Júlia já foi mencionada no capítulo 5 sobre as violências sofridas durante a gravidez. Aqui vamos nos deter as suas experiências vividas após o parto e mais especificamente ao seu período de amamentação.

O último filho de Júlia nasceu prematuro e necessitou de internação por um período aproximado de um mês. Júlia contou ter sido muito “difícil” cuidar desse bebê, pois estava passando por um momento “ruim” da sua vida. Sofria violência física e psicológica de seu companheiro e contou com a ajuda da mãe para cuidar do filho já que se “sentia desanimada” para essa tarefa.

Amamentou seu filho no período da internação e quando ele voltou para casa continuou oferecendo seu próprio leite. Júlia conta que ele era muito “calminho” e “quase não chorava”, o que a fez pensar que estava “tudo bem” e que ele estava se alimentando adequadamente. No entanto, o filho de Júlia precisou de nova internação, uma vez que, havia perdido muito peso nesse retorno para casa. No hospital foi orientada pela médica a não oferecer mais o seio, pois o leite havia “secado” e por esse motivo seu filho não ganhou peso como o esperado, e ela não havia percebido. Júlia contou ter chorado muito quando soube que não continuaria amamentando, pois apesar de tudo que vinha passando, essa era uma experiência boa e foram momentos de alegria em meio à vida dura que levava.

Júlia associou sua falta de leite às violências que vinha sofrendo dentro de casa, pois “vivia nervosa e com medo”.

No relato acima, foi possível perceber que, para Júlia, cuidar de seu bebê foi uma tarefa difícil, uma vez que, vivia em conflito com seu companheiro. Por esse motivo, talvez não tenha percebido que seu filho estava perdendo peso, algo que costuma ser facilmente reconhecido pelas mães.

Apesar disso, Júlia relatou ter vivido uma experiência de amamentação muito “feliz” e disse que amamentar o filho parecia quase que uma fuga dos problemas que passava em casa com seu companheiro.

Quando questionadas sobre suas experiências de amamentação, todas as entrevistadas compartilharam com Júlia a afirmação de que a experiência havia sido boa. No entanto, também pudemos observar que ao longo das falas muitas dificuldades surgiram, revelando que a amamentação foi uma experiência cercada de sentimentos contraditórios.

Algumas referiram terem se sentido felizes, alegres e uma delas considerou sua capacidade de amamentar um milagre, como o foi o caso de Sônia. Ela contou que seus filhos mais velhos não tiveram a oportunidade de serem amamentados, pois ela não “teve leite” e acreditava que com esse bebê aconteceria o mesmo já que sofreu vários tipos de violência durante a gravidez. Porém, aconteceu justamente o contrário, pois seu fluxo lácteo estava muito intenso, o que considerou um milagre. Vale mencionar que Sônia é uma mulher muito religiosa também.

...esse é até um milagre porque eu tenho muito leite. Dos outros dois filhos eu não tive, do meu filho, então, eu tive que dar aquela chuquinha...
(Sonia)

...foi uma experiência boa, boa porque eu passei por tudo isso e não deixei de amamentar...
(Helena)

...foi uma experiência muito boa que gosto até hoje. É uma sensação que eu não queria que acabasse nunca... (Cristina)

Em contrapartida, apesar de a experiência ter sido considerada boa, essas mesmas mulheres, com exceção das que tinham tido filho recentemente, revelaram ter amamentado por um período curto de tempo. As alegações para isso foram variadas e serão discutidas a seguir.

Algumas entrevistadas revelaram terem desmamado seus bebês precocemente devido à necessidade de trabalhar fora de casa como foi o caso de Silvia.

...eu coloquei ela na creche porque eu trabalho, entendeu. Por causa desse período da creche eu fui tirando, mas não tirei não, só dou de noite... (Silvia)

Outras mulheres falaram do receio em oferecer seu próprio leite ao bebê, uma vez que, estavam fazendo uso de medicamentos e achavam que substâncias contidas no remédio poderiam “passar para o leite”.

...eu não tive muito leite e agora menos ainda porque eu tive que tomar diurético por causa da pressão e o leite quase não tem agora. Eu amamentei até uns 3 meses... (Leila)

...eu amamentei só que pouco tempo. Amamentei por 4 meses. Por eu ter que ficar indo sempre ao hospital (problemas com os pontos da cesariana), isso foi prejudicando. Aí, ele foi mamando NAN, até que ele foi saindo do peito. Eu também tomei muito antibiótico e muita gente falava que não podia dar, às vezes, eu ficava com medo de fazer mal pra ele o antibiótico... (Carla)

Estudos atuais falam sobre o uso de medicamentos em puérperas que estão amamentando e as possíveis interferências na saúde do bebê como é o caso da pesquisa de Lamounier et al (2002). Os autores observaram uma utilização ampla de medicamentos prescritos às mães no período pós-parto imediato, nas quatro maternidades investigadas em Belo Horizonte. Embora indesejável, isso pareceu não influenciar negativamente a prática do aleitamento materno, visto que a maioria das drogas utilizadas são compatíveis com a amamentação. Portanto, se faz necessário que pacientes tenham acesso à informações médicas e que médicos demonstrem interesse em compatibilizar o aleitamento materno com a terapêutica da nutriz.

Algumas entrevistadas associaram o desmame precoce a violência que sofriam na época.

...eu tinha muito leite, mas tinha dias que eu sentia assim, que eu estava sem forças, é...teve dias que eu senti que meu leite queria secar, embora nunca secou mas o volume era menos, né. Tinha altos e baixos, tinha dias que estava com mais leite, outros menos leite, por conta dessa situação. Isso

tinha a ver com as brigas, a agressões verbais, entendeu... (Helena)

...eu não tinha muito leite porque eu vivia nervosa, vivia deprimida, então, eu não tinha muito leite e foi necessário colocar a mamadeira né... (Cristina)

...amamentei ele até uns 4 meses só. Eu tive que parar de dar de mamar a ele porque a gente brigava muito, ele me batia muito [...] Teve uma época que ele não queria mais pegar o peito, aí tive que botar o peito para secar... (Joana)

É interessante notarmos com as falas acima que, apesar do desejo de amamentar seus filhos, este não foi capaz de superar as dificuldades enfrentadas por essas mulheres em seu dia-a-dia, mas nos mostra que, o pouco tempo que amamentaram não significou para elas um fracasso, mas sim uma experiência boa enquanto durou.

Um estudo de Ramos e Almeida (Ramos et al, 2003)) realizado com 24 mulheres em Teresina, Piauí em 2003, que tinha como objetivo ampliar a compreensão acerca de como as mulheres que desmamaram seus filhos antes de 4 meses de vida percebem a amamentação, permitiu evidenciar um verdadeiro descompasso entre o discurso proferido na unidade de saúde, em favor da amamentação exclusiva até os 6 meses, e a vivência das mulheres com relação a este ato. Os resultados se traduziram na impossibilidade de cumprir tal orientação frente as suas condições concretas de vida. Em suas falas, mulheres do estudo denunciaram a falta de um suporte adequado no serviço de saúde capaz de responder a seus anseios e necessidades individuais, construídas a partir de referências que compõem as suas histórias de vida.

Um outro estudo qualitativo realizado pelos mesmos autores acima com o objetivo de estudar as alegações para o desmame entre 24 mulheres assistidas em uma maternidade portadora do título “Amigo da Criança”, revelou que a tomada de decisões que leva as mulheres ao desmame se dá de maneira complexa e carregada de culpa.

Dentre os motivos alegados, figuraram leite *fraco* ou *pouco*, intercorrências de mama puerperal, falta de experiência, inadequação entre as suas necessidades e as do bebê, interferências externas, trabalho, ambigüidade entre o querer/poder amamentar e entre o fardo/desejo. Dessa forma, eles concluíram que a solidão/isolamento da mulher-mãe e a necessidade de obter apoio para a consecução dessa prática, não só por parte do serviço de saúde como também dos outros segmentos da sociedade, se fizeram presentes de forma uniforme nas entrevistas. Nesta perspectiva, é apontada a necessidade de reformulações do modelo assistencial ora vigente, no sentido de considerar a amamentação como um ato que precisa ser aprendido pela mulher e protegido pela sociedade (Ramos e Almeida, 2003).

Os estudos acima coincidem, em alguns pontos, com o presente trabalho e permitem algumas reflexões sobre o ideal de aleitamento materno e o que foi possível, para as entrevistadas, realizarem.

A prática do aleitamento materno é pregada em várias cartilhas, campanhas, cursos para profissionais de saúde etc. As orientações dadas se voltam para o manejo da lactação, as vantagens para o binômio mãe-bebê e o que a mãe deve ou não fazer para assegurar uma amamentação com sucesso.

Como exemplo desses discursos da Saúde, podemos citar um estudo da OMS/OPAS, realizado por Guigliani e Victoria (1997), onde é recomendado que as crianças sejam amamentadas exclusivamente¹² até os 6 meses de vida e até o segundo ano de vida com uma dieta complementar.

Todas as mulheres do nosso estudo que trabalham fora têm uma ocupação informal, isto é, não possuem carteira assinada e, portanto, não se beneficiam da lei que estabelece 120 dias de licença maternidade. Todas precisaram voltar ao trabalho alguns dias após o parto, uma vez que, também são provedoras de seus lares. Ficar em casa seria um “luxo” diante das necessidades em que a família se encontra e amamentar exclusivamente durante esse período se torna uma tarefa impossível de realizar.

Mesmo para as que não trabalhavam fora de casa, amamentar exclusivamente é uma recomendação difícil de seguir. Essas também

¹² Aleitamento materno exclusivo é quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitamina, minerais e/ou medicação (Giuliani e Victoria, 1997).

precisaram voltar aos estudos com a intenção de conseguir emprego futuramente.

...eu fui tendo pouco leite, pouco leite, aí eu fui fazer um curso, ela estava com poucos meses, aí eu peguei e tirei o peito dela... (Cristina)

Numa cartilha sobre aleitamento materno distribuída pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (2001), é recomendado que a mulher que está amamentando tenha reservas energéticas para a produção de leite. Portanto, sua alimentação deve ser variada a fim de assegurar quantidade de calorias adequadas, proteínas, sais minerais, água, carboidratos, etc.

De fato, as orientações quanto à alimentação balanceada para a nutriz é facilmente encontrada nas cartilhas e livros sobre o tema, porém, nossas entrevistadas revelaram se alimentar de forma precária devido aos problemas financeiros que passam. Muitas não contam com a ajuda do companheiro ou parentes, se valendo de cestas básicas oferecidas por vizinhos, amigos ou entidades religiosas.

...o meu dinheiro mal dá para pagar as contas. Às vezes, ele (um vizinho), se tiver que fazer uma compra, ele faz para mim. Às vezes, leva uma fruta, também é aquela coisinha boba... (Flávia)

Já num manual do Ministério da Saúde(1994) sobre como ajudar as mães a amamentar é enfatizado que uma das melhores pessoas para auxiliar a nutriz é seu marido. Ele pode incentivá-la e encorajá-la nessa tarefa, sendo seu apoio, indispensável para o sucesso no aleitamento.

Para discutirmos o parágrafo acima, vamos relembrar o caso de Júlia que foi descrito no início desse capítulo.

Júlia teve um bebê prematuro, amamentou durante o período de internação do mesmo, sofria muitas agressões em casa de seu marido. Quando finalmente trouxe seu bebê para casa, não se sentia capaz de cuidar do mesmo devido aos problemas que vinha passando, mas manteve a amamentação, porém sem saber que o leite que produzia não era suficiente para alimentar seu filho ainda com baixo peso. O bebê precisou de nova internação e no hospital foi orientada a não oferecer mais o seio, pois o leite havia “secado”. Júlia associou sua falta de leite às violências que vinha

sofrendo dentro de casa. Possivelmente, o medo, a angústia e o estresse que vinha sofrendo não permitiram que Júlia amamentasse tranquilamente e nem que percebesse a baixa produção de leite. Ao contrário do que se espera do companheiro como apoio e auxílio à mulher durante o período de amamentação, Júlia foi alvo de agressões e hostilidade.

Outras mulheres entrevistadas também associaram as dificuldades que tiveram em amamentar com a violência que sofriam de seus companheiros. Infelizmente, no Brasil não foi encontrado nenhum trabalho fazendo a correlação entre esses dois temas.

No entanto, foi possível encontrar um estudo canadense sobre violência e amamentação realizado pelo Programa de Suplemento Nutricional para Mulheres e Crianças. O estudo foi baseado nas hipóteses de que mulheres que sofrem violência doméstica são menos propensas a amamentarem do que mulheres não vítimas de violência. Foram entrevistadas 212 mulheres e nenhuma associação foi encontrada, no entanto, o estudo foi considerado importante por duas razões: 1) foi uma pesquisa inicial abordando os assuntos, violência e aleitamento materno; 2) as mulheres da amostra que revelaram sofrer violência em casa foram capazes de amamentar seus filhos na mesma proporção que as mulheres que não sofrem violência, o que sugere que as mulheres se preocupam com sua prole buscando superar suas dificuldades com a violência que sofrem (Bullock et al, 2001).

A pesquisa acima não é conclusiva e nem teve essa pretensão, uma vez que, estudos com esse tema também são incipientes no Canadá e mostra a importância de novas e maiores pesquisas nesse campo.

Já no nosso trabalho, a influência da violência perpetrada pelo companheiro no período de amamentação foi trazida pelas próprias entrevistadas como pudemos observar nas falas acima. Isso demonstra que a violência sofrida antes e durante o período do aleitamento pode interferir no desejo de amamentar e na disposição das mulheres em se dedicarem a essa tarefa, assim como, na própria produção do leite.

Os manuais de aleitamento materno são claros em dizerem que as nutrizes necessitam de apoio, principalmente do companheiro, durante esse período. Mas, mais uma vez, as recomendações não se adequam às mulheres dessa pesquisa, ficando elas sozinhas para desempenhar essa tarefa.

A entrevistada Helena nos contou que além de não receber apoio do marido no período da amamentação, ainda foi acusada de ser “preguiçosa”, pois preferia amamentar seu filho ao invés de fazer um “mingau”, já que julgava esse alimento com poderes mais nutritivos que o próprio leite materno.

...às vezes ele dizia: meu filho não toma um mingau porque você é preguiçosa... (Helena)

Essa fala nos faz pensar que muitas mulheres na situação de Helena podem abandonar a amamentação em função das pressões exercidas pelo companheiro em relação a melhor alimentação para o filho.

Chegando ao final desse capítulo, pudemos perceber que as mulheres estudadas se mostraram muito abaladas emocionalmente durante o período de aleitamento e que seus sentimentos em relação a essa experiência foram bastante contraditórios. Não à toa, o tempo de amamentação foi curto para essas mulheres apesar de afirmarem insistentemente o desejo de amamentar. Isso parece livrá-las da culpa de não conseguirem cumprir todas as recomendações fornecidas em campanhas de saúde.

Capítulo 7

Resultados

“RUIM COM ELE, PIOR SEM ELE”: A LACUNA EXISTENTE NAS REDES DE APOIO AO ATENDIMENTO DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA.

Neste capítulo será abordada a questão referente ao suporte social oferecido às mulheres vítimas de violência conjugal, tanto no que diz respeito ao serviço de saúde quanto à rede familiar e a sociedade de modo geral. As entrevistadas foram questionadas se haviam recebido ou pedido auxílio com relação às violências sofridas durante a gestação e após o nascimento do bebê.

O tema foi dividido em duas partes analisadas separadamente e serão apresentadas duas histórias que ilustram como esse suporte se deu e a reflexão que se pôde fazer a partir desses relatos e dos outros.

1 - Os serviços de saúde frente à violência contra mulheres:

História de Leila

Leila tem 29 anos, é casada, iniciou um curso superior em enfermagem mas não chegou a concluí-lo. Atualmente trabalha como auxiliar de enfermagem. Teve duas filhas gêmeas que no momento da entrevista tinham quatro meses. Está separada do marido e vive na casa dos pais.

Contou que sofreu violência física durante a gravidez e por esse motivo desenvolveu pressão alta que tratava com medicamentos. Ia às consultas de pré-natal e expôs os problemas que vinha passando com o marido e a violência que sofria, porém, não houve retorno da ginecologista com a qual se consultava. Relatou que chegou com marcas pelo corpo e

percebeu que a médica ficou surpresa com o que viu, mas não “esboçou nenhuma reação”, muito menos, a encaminhou para um serviço especializado.

Leila conversou com uma outra ginecologista que trabalhava com ela e contou o que aconteceu na consulta de pré-natal e questionou se essa médica investigava possíveis agressões em suas pacientes, ela respondeu que também não observava esse tipo situação.

Leila procurou o programa SOS Mulher após uma agressão física que sofreu, no entanto, como estava grávida, tinha dificuldade de freqüentar o grupo de apoio, mas ainda sente necessidade de voltar a freqüentá-lo, pois julga não ter superado os traumas psicológicos deixados pela relação violenta que teve, e considera o programa como o lugar ideal para entender melhor o que viveu já que conta com profissionais capacitadas para atender mulheres com história de violência.

A história de Leila dá visibilidade a uma situação enfrentada por muitas mulheres que sofrem violência e recorrem ao serviço de saúde. Leila não revelou espontaneamente a sua médica as agressões que sofria em casa, mas também não foi questionada sobre os hematomas que tinha no braço, bastante atípicos para uma mulher grávida. Essa experiência de Leila é observada em outros relatos e, em algumas entrevistas, pudemos perceber pouca confiança, por parte das mulheres, em exporem seus conflitos familiares para os profissionais de saúde.

...falei depois, bem depois do nascimento. Eu fiz pré-natal no Lincoln (posto de saúde) e lá eu procurei a assistente social, que ao longo das minhas consultas eu passava pela assistente social, então, ela foi vendo os hematomas, eu com o filho no colo, e ela via os hematomas, aí eu fui me

abrindo até chegar aqui (SOS Mulher). Mas foi depois da gravidez, já com o bebê no colo, no hospital que eu, né, fui tomando coragem pra falar. Foi como se eu estivesse me redescobrando... (Helena)

Sentimentos como o medo e a vergonha também surgiram em alguns relatos. As entrevistadas temiam que revelando as agressões sofridas, poderiam receber represália de seus companheiros, e não raro isso realmente acontece. Esses sentimentos também dificultam a identificação dos casos de violência contra mulheres nos serviços de saúde.

...eu fiz pré-natal mas eu temia muito falar com alguém. Teve uma vez que eu cheguei aqui com o braço todo cortado, foi o momento que eu tive e perdi, para falar. Outra vez eu cheguei com uma mordida de cachorro que ele me jogou pra cima do pastor alemão. Eu tinha muito medo dele. Até hoje eu tenho medo dele... (Cristina)

...eu não tinha coragem para falar. Eu não deixava ninguém ver. Uma vez, eu grávida, ele me deu um soco no braço, ficou tudo roxo, assim, mas eu tampava, não deixava ninguém ver. Algumas pessoas que viam, perguntavam o que era mas eu sempre fugia, né, dizia que tinha batido em algum lugar, que eu tinha me machucado, caído. Eu ficava com medo de falar e ele brigar comigo, falar que é mentira e as pessoas acreditar nele... (Carla)

Em diversas pesquisas com mulheres em situações de violência, é assinalado, entre outros motivos, que o medo e a vergonha são fatores que as inibem de falar sobre a violência. Porém, esses estudos explicam essa realidade pelo fato das mulheres viverem anos em situação de violência, afetando severamente sua auto-estima e sua confiança, diminuindo suas capacidades de reagir, de buscar emprego, de participar plenamente na sociedade; buscam menos apoio porque acham que não serão escutadas, nem acreditarão nas suas demandas; sentem que não têm opções e por último,

frente às poucas possibilidades, torna-se mais difícil qualquer iniciativa pessoal para enfrentar a violência. Assim, os aspectos - medo e vergonha - que significam a dificuldade em "romper o silêncio" das mulheres, devem ser lembrados como atitudes que constituem parte do problema e que é necessário oferecer alternativas que possam contribuir para diminuir o sofrimento de muitas mulheres que procuram os serviços de saúde (Angulo-Tuesta, 1997).

As mulheres continuam sendo a grande clientela dos serviços públicos das áreas sociais, o que reforça seu papel de "cuidadoras" que comparecem nos serviços em busca de ajuda para si, vinculada a função reprodutiva, para filhos e filhas, pais e mães. É possível que pelo crescimento da condenação da violência na sociedade e o estímulo a denúncia, passaram também a identificar nestes serviços espaços de ajuda para sair da situação de violência nas relações conjugais (Negrão, 2004)

A maioria das mulheres dessa pesquisa passou por algum serviço de saúde durante a gravidez ou após a mesma. No entanto, nem todas receberam orientações ou encaminhamentos adequados, evidenciando que ainda existe uma lacuna na formação desses profissionais, isto é, muitos serviços de saúde ainda não sabem o que fazer diante de uma queixa ou suspeita de agressões contra mulheres. Leila, por exemplo, muito surpresa com a (não) reação de sua ginecologista, questionou uma outra médica que trabalhava com ela sobre a investigação com relação a violência em suas pacientes. A mesma respondeu que também não observava com atenção esse tipo de problema.

Gomes (2003), num artigo de revisão bibliográfica com o objetivo de estabelecer um panorama geral sobre o estado da arte acerca da temática violência contra mulher no campo da saúde, revela pouca expressividade na atuação desses serviços. Sua análise mostrou que alguns autores registram o fato de o campo da saúde ou ainda não dá a devida atenção aos casos de mulheres em situação de violência ou, não aborda adequadamente tais casos. Na atenção às mulheres, nos serviços de saúde parece que ainda há uma "invisibilidade da violência" e certa "surdez" em atender aos apelos das mulheres que vivenciaram situações de violência.

Mantendo a idéia de que os serviços de saúde podem fazer parte da rede de apoio, podemos dizer que mulheres grávidas freqüentam muito mais esses serviços do que as não grávidas, sem contar que o pré-natal pode

estabelecer com as mulheres um vínculo que pode durar meses, se tornando um espaço oportuno para investigações sobre violência conjugal, proteção e prevenção. No entanto, parece que isso ainda ocorre com pouca frequência. Mulheres agredidas passam pelos pré-natais despercebidas, como foi o caso de Leila cuja história foi contada no início desse capítulo, ou quando as agressões são evidentes, não são questionadas a respeito ou recebem orientações pouco consistentes e profissionais, como foi o caso de Sônia e Patrícia abaixo.

...fiz pré-natal no posto, só que devido, com três meses eu comecei a sangrar, eu não acompanhei muito o pré-natal. Uma vez só eu falei, mas não foi com o doutor, foi com a enfermeira. Ela falou assim é... tipo assim um conselho: já que ele é desse jeito você procura se afastar ou dá um tempo, vê se ele realmente gosta de você ou se só quer você para...naquele ato, né, sexual, essas coisas. Eu falei: está bom... (Sônia)

...fiz pré-natal, mas nunca me perguntaram nada, então, eu também nunca falei nada. Não sentia necessidade de falar isso com ninguém... (Patrícia)

Ações da assistência pré-natal voltadas para a prevenção da violência sexual estudadas por Cavalcanti (2004) revelaram que embora não tenham sido observadas ações sistemáticas de prevenção da violência sexual no âmbito da assistência pré-natal em nenhuma das maternidades estudadas, identificou-se uma relativa incorporação do tema nos discursos de alguns profissionais. A autora diz também que:

...o potencial preventivo das ações realizadas no pré-natal pressupõe a concepção de intervenção profissional como prática educativa capaz de fornecer a autonomia feminina de modo a romper o ciclo de violência, o que implica em estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários, escuta diferenciada, qualidade técnica e condições de

trabalho favoráveis a uma atitude preventiva...
(p.142)

Nessa pesquisa, a grande maioria das entrevistadas foi captada no programa SOS Mulher, o que demonstra um diferencial para esse estudo, uma vez que, elas recorreram ao hospital para atendimento médico e revelaram serem vítimas de agressões de seus companheiros. Elas entraram pela emergência do hospital e foram direcionadas ao programa a fim de receberem os atendimentos necessários. No SOS Mulher, as mulheres foram atendidas por profissionais capacitados e especializados (médicos, enfermeiras, auxiliar de enfermagem, psicólogo, assistente social e advogado) e foram orientadas a freqüentarem o grupo de apoio que tem como objetivo fornecer suporte psicológico e social para que elas consigam desfazer o ciclo de violência formado.

...esse grupo aqui é minha luz. É como se eu estivesse na escuridão e de repente vem uma luz. Essa luz é esse grupo maravilhoso que eu freqüento. A gente pensa que sofre mais do que os outros mas o outro sofre mais do que a gente e eu sentia que o que eu passei com esse relacionamento, ninguém tinha passado, e tem bem pior do que eu. Mas eu encontrei a luz aqui... (Helena)

... a agressão que ele me fez que me fez vir até aqui, entendeu, porque desse jeito não podia ficar. Eu tinha que falar para alguém, conversar, explicar, entendeu. Assim, tive que falar para alguém, desabafar tudo, senão, eu não sei como eu ia ficar. Aí eu resolvi vim, querer saber o assunto, me informar... (Carla)

O resultado parece ser muito positivo, mas curiosamente apenas as duas mulheres acima reconheceram a ajuda que receberam no programa como um apoio de fato. O Programa SOS Mulher não se propõe a dar cestas básicas, dinheiro de passagem, medicamentos, entre outros, mas fornece amparo a saúde física e mental dessas mulheres. Diante disso, uma questão se coloca: para essas mulheres, apenas o apoio material é reconhecido como

um suporte social? Talvez, mulheres que sofrem violência conjugal não consigam perceber de imediato a importância de freqüentarem grupos de apoio (psicológico) pelo fato de existir uma urgência em quebrarem o ciclo da violência começando pela saída de casa e promovendo o sustento de si mesmas e dos filhos.

...eu cheguei a procurar uma assistente social para procurar um abrigo, até que eu fui até a moça do CEMASI¹³, ela olhou pra mim, olhou para o meu filho, aí falou que a gente não precisava, também viu que eu tinha 2º grau completo, lá ficam as pessoas carentes, você vai chegar lá de repente, as famílias que estão lá são outras famílias, vão te olhar com outros olhos, você pensa direitinho, vê se tem outro caminho, conversou comigo... (Silvia)

A fala de Silvia demonstra uma necessidade que tanto os serviços de saúde como outras entidades ainda não conseguem suprir. Silvia desejava sair de casa, ir para um abrigo, mesmo não sendo direcionado para mulheres vítimas de violência. A criação de abrigos protegidos para mulheres vítimas de violência, talvez, seja uma alternativa viável na tentativa de reverter sua situação.

Um exemplo da importância desse tipo de apoio é encontrado em Porto Alegre, na casa abrigo governamental denominada "Casa de Apoio Viva Maria". Foi realizado um estudo com o objetivo de captar dados a respeito das mulheres vitimizadas que são atendidas nesse abrigo. Analisaram-se informações referentes a 110 mulheres que estiveram albergadas na casa durante os últimos dois anos - janeiro de 1996 a junho de 1998. A pesquisa deixou claro a necessidade social das Casas Abrigo e o quanto as mulheres atendidas puderam manifestar seus sentimentos, percepções, vínculos e agradecimentos pois muitas conseguiram reconstruir suas vidas fora da casa abrigo (Meneghel et al, 2000).

O setor de saúde parece estar caminhando em direção a ações mais efetivas que visam o atendimento especializado às mulheres vítimas de

¹³ Centro de Municipal de Assistência Social Integrada.

violência. Hoje, podemos ver várias maternidades do Município do Rio de Janeiro realizando capacitações sobre o tema violência contra mulheres, porém, ainda há um longo caminho a ser percorrido, já que não basta apenas o primeiro atendimento, é preciso dar continuidade ao trabalho integrando outros serviços.

2 – A contribuição da rede de suporte primária:

História de Carla

Carla tem 21 anos, é solteira e estudou até o 2º ano do Ensino Médio. É solteira e atualmente vive separada do companheiro e pai de seu filho. No dia da entrevista seu filho tinha um ano e dez meses.

Carla não possui ocupação remunerada e vive com os pais que lhe ajudam na criação do filho.

Ela conta que quando estava grávida sofreu violência física e psicológica de seu companheiro, mas não tinha coragem para falar sobre sua situação doméstica com profissionais de saúde e nem com os familiares. Diz ter escondido os hematomas e sempre que questionavam sobre seus machucados “inventava uma desculpa”. Diz nunca contar o que realmente acontecia, pois tinha medo que seu companheiro lhe agredisse mais ou desmentisse sua versão da história.

Depois que seu filho nasceu, as agressões continuaram e ela recorreu ao Programa SOS Mulher na intenção de buscar apoio psicológico e orientações sobre seus direitos caso viesse a se separar do companheiro.

Após sua passagem pelo programa, decidiu contar aos pais os conflitos conjugais que vivia e eles prontamente a acolheram em casa junto com seu filho. Sua mãe ajuda a cuidar do neto e recentemente ele foi matriculado numa creche para que Carla possa arrumar um emprego. Ela

diz que a mãe não pode “dar tudo para ela e seu filho”, contudo sua acolhida foi importante para que Carla pudesse tentar recomeçar sua vida.

Carla revelou que ainda sofre violência por parte de seu ex-companheiro quando este vai visitar o filho. Diz já ter sido atropelada por ele e agredida com o filho no colo. Não recebe nenhuma ajuda financeira de seu ex-companheiro, no entanto, é muito cobrada pelo mesmo com relação ao bem-estar do filho.

Carla foi acolhida por seus pais quando decidiu dar um “basta” na sua vida conjugal violenta. Resistiu em revelar a sua mãe a situação que vivia em casa com o parceiro. Felizmente, pôde contar com o amparo de seus familiares mais próximos para sair de casa levando o filho.

As redes de relações ou rede primária podem ser formadas por parentes, amigos, vizinhos, grupos de trabalho. Essas redes primárias têm importante papel na prevenção e na denúncia de situações de violência contra mulheres, além de propiciar o necessário apoio emocional, material e social para o rompimento do ciclo da violência. Quanto mais isoladas essas mulheres ficam, mais vulneráveis estarão e maiores dificuldades terão para acabar com a violência que sofrem. Por esse motivo, fortalecer os vínculos das redes primárias deve se constituir em objetivo para os projetos e programas que visam o enfrentamento da problemática (Carreira e Pandjarian, 2003).

Ao longo das entrevistas, percebemos que a rede de suporte familiar, principalmente a mãe foi o maior recurso utilizado quando essas mulheres decidem sair de casa. As mães recebem de volta suas filhas e seus netos na intenção de protegê-los. E na maioria das vezes, proporcionam, com todas as dificuldades, um acolhimento físico, afetivo e financeiro.

... contei só com minha mãe mesmo. Eu falei que não queria mais ficar com ele, aí minha mãe foi e conversou com os pais dele pra ele me deixar em paz... (Patrícia)

...minha mãe disse para ele que ia tirar do dinheiro dela para comprar as coisas para o bebê. Aí

comprou. Aí ele falou que não era para ela se meter mas se não fosse minha mãe, eu estava morta. Minha mãe que me ajudou, que me pôs dentro da casa dela, que me aturou o resto da gravidez... (Marta)

No grupo de mulheres entrevistadas, também tivemos as que não receberam ajuda da família, uma vez que, os parentes tinham medo da reação do parceiro, e preferiam se afastar já que recebiam ameaças ou já tinham sido vítimas desse homem violento.

...uma das vezes que fui para lá (na casa da mãe), ele foi e me bateu, bateu nos meus irmãos, meus irmãos ficaram tudo marcado por causa dele, minha irmã também tem marca na perna de corte que ele deu nela quando ela tentou me defender. Todo mundo tem medo dele... (Cristina)

...aí um tempo eu morei com ela (mãe), aí ele ficava ameaçando, dizia que ia matar minha mãe, que ia matar eu, que ia pegar os filhos dele. Aí minha mãe deu um tempo, até se afastou de mim com medo dele, que minha família, a maioria tem medo dele... (Joana)

As dificuldades concretas enfrentadas pelas mulheres ao buscarem ajuda para romperem a relação de violência são percebidas nas relações de consangüinidade tornando, para elas, extremamente difícil conseguir algum tipo de ajuda na própria família (Morgado, 2005), seja porque os familiares não possuem recursos para sustentar a filha e os netos, seja por medo da reação do agressor.

Embora a violência conjugal ocorra preferencialmente no espaço privado da residência, extrapola, com freqüência, esses limites. Quando a mulher rompe a relação, ela atinge, em cheio, o orgulho do homem que tenta reafirmar seu poder buscando outras formas de agredi-la (Saffioti e Almeida, 1995), como é o caso, aqui, das agressões infligidas contra as pessoas que as acolhem.

Apenas uma entrevistada não recebeu nenhum apoio da família e se mostrou muito magoada com os parentes e humilhada com a necessidade de ter que recorrer a vizinhos e conhecidos.

...minha família nem apoio moral me deram, muito menos financeiro... (Flávia)

Como visto, a família, mais especificamente a mãe, que em nossa sociedade ainda é considerada a grande proteção à prole, exerce papel muito importante nessa rede de apoio, pois sem elas, boa parte das entrevistadas ficaria sem abrigo e sem chances de recomeçar a vida com os filhos. Mas as famílias que recebem suas filhas de volta também se mostram frágeis e necessitam de suporte e orientação, do contrário, também ficam sujeitas a violência desse homem e acabam preferindo não se envolver no caso.

As entidades religiosas também parecem ocupar um lugar de proteção e apoio, substituindo a família e parentes, porém sem condições de abrigá-las em caso de emergência.

Algumas entrevistadas buscaram o auxílio dessas entidades religiosas, na intenção de fornecer-lhes cesta básica, medicamentos, roupas para o neném ou apenas conforto espiritual.

...eu converso muito com o pessoal da igreja, com o pastor e a esposa dele. Eles sempre me apoiaram. Falaram que se realmente eu não quisesse nada com o pai do neném que era pra eu cortar todos os vínculos. Aí, foi o que eu fiz... (Sônia)

...eu estou me apegando muito a Deus porque o ódio é muito grande dentro de mim. Então, eu vou para igreja e lá eu esqueço meus problemas... (Júlia)

... eu ia na igreja, eles me davam cesta básica toda semana porque eu contava meus problemas assim, falava que eu passava muitas dificuldades, que eu brigava muito com meu esposo, que eu queria ir para igreja para ver se eu melhorava meu quadro de vida. Aí, eles passaram a me ajudar assim... (Joana)

Para a OMS (2002) é crucial que se expandam as fontes informais de apoio através de redes de vizinhança e redes de amigos, de grupos religiosos e outros grupos comunitários. A maneira como esses grupos informais e essas pessoas responderão determinará se uma vítima de violência conjugal entrará em ação ou em isolamento.

A decisão de sair de casa levando os filhos e surpreendendo o companheiro, acostumado com a submissão de sua mulher, não é uma decisão fácil e parece depender, justamente, da rede social que se forma em torno dessas mulheres. Segundo o guia de defesa, orientação e apoio do CEPIA (2004), no Estado do Rio de Janeiro existem apenas dois abrigos temporários para mulheres vítimas de violência doméstica e seu filhos, um no município de Volta Redonda e outro no Município do Rio de Janeiro. Como já comentado, o abrigo pode ser uma solução viável para essas mulheres que não podem recorrer a outros meios para sair de casa.

A questão financeira é, juntamente com outras questões, um impeditivo para a saída dessas mulheres de seus lares. Sabemos o quanto a presença do homem enquanto co-provedor das necessidades da família é importante quando se trata de mulheres pertencentes às camadas sociais mais desfavorecidas. E ainda que a relação conjugal seja insatisfatória, o rompimento é dificilmente visto como uma alternativa possível, uma vez que está em jogo sua própria subsistência e a de seus filhos (Albano et al, 1982).

... por mim, se eu tivesse um lugar pra ir, eu ia hoje. Só que eu tenho que esperar porque eu tenho dois filhos e também Deus está colocando tudo no seu lugar certo... (Silvia)

Na pesquisa realizada por Meneghel et al (2000) sobre a Casa de Apoio Viva Maria em Porto Alegre, constatou-se que quando saem da casa abrigo, muitas mulheres acomodam-se em residências provisórias cedidas por parentes ou amigos. Elas têm apresentado elevada mobilidade, mudando de domicílio com freqüência, tal como os grandes contingentes da população de baixa renda do país. Algumas, depois de abandonar a relação abusiva,

mudam-se para bairros mais pobres; outras voltam para a casa dos pais; há ainda as favelizadas e aquelas que perdem as casas para os ex-maridos.

E aqui podemos relembrar o título desse capítulo, uma expressão usada por uma das entrevistadas, que demonstra com muita clareza o quanto o suporte social é necessário e ao mesmo tempo precário para mulheres que possuem pouca ou nenhuma alternativa e acabam por qualificar sua vida com o companheiro violento melhor do que sem ele.

... eu já tive vontade de largar dele. Dava vontade de ir embora e não voltar mais tanto que eu já me separei dele cinco vezes já(..). Ele é pai dos meus filhos. Ruim com ele pior sem ele. Porque quando eu me separei dele, eu também penei muito na casa dos outros, fiquei na casa de um, na casa de outro. Ah, muito ruim assim... (Joana).

Estudos chamam a atenção para a dificuldade dessas mulheres em deixarem seus companheiros. Deixar um relacionamento abusivo é um processo que pode demorar muitos anos. A maioria das mulheres deixa e retorna várias vezes ao relacionamento antes de finalmente decidir dar um fim na relação.

Para Soares (1999), o modelo feminista oferece duas explicações básicas para o fato de mulheres vítimas de violência conjugal permanecerem com seus companheiros: a primeira é de ordem social e diz respeito aos comportamentos-padrão das vítimas e às atitudes e recursos da comunidade. A segunda se refere a uma patologia desenvolvida como reação a experiências traumáticas repetidas, trata-se da “Síndrome de Estresse Pós-Traumático”.

A “Síndrome do Estresse Pós-Traumático vem frequentemente acompanhada do que a própria autora chamou de “desesperança aprendida”, isto é, submetidas cronicamente ao abuso físico e psicológico, as mulheres perdem a capacidade plena de reagir e as esperanças de escapar das mãos do agressor.

O reconhecimento da existência desses processos e reações pode ajudar as pessoas a entenderem melhor e julgarem menos as mulheres que

voltam para seus companheiros violentos ou mesmo, conscientes de sua situação, permanecem com seus algozes.

A formação de uma rede social mais consistente e expressiva, que dê acolhimento, proteção e perspectivas de um futuro diferente para essas mulheres é, sem dúvida, um objetivo a ser alcançado pelas políticas sociais e de saúde e muito esperado pelas vítimas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo principal analisar os significados que mulheres vítimas de violência conjugal atribuem à experiência de gestação e amamentação. Apesar de ser um tema pouco explorado do ponto de vista qualitativo, foi possível através dos resultados traçar um panorama, mesmo que parcial, sobre os sentimentos, os desejos e as angústias que cercaram os períodos de gravidez e amamentação para esse grupo específico de mulheres.

Nossa pesquisa também trouxe para a discussão a questão das redes de apoio a mulheres vítimas de violência durante a gestação e após a mesma.

A gestação para a maioria das mulheres foi uma experiência difícil já que não encontraram em seus companheiros os cuidados que julgavam merecer naquele momento, alguns inclusive, negaram a paternidade e se distanciaram física, emocional e financeiramente de suas companheiras. Foram vítimas de vários tipos de agressões, deixando claro que as conseqüências físicas e psicológicas deixaram marcas.

Os reflexos da violência não atingem apenas as mulheres, mas seus filhos também. A maioria das entrevistadas comentou sua preocupação com os filhos que presenciam as agressões que ocorrem dentro de casa. A tentativa de protegê-los dessa situação parece ser em vão.

Chamou-nos atenção nos resultados, o fato de que a gravidez se mostrou um detonador para a violência ou aumento dela. A maioria das mulheres revelou que as agressões iniciaram ou se agravaram com a gravidez. Esses dados coincidem com outros estudos já realizados no Brasil e em outros países.

Se a gravidez exacerba o ímpeto violento do companheiro, por que esse grupo de mulheres possui gravidez de repetição? Nosso estudo revelou que nenhuma mulher planejou a gravidez, se conformando com o ocorrido e algumas, não desejaram ter o filho. Podemos pensar que mesmo vindo de classe social desfavorecida, baixo nível escolar e pouca inserção no mercado de trabalho, a gravidez pode trazer a elas uma experiência de empoderamento e tentativa de reconstrução da identidade feminina. A busca por uma

autonomia e superação podem estimular a tentativa de romper com a violência, no entanto, o que vimos foi um efeito contrário que acaba por agravar sua situação conjugal.

Isso mostra o quanto o tema violência conjugal contra mulheres é complexo e possui uma dinâmica que merece estudos mais aprofundados.

Nossas entrevistadas também revelaram que sentimentos como medo, tristeza, solidão e depressão, foram uma constante em suas vidas durante a gestação, impedindo-as, muitas vezes, de procurarem ajuda. Como é confirmado pela literatura, mulheres vítimas de seus companheiros possuem uma auto-estima baixa e tendem a se isolarem, se afastarem de amigos, parentes e vizinhos, o que dificulta a identificação desses casos e uma possível ajuda.

Cuidar e amamentar o filho, para essas mulheres, foi uma experiência considerada positiva apesar de terem demonstrado sentimentos contraditórios ao longo de suas falas. Apesar de não terem planejado o filho e possuírem uma vida conjugal conflituosa, todas alegaram terem tido uma experiência boa nos cuidados com o filho e também na amamentação. Vale relativizar esta satisfação dado que o papel de cuidadora responsável pela alimentação, saúde, higiene e educação dos filhos, assim como, sua competência para executar essas tarefas é socialmente construída e constantemente reafirmada como atribuições femininas. Hoje, parece que há uma impossibilidade cultural das mulheres em verbalizarem sentimentos em relação ao filho que não seja de amor, carinho e afeto. Uma relação entre mãe e filho cercada de sentimentos ambíguos vai contra o que se acredita, em nossa sociedade, ser o verdadeiro amor materno. Podemos inferir que amar o filho acima de tudo, acima das violências sofridas, e protegê-lo, significa ser uma boa mãe e, além disso, corajosa, o que também pode significar uma busca de reafirmação positiva de auto-estima, agregando-lhe valor social e psíquico.

A experiência de cuidar e amamentar seu filho, também foi para elas, uma experiência solitária, pois não puderam dividir com seus companheiros as tarefas domésticas e os cuidados com a criança. Muitas dessas mulheres continuaram sofrendo violência física e psicológica nesse período e revelaram, muitas vezes, desânimo no trato do filho, da casa e de si mesma. A palavra “estresse” foi muito usada por elas para sintetizar o que sentiam. Manifestaram

pouca paciência com o filho, que atribuíram ser em virtude das violências que sofriam.

O tempo de amamentação foi curto para a maioria das entrevistadas, em torno de quatro meses. A necessidade de trabalhar fora para contribuir com o sustento da família, a falta de informação e a própria experiência de violência foram algumas razões expostas para não prosseguirem com o aleitamento.

Parece que as inúmeras recomendações oficiais sobre o tema “aleitamento materno” não se enquadram na realidade difícil dessas mulheres que apesar de viverem aterrorizadas revelaram ter passado momentos felizes ao amamentarem, mas não o suficiente para levá-la adiante. Aqui, o real e o ideal de amamentação se confrontam. Quando falamos de ideal podemos trazer como referência aquele mostrado em campanhas, iniciativas do governo, manuais, etc. Também podemos nos referir as idealizações das mulheres em relação ao bom cuidado de um bebê, onde elas citam a “boa alimentação” como algo a ser alcançado, mas difícil de realizar.

É necessário incluir a discussão do tema violência conjugal contra mulheres nas políticas e programas de saúde ligados ao aleitamento materno, para que assim, possamos buscar um diálogo maior entre as realidades e subjetividades femininas.

Como visto nos resultados, as idealizações dessas mulheres com relação a uma boa gravidez e um bom cuidado com o bebê são básicas, o mínimo que se pode querer nesse período. Não alcançar esses ideais pode transformar essa experiência num grande sentimento de frustração e impotência, que se reflete na baixa auto-estima já existente. Por esse motivo e outros, o fortalecimento de redes de apoio se faz necessário.

Em nossa pesquisa percebemos que as redes de relações, majoritariamente a família, foram as mais eficientes no acolhimento às mulheres. A mãe figurou como personagem principal, desempenhando um papel importante na reestruturação da vida de suas filhas vitimadas pela violência. Também se percebeu que essa mãe (avó), muitas vezes, está desamparada e passa por situação financeira difícil, mas apesar disso, acaba sendo a responsável pelo sustento da filha e dos netos.

Para as mulheres que não puderam recorrer aos seus familiares ou amigos para saírem de casa, os abrigos especializados poderiam ser uma

alternativa emergencial bastante viável se existentes em maior número. No Rio de Janeiro apenas dois abrigos voltam seus trabalhos para mulheres vítimas de violência.

A igreja também surgiu como fonte de amparo material e espiritual. Algumas mulheres disseram ter recebido cestas básicas, roupas para o neném, remédios e dinheiro para se deslocarem até postos de saúde.

Já as redes de serviços, principalmente os de saúde, foram procurados para o pré-natal, porém, a maioria das mulheres, não relatou aos profissionais que as acompanhavam os problemas que passavam em casa ou não foram questionadas sobre violências sofridas. Como a grande maioria das entrevistadas foi captada no programa SOS Mulher, do Hospital Estadual Pedro II, em algum momento, antes, durante ou após a gestação, essas mulheres receberam atendimento e orientações especializadas, mostrando que esse tipo de serviço é um apoio importante.

Os serviços de saúde têm mostrado uma participação significativa na detecção e intervenção dos casos de mulheres vítimas de violência, sendo a emergência dos hospitais sua principal porta de entrada. Mas quando se trata de mulheres grávidas, devemos refletir sobre as atuações dentro dos programas de pré-natal. Em primeiro lugar, há uma necessidade de captar essas mulheres durante a gestação, dando-lhes a oportunidade de freqüentarem as consultas mensais de pré-natal. É preciso conscientizar, cada vez mais, as mulheres da importância e o seu direito de cuidarem de sua saúde durante esses nove meses.

E em segundo lugar, os profissionais envolvidos nesse tipo de trabalho devem estar sensíveis e capacitados para detectar e intervir de forma adequada quando uma paciente traz sua história de violência conjugal.

O pré-natal também pode desenvolver um trabalho essencial no que diz respeito à prevenção da violência. Na nossa pesquisa, as mulheres entrevistadas revelaram pouca paciência com o filho e desânimo para os cuidados maternos. O pré-natal seria um período importante para se trabalhar a quebra do ciclo da violência, no que concerne às agressões que ela sofre ou mesmo, e quiçá prevenindo que os filhos sofram maus-tratos.

Os serviços de saúde têm um longo caminho a percorrer já que, no momento, não suprem as necessidades requeridas nesse tipo de atendimento.

A escuta sem preconceito, orientações adequadas e redes de apoio cada vez mais interligadas podem ser uma alternativa capaz de minimizar os casos de violência contra mulheres que não são revelados espontaneamente. Há que se cumprir o princípio da integralidade necessário para o fortalecimento das redes sociais de serviços, para que as mulheres que “entrem nessa rede” não sejam perdidas pelos que prestam os primeiros atendimentos. Nessa rede devem estar incluídas, não só os serviços de saúde, mas também, os abrigos especializados, as DEAM, organizações não-governamentais e programas do governo que possibilitem a mulher alcançar autonomia e independência financeira, possibilitando a elas a oportunidade de trilharem o caminho em busca de seus direitos e cidadania.

Como qualquer pesquisa, esse estudo apresentou algumas limitações que devemos mencionar.

Das 11 entrevistadas, três estavam ainda no período puerperal, que corresponde aos primeiros 45 dias após o parto. A experiência recente do nascimento do filho e a situação vivida com o companheiro podem influenciar diferentemente seus relatos. Talvez, o nascimento do filho traga a elas algumas esperanças em reatar a relação com o parceiro e, portanto, é possível, que elas tenham deixado de relatar determinados episódios de violência.

Essa suposição com relação à pesquisa realizada no puerpério já foi apontada como uma limitação em estudos internacionais e um nacional. No entanto, não podemos deixar de acreditar que o puerpério tende a ser uma época oportuna para a investigação de violência conjugal, já que este pode ser o único contato dessa mulher com o serviço de saúde desde a gravidez.

Também devemos destacar como um fator limitante desse trabalho, a ausência de estudos nacionais sobre o tema violência contra mulheres e aleitamento materno, o que impossibilita maior confronto com a literatura. Até onde chega nossos conhecimentos, o presente estudo é o primeiro de âmbito nacional a unir os temas violência conjugal contra mulheres e amamentação. Acreditamos que os resultados possam contribuir para essa problemática, sensibilizando todos os profissionais que atuam no pré-natal, puerpério e no apoio à amamentação, transformando sua escuta e transmitindo confiança para que mulheres vitimizadas pelos seus parceiros revelem sua situação conjugal.

Acreditamos que o profissional de saúde que atua diretamente com gestantes e puérperas deva passar todas as informações necessárias sobre o manejo da lactação e suas vantagens para a mãe e o bebê. Mas esse profissional não pode ser apenas um transmissor de informação, tentando impor a essas mulheres regras e técnicas de como cuidar de seu filho. O profissional de saúde precisa tentar exercitar sua escuta e buscar entender que em cada mulher existe uma história de gestação e uma história de vida. Portanto, é preciso levar em consideração toda a subjetividade que envolve o ato de amamentar.

Para finalizar, algumas sugestões podem ser apontadas para o campo da saúde no que diz respeito ao atendimento de mulheres vítimas de violência conjugal a partir dos resultados dessa pesquisa:

- Há uma necessidade de se explorar o tema “violência conjugal contra mulheres” na formação de profissionais de saúde assim como capacitá-los para investigar e intervir, de forma ética, nesses casos;
- Expandir a discussão sobre o tema nos diferentes setores da saúde direcionados ao atendimento de mulheres: programa de pré-natal, puerpério, programas de amamentação, emergências, pediatria, clínica médica, entre outros;
- Realizar pesquisas de prevalência da violência contra mulheres para que se possa dimensionar melhor o problema por localidade;
- Reforçar o sistema de referência e contra-referência que permitirá o desenvolvimento de mecanismos de informação integrada entre os diferentes atendimentos.

Esperamos que os resultados desse estudo tenham trazido a tona as experiências sofridas de gestação e amamentação de um grupo de mulheres e, que essas informações obtidas possam contribuir para o aprofundamento dos conhecimentos já existentes na área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adeodato VG; Carvalho, RR; Siqueira, VR; Souza, FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Revista de Saúde Pública*, 2005; 39 (1).

Albano, C e Monteiro, P. Anatomia da violência. In: Luz, M (org). O lugar da mulher. Graal, 1982.

Almeida, JAG. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

Andrade, CRF. Fonoaudiologia em berçário normal e de risco. São Paulo: Lovise; 1996.

Angulo-Tuesta, AJ. Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997.

Asling-Monemi, K; Pena, R; Ellsberg, MC e Persson, LA. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicarágua. *Bulletin of the World Health Organization* 2003: 81(1).

Bacchus, L; Mezey,G & Bewley,S. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2004; 113:6-11.

Badinter, E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.

BEMFAM. Protocolo de assistência a saúde sexual e reprodutiva para mulheres em situação de violência de gênero. Rio de Janeiro, 2002.

Blakiston organizador. Dicionário Médico. São Paulo: Andrei; 1982.

Bolwby, J. Cuidados maternos e saúde mental. São Paulo: Martins Fontes; 1988.

Brazelton, TB; Cramer, BG. As primeiras relações. São Paulo: Martins Fontes; 1992.

Brasil. Como ajudar mães a amamentar. Brasília, Ministério da Saúde, 1994.

Brasil. Políticas públicas de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

Brasil/Organização Mundial da Saúde/UNICEF. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Genebra, 1989.

Bueno, F. Mini dicionário da língua portuguesa. São Paulo: FTD; 2000.

Burch, RL & Gordon, GGJr. Pregnancy as a stimulus for domestic violence. Journal of Family Violence, 2004; 19(4).

Bullock, LFC; Libbus, MK e Sable, MR. Battering and breastfeeding in a WIC population. Canadian Journal of Nursing Research 2001;32(4):43-56.

Cabral, MAA. Prevenção da violência conjugal contra a mulher. Ciência e Saúde Coletiva 1999;4: 183-91.

Cardoso, NMB. Mulheres em situação de violência conjugal: incidência, fatores associados e conseqüências da violência. Barbarói 1996;4/5:63-8.

Carreira, D e Pandjarian, V. Vem pra roda! Vem pra rede! Guia de apoio a construção de rede de serviços para o enfrentamento da violência contra mulheres. Rede Mulher de Educação (RME). São Paulo, 2003.

Carvalhaes, MABL e Benício, MHA. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. Rev. Saúde pública 2002: 6(2).

Cavalcanti, LF. Ações de assistência pré-natal voltadas para a prevenção da violência sexual: representações e práticas dos profissionais de saúde. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: IFF/FIOCRUZ, 2004.

CEPIA . Violência contra a mulher e cidadania: uma avaliação das políticas públicas. Rio de Janeiro: Cadernos CEPIA; 1994.

CEPIA. Violência contra a mulher: um guia de defesa, orientação e apoio. Rio de Janeiro, 2004.

Chizzotti, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez; 1991.

Dantas-Berger, SM e Giffin, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? Cadernos de Saúde Pública, 2005; 21(2).

De Antoni, C. e Koller, SH. A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. Estudos de Psicologia 2000; 5(2).

Deslandes, SF. Redes de proteção social e redes sociais: uma práxis integradora. In: Ministério da Saúde. Violência faz mal. Brasília, 2004.

Deslandes,S; Gomes, R & Silva, CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidas em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública 2000; 16:129-37.

Folle, E e Geib, LTC. Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. Rev. Latino-americana de Enfermagem 2002: 12(2).

Garcia-Moreno, C. Violência contra la Mujer.: gênero y equidad em la salud. Gênero, Equidad, Salud/OPAS 2002, 6(7).

Giffin,K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. Cadernos de Saúde Pública, 1994; 10 (1): 146-55.

Giugliani, ERJ e Victoria, CG. Normas alimentares pra crianças brasileiras menores de dois anos: embasamento científico. OPAS/OMS, 1997.

Goldenberg, P; Medrado, MA; Pasternostro, MAN. A violência contra a mulher: uma questão de saúde. In: Labra, ME. Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Rio de Janeiro. Vozes, 1989.

Gomes, R. A mulher em situação de violência sob a ótica da saúde. In; Minayo, MCS e Souza, ER. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

Gomes, R; Deslandes, SF; Veiga, MM; Bhering, C e Santos, JFC. Porque as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. Cad. Saúde Pública, 2002: 18(3).

Haguette, TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes; 1990.

Heise,LL; Raikes;A; Watts,CH&Zwi,AB. Violence against women: a neglected public health issue in less developed countries. Social Sciences and Medicine, 1994; 34(9):1165-79.

Herzlich, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. PHYSIS 1991; 1.

Jonhson, JK; Haider, F; Ellis, K.; Hay, DM. & Lindow, SW. The prevalence of domestic violence in pregnant women. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003; 110(3): 272-5.

Korin, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolesc. Latinoam.* 2001; 2(2).

Lamounier, JA; Cabral, CM; Oliveira, BC; Oliveira, AB; Oliveira Jr., AM e Silva, APA. O uso de medicamentos em puérpuras interfere nas recomendações quanto ao aleitamento materno? *J Pediatr* 2002; 78 (1): 57-61.

Leung, WC; Kung, F; Lam, J; Leung, TW & Ho, PC. Domestic violence and postnatal depression in a chinese community. *International journal of Gynecology and Obstetrics* 2002;79

Maldonato, MTP. *Psicologia da gravidez*. Rio de Janeiro: Vozes; 1985.

Meneses, TC; Amorim, MMR, Santos, LC & Faúndez, A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2003, 25:309-16.

Meneghel, MS; Camargo, M; Fasolo; LR; Mattiello, DA; Silva; RCR; Santos, TCB; et al. Mulheres cuidando de mulheres: um estudo sobre a Casa de Apoio Viva Maria, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2000, 16(3).

Minayo,MCS. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO;1992.

Minayo,MCS & Sanches,O. Quantitativo e qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública* 1993; 9:239-47.

Moraes, CL. Aspectos metodológicos relacionados a um estudo sobre a violência familiar durante a gestação como fator de propensão da

prematuridade do recém-nascido. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2001.

Moraes, CL & REICHENHEIM, ME. Domestic Violence during Pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2002;7.

Morgado, R. Mulheres em situação de violência doméstica: limites e possibilidades de enfrentamento. In: Gonçalves, HS e Brandão, EP. *Psicologia jurídica no Brasil*. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2005.

Murphy, CC; Schei, B; Myhr, TL; Du Mont, J. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 2001; 164(11):1567-72.

Nakano, MAS. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e ser “o corpo para si”. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19 suppl.2. p.355-63.

Negrão, T. Nós e rupturas da rede de apoio às mulheres. In: Strey, MN; Azambuja, MPR e Jaeger, FP. *Violência, gênero e políticas públicas. Coleção Gênero e Contemporaneidade (2) – EDIPUCRS, Porto Alegre, 2004.*

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 em Costa Rica. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2003;14:75-83.

OMS. Estudo Multipaíses da OMS sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica – Brasil. Suíça, 2002 (relatório de pesquisa).

Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre Violência e Saúde. Genebra, 2002.

Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde. Violência contra la mujer: um tema de salud prioritário. 1998.

www.who.entity/gender/violence/violencia_infopack1.pdf

Organização Pan-Americana de Saúde. Violência contra las Mujeres. Hojas Informativa, 2004.

<www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GV/VAW2003sp.pdf>

Organização Pan-Americana de Saúde. La violencia domestica durante el embarazo. Hoja Informativa, 2004.

<www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/VAWPregnancysp.pdf>

Orlandi, O. Teoria e prática do amor à criança: introdução à pediatria social no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar; 1985.

Pamplona, V. Aspectos psicológicos na amamentação. In: Carvalho, MR & Tamez; RN organizadores. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. , Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002.

Parker, B; McFarlane, J & Soeken, K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetrics and Gynecology* 1994; 84:323-28.

Petersen, R; Saltzman, LE; Goodwin, M & Spitz, A. Key scientific issue for research on violence occurring around the time of pregnancy. *CDC's Reproductive health Information Source*, 1997.

< http://www.cdc.gov/nccdphp/drh/wh_violenc.htm>

Ramos, CV; Almeida, JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria* 2003; 79(5):385-390.

Ramos, CV & Almeida, JAG. Aleitamento materno : como é vivenciado por mulheres assistidas em uma unidade básica de saúde de referência na atenção materno-infantil em Teresina, Piauí. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2003; 3:315-21.

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiês. São Paulo, 2001.

Rego, JD. Aleitamento materno: um guia para pais e familiares. Rio de Janeiro: Atheneu; 2002.

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 – Instituto de Medicina Social/UERJ. Rio de Janeiro, 2002.

Ruzany,MH; Taquette,SR; Oliveira,RG; Meireles,ZV; Ricardo,IB. A violência nas relações afetivas dificulta a prevenção de DST/AIDS? Jornal de Pediatria, 2003; 79(4).

Saffioti, HIB e Almeida, SS. Violência de gênero: poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter; 1995.

Saffioti, HIB. Violência de gênero no Brasil contemporâneo. In: Saffioti IB; Munoz-Vargas, M. Org. Mulher brasileira é assim. São Paulo: Rosa dos Tempos; 1995 p.151-85.

Schraiber, LB; d'Oliveira, AFPL; França-Junior, I & Pinho, A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária a saúde. Revista de Saúde Pública 2002; 36; 4.

Saffioti, HIB. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. São Paulo em Perspectiva, 1999; 13(4): 82-91.

Saraiva, ES. Paternidade e masculinidade: tradição, herança e reinvenção. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.

Sauders, EE. Screening for domestic violence during pregnancy. *Int J Trauma Nurs* 2000; 6: 44-7.

Schraiber, LB; d'Oliveira, AFPL; França-Junior, I e Pinho, AA. Violência contra mulheres: um estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2002; 36(4): 470-77.

Schraiber, LB & d'Oliveira, ALP. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 1999;5:11-26.

Secretaria Municipal de Saúde. *Aleitamento Materno*. Rio de Janeiro, 2001.

Silva, IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de saúde de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2003; 19(2):263-272.

Soares, BM. *Mulheres invisíveis: violência conjugal e novas políticas de segurança*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999.

Soibet, R. Mulheres pobres e violência no Brasil urbano. In: Del Priori, M. *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: UNESP ;1997. p.362-400.

Staveskas, KO. *Ser mãe: narrativas de hoje*. [Tese de Mestrado]. São Paulo: USP, 1999.

Taquette,SR; Ruzany,MH; Meireles,ZV; Ricardo,IB. Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS. *Caderno de Saúde Pública*, 2003; 9(5).

Tobar, F; Yalour, MR. *Como fazer teses em saúde pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Valla, VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad. Saúde Pública*, 1999: 15 (2).

Walker, L. The battered woman. Harper and Row, New York, 1979.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Experiência de Gestação e Amamentação sob a Ótica de Mulheres Vítimas de Violência Conjugal.

Instituição responsável pela pesquisa: Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ.

Endereço: Avenida Rui Barbosa, 716 – Flamengo – Rio de Janeiro/RJ

Tel: 2553-0052 Ramal:5126 (Comitê de Ética)

Pesquisador responsável: Márcia Aguiar Lourenço

Orientador: Profa. Dra. Suely Deslandes

A Senhora está sendo convidada a participar de uma pesquisa sobre a sua experiência de gestação e amamentação de seu último filho.

Essa pesquisa tem como objetivo conhecermos melhor como mulheres que sofreram violência conjugal passam pela experiência de engravidar e amamentar.

A pesquisa destina-se a minha dissertação do curso de mestrado, mas todas as informações que a Sra. der ficarão em sigilo, assim como, seu anonimato. Você também terá o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, mesmo depois de feita, desde que os resultados não tenham tornado-se públicos.

Serão feitas algumas perguntas e suas respostas serão gravadas em fita cassete. A Sra. poderá interromper a gravação quando quiser, assim como ouvi-la e mudar seu depoimento se achar que deve.

A pesquisa não oferece riscos a sua saúde física e, não estando a vontade emocionalmente para responder as perguntas, a entrevista pode ser interrompida.

Eu _____ abaixo assinado 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 pelo pesquisador.

(nome do entrevistado)

(assinatura do entrevistado)

(data)

(nome do pesquisador)

(assinatura do pesquisador)

(data)

ROTEIRO DA ENTREVISTA

DATA:

NOME:

CÓDIGO:

IDADE:

ESTADO CIVIL:

NÍVEL DE ESCOLARIDADE:

OCUPAÇÃO:

IDADE DO ÚLTIMO FILHO:

FONTE:

Concepções Maternas:

HISTÓRIA DE VIDA

1 – Como foi a sua gravidez? (Explorar: a relação com o companheiro nesta época)

2 - Como foi sua experiência de cuidar e amamentar esse bebê? (Explorar: como era a relação com o companheiro nesse período)

3 – Você recebeu ajuda de alguém durante sua gravidez? E na época da amamentação do seu bebê?

SEMI-ESTRUTURADA

1 – Em sua opinião o que seria uma boa gravidez?

2 – Em sua opinião o que seria um bom cuidado de um bebê?