



cadernos **IHU** idéias

**Prevalência de violência de gênero  
perpetrada por companheiro:  
Estudo em um serviço de atenção  
primária à saúde – Porto Alegre, RS**

José Fernando Dresch Kronbauer

**ano 2 - nº 29 - 2004 - 1679-0316**

 UNISINOS

INSTITUTO  
HUMANITAS  
UNISINOS



**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS**

*Reitor*

Aloysio Bohnen, SJ

*Vice-reitor*

Marcelo Fernandes de Aquino, SJ

**Instituto Humanitas Unisinos**

*Diretor*

Inácio Neutzling, SJ

*Gerente Administrativo*

Jacinto Schneider

**Cadernos IHU Idéias**

Ano 2 – Nº 29 – 2004

ISSN 1679-0316

*Editor*

Inácio Neutzling, SJ

*Conselho editorial*

Berenice Corsetti

Dárnis Corbellini

Fernando Jacques Althoff

Laurício Neumann

Rosa Maria Serra Bavaresco

Stela Nazareth Meneghel

Suzana Kilp

Vera Regina Schmitz

*Responsável técnica*

Rosa Maria Serra Bavaresco

*Editoração eletrônica*

Rafael Tarcísio Forneck

*Revisão – Língua Portuguesa*

Mardilê Friedrich Fabre

*Revisão digital*

Rejane Machado da Silva de Bastos

*Impressão*

Impressos Portão

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

*Instituto Humanitas Unisinos*

Av. Unisinos, 950, 93022-000 São Leopoldo RS Brasil

Tel.: 51.5908223 – Fax: 51.5908467

[www.ihu.unisinos.br](http://www.ihu.unisinos.br)

# PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO PERPETRADA POR COMPANHEIRO: ESTUDO EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – PORTO ALEGRE, RS

*José Fernando Dresch Kronbauer<sup>1</sup>*

## **Introdução**

A violência de gênero contra a mulher, entendida como um problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde, é o tema deste artigo.<sup>13</sup> Para abordar a violência contra a mulher, é necessário entender gênero como um elemento constitutivo das relações sociais, fundamentadas nas diferenças percebidas entre os sexos, e, principalmente, como um significado de relações de poder, com base na organização social da diferença sexual. Gênero pode ser considerado o conjunto de arranjos pelo qual uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana e no qual estas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas.<sup>18</sup>

Violência de gênero pode ser conceituada como qualquer ato que resulta ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade em público ou na vida privada, assim como castigos, maus-tratos, pornografia, agressão sexual e incesto<sup>4,8,12,14</sup>.

Neste estudo, partiu-se do conceito de violência de gênero perpetrado contra a mulher por parceiro íntimo e expresso por meio da violência física, psicológica e sexual, que resultaram, ou que pudessem ter resultado, em dano à vida e ou à integridade da mulher. A elevada magnitude da violência de gênero, nas diferentes sociedades – estudos apontam cifras entre 20 e 75%<sup>1,11,13,17</sup> –,

---

1 Professor na UNISINOS. Mestre em Saúde Coletiva pelo PPG de Ciências da Saúde/UNISINOS. Especialista em Administração e Planejamento Hospitalar, em Saúde Pública, pela Fundação Oswaldo Cruz, graduado em Comércio Exterior, pela UNISINOS. Fez aperfeiçoamento em Estrateg Sanit de Los Servicios de Salud Publica, pelo Instituto Superior de Ciências Medicas de La Habana, ISCM. Artigo baseado na dissertação de mestrado de José Fernando Kronbauer do PPG Ciências da Saúde – Mestrado em Saúde Coletiva/UNISINOS, 2004. Orientação: Stela Nazareth Meneghel.

justifica a realização de pesquisas, buscando dimensioná-la. No entanto, ainda não existem dados exatos sobre o problema. A utilização de diferentes definições do fenômeno nas estatísticas disponíveis, a diversidade das fontes de informação e a inexistência de inquéritos populacionais são alguns dos fatores que dificultam estimativas mais acuradas.

Investigações realizadas em serviços de saúde mostram prevalências anuais de violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, oscilando entre 4 a 23% e aumentando para valores de 33 a 39%, quando considerada a violência no período total de vida destas mulheres. Estes estudos constataram que as maiores prevalências acontecem entre as mulheres mais pobres, que as mulheres em situação de violência consultam os serviços três vezes mais do que as demais e que o número de consultas cresce proporcionalmente à gravidade das agressões.<sup>3</sup> Porém, tem sido observado que os profissionais de saúde não identificam as mulheres em situação de violência que acorrem aos serviços, mesmo quando as lesões apresentadas são quase que patognomônicas do evento. Considera-se que estes profissionais criam barreiras para atender as mulheres devido a fatores, como falta de tempo e de recursos, medo de ofender as mulheres, falta de treinamento, medo de abrir “a caixa de Pandora” e frustração ao perceber a não-resposta de muitas usuárias em relação aos conselhos recebidos.<sup>6</sup>

No Brasil, nos últimos 20 anos, devido à pressão do movimento de mulheres, o fenômeno violência de gênero foi visibilizado. Porém, como em outros países, esta visibilização ainda não acontece nos serviços de saúde. Além disso, muitas destas mulheres são apontadas como polissintomáticas, hipocondríacas, entre outras denominações pejorativas. Salienta-se a importância dos serviços básicos de saúde na detecção do problema, podendo reconhecer e acolher a mulher antes da ocorrência de seqüelas ou incidentes mais graves.<sup>17</sup>

Os objetivos desta pesquisa foram dimensionar e caracterizar o perfil da violência de gênero no município de Porto Alegre, com base em uma amostra de usuárias de um serviço básico de saúde, auxiliando a dar visibilidade à violência de gênero neste nível de atenção à saúde.<sup>9</sup>

### **Método**

Trata-se de um estudo transversal, estruturado com base em uma amostra de usuárias da Unidade Básica de Saúde VII – Campo da Tuca (UBS VII) pertencente ao Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM) da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES). A população adstrita a este serviço é de 7000 pessoas, e a amostra compreende todas as mulheres de 18 a 49 anos que utilizaram os serviços de saúde da UBS VII (a po-

pulação, nesta faixa etária, é de 1003 mulheres<sup>10</sup>) durante os meses de outubro e novembro de 2003. O tamanho da amostra foi calculado pelo programa *EpilInfo 6.04*, cujos parâmetros estatísticos foram: razão de risco de 2,0; nível de confiança de 95%; poder estatístico de 80%; e estimativa para a prevalência de violência em torno de 20%.<sup>11</sup> O tamanho da amostra foi definido em 207 mulheres, aumentando-se 15% para possíveis perdas, perfazendo um total de 238 mulheres. Os critérios de inclusão no estudo foram: ser mulher com idade entre 18 e 49 anos, ter companheiro (atual ou no passado) e ter feito uso dos serviços da UBS VII nos meses de outubro e novembro de 2003.

Utilizou-se o questionário padronizado e pré-codificado e o manual de instruções usado no estudo desenvolvido e, cortesmente, cedido pela equipe de pesquisa do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.<sup>17</sup> O instrumento, criado para ser empregado em serviços de saúde, foi traduzido, adaptado à cultura local, pré-testado e compreende 36 questões, divididas em quatro blocos de variáveis: demográficas, socioeconômicas, sexuais/reprodutivas e violências. Foi utilizada a classificação elaborada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para categorizar o estrato social das mulheres. Para o cálculo da renda média *per capita*, a referência foi o salário mínimo na época da entrevista, cujo valor era de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais). O instrumento utilizado para a detecção de Distúrbios Psiquiátricos Menores foi o SRQ-20 – *Self Report Questionnaire*, validado no Brasil, reconhecido e recomendado pela Organização Mundial da Saúde.<sup>17</sup> É considerado o diagnóstico de Distúrbios Psiquiátricos Menores para quem responder, no caso das mulheres, afirmativamente a sete ou mais perguntas do citado questionário.

As entrevistas foram realizadas por três bolsistas de Iniciação Científica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), que fizeram um curso de extensão com o objetivo de qualificação para a aplicação do instrumento, no qual foram enfatizados os aspectos ligados à importância da escuta não-julgadora, da não-intrusão e do acolhimento a estas mulheres. Também foram orientados para encaminhar as mulheres em situação de violência para atendimento específico na instituição.

O estudo-piloto foi efetuado em setembro de 2003, em outra unidade básica do CSEM, que não a escolhida. Foram entrevistadas 23 mulheres, representando aproximadamente 10% da amostra, e os dados coletados no estudo-piloto não fizeram parte da pesquisa.

A entrada dos dados foi realizada duplamente pelo Programa *Excel* com vistas a diminuir erros de consistência e de digitação, e a análise univariada e bivariada dos dados, pelo Programa *SPSS*. Algumas das variáveis foram dicotomizadas, e o teste estatístico utilizado foi o qui-quadrado.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS, que recomendou a elaboração de uma carta de esclarecimento a ser entregue às mulheres no momento da entrevista, informando-as de que participariam de forma absolutamente voluntária e anônima, visto que os resultados seriam trabalhados de forma grupal, não havendo possibilidade de identificação. Elas foram previamente informadas dos objetivos do estudo e de que poderiam interromper ou desistir da entrevista em qualquer momento. Foi garantida total privacidade para a aplicação do questionário (que aconteceu sem a presença de acompanhantes). As mulheres em situação de violência, cuja situação foi detectada durante a aplicação do questionário, foram encaminhadas para consulta específica no serviço, a cargo de profissional contatado para realizar este atendimento. Esta conduta alinha-se à postura ética que preconiza não se restringirem as investigações, principalmente as de cunho epidemiológico, a diagnosticar agravos sem responsabilizar-se por seu encaminhamento adequado.

### Resultados

Foram entrevistadas 251 mulheres, e houve duas recusas de participação na pesquisa. A média de idades das mulheres foi de 30 anos e a mediana, de 28, já a idade mais freqüente foi a de 18 anos. A maioria informou que sabia ler e escrever (94%) e 97% freqüentaram a escola. Quanto à cor, 51% da população amostrada era constituída por mulheres negras e 67% referiram a prática da religião católica; 61% eram porto-alegrenses; 55% moravam em quintal comum, favela ou em áreas invadidas. A maioria das mulheres (48%) pertencia à classe D, 35% à classe C e salienta-se o fato de que nenhuma mulher se enquadrava na classe A. Quanto à ocupação, 38% declararam ser donas de casa, 34%, empregadas domésticas ou em situação formal de trabalho contra 20% de desempregadas ou em situação informal de trabalho; 75% destas mulheres estavam na faixa de renda inferior a um salário mínimo, e as demais não ultrapassaram o teto de dois salários mínimos.

Em relação à vida conjugal, a maioria delas referiu companheiro do sexo masculino, havendo duas que relataram união homossexual. Em média, as mulheres viveram ou estavam vivendo há oito anos com o companheiro. A média de idade dos companheiros era de 34 anos, e 95% deles eram alfabetizados. Quanto ao trabalho, 16% dos homens estavam desempregados ou em situação informal de trabalho.

A situação reprodutiva das entrevistadas pode ser resumida com os seguintes dados: 37% referiram a primeira relação sexual com menos de 15 anos, e 86% das mulheres declararam ter engravidado pelo menos uma vez. A metade das mulheres

teve até dois filhos nascidos vivos e 14% nunca engravidaram; 28% informaram história de aborto e 16% tiveram filhos nascidos com baixo peso. Quanto a preservativo (camisinha) com a intenção de proteção contra doença sexualmente transmissível e AIDS, 77% das mulheres informaram que não o usam.

Obteve-se a prevalência de 41% de Distúrbios Psiquiátricos Menores e, em relação à questão específica contida no SRQ-20 sobre a ideação suicida, 14% responderam afirmativamente.

A violência na gravidez apareceu nas respostas de 17% das mulheres e 69% delas, mesmo em situação de violência, não reconheceram o agravo como tal.

Sobre o desfecho – a violência de gênero – foi observada uma prevalência de violência psicológica de 55% ( $IC_{95\%}=49;61$ ), ou seja, 139 mulheres relataram ter sofrido pelo menos um episódio de insulto, humilhação, intimidação ou ameaças por parte do companheiro; 38% de prevalência de violência física ( $IC_{95\%}=32;44$ ), em que 96 mulheres sofreram tapas, empurrões, socos, chutes, surras, estrangulamentos e uso de arma de fogo. Em relação à violência sexual, a prevalência encontrada foi de 9% ( $IC_{95\%}=5;11$ ), em que 22 mulheres foram forçadas a práticas sexuais humilhantes ou ainda estupros (Tabela 2).

Observou-se (Figura 1) que a maioria das mulheres sofre mais de um tipo de violência: mais da metade das 145 mulheres que referiram episódios de violências em suas vidas, relataram dois ou mais tipos de situações – 76 depoentes sofreram dois tipos de violência (52%) e 18 mulheres contaram ter sofrido os três tipos de violência (12%).

Realizou-se a análise bivariada de todas as variáveis demográficas pesquisadas em relação aos desfechos: violências física e psicológica (Tabela 2). As mulheres mais velhas referiram maiores prevalências de violência psicológica, mas não violência física. Encontrou-se 86% de violência psicológica e 64% de violência física entre as mulheres analfabetas. A escolaridade esteve associada a ambas as violências, as mulheres com menos anos de estudo apresentaram prevalências maiores.

A população atendida pelos serviços da UBS Campo da Tuca pertence, predominantemente, aos menores estratos de renda. As mulheres que moravam em condições de favela sofreram mais violência psicológica (61%) e física (48%) do que aquelas que moravam em situações regulares (48% e 26%, respectivamente). Quanto à classe social, os níveis de violências entre as mulheres que pertenciam às classes menos favorecidas (D e E) foram maiores do que entre as que pertenciam às classes mais favorecidas (B e C). Embora não havendo associação estatística entre renda e as violências, as mulheres com renda *per capita* inferior a um salário mínimo apresentaram maiores prevalências de violência de gênero.

As variáveis que compuseram o perfil do companheiro e estiveram significativamente associadas à violência psicológica e à física, foram: idade, anos de estudo e ocupação. Os homens mais velhos, com menos escolaridade, desocupados ou aposentados, foram os que perpetraram mais violências, segundo os depoimentos das mulheres. As demais variáveis demográficas desta pesquisa não estiveram associadas às violências e foram: cor, prática religiosa, naturalidade, migração e ocupação da mulher. Contudo, pôde-se observar que, em relação à etnia, as mulheres negras citaram maiores prevalências das violências psicológica (59%) e física (40%) do que as brancas (51% e 36%, respectivamente).

Foi investigado o conjunto de variáveis que dizem respeito à vida conjugal, sexual e reprodutiva das mulheres em relação às violências psicológica e física (Tabela 3). As características deste bloco relacionadas às violências foram: mulheres que possuíam mais de 10 anos de união narraram mais violências em relação àquelas com menos de 10 anos de vida conjugal; as que tiveram maior número de gestações e as com maior número de filhos vivos também apresentaram maior frequência dos dois tipos de violências, bem como as que mencionaram que seus parceiros se recusavam a usar preservativos com a intenção de prevenir doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, o que por si só já é uma forma de violência; mulheres com história de aborto relataram mais episódios de violência física, não havendo associação com a violência psicológica. As mulheres que iniciaram a vida sexual antes dos 15 anos, tiveram 46% de violência física contra 34% entre as que iniciaram mais tardiamente.

A prevalência dos Distúrbios Psiquiátricos Menores nas mulheres amostradas esteve estatisticamente associada às violências psicológica e física. As mulheres que apresentaram sete ou mais pontos, quando da aplicação do instrumento (68%) alegaram mais violência psicológica do que as que apresentaram seis ou menos pontos (38%); fato que também apareceu em relação à violência física. Sobre uma das questões deste questionário – a ideação suicida, as mulheres que citaram a “idéia de acabar com a vida”, apresentaram 86% de prevalência da violência psicológica e 71% de violência física.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, observou-se uma série de acontecimentos: em primeiro lugar, houve uma mobilização da equipe de saúde, questionando a necessidade de criar um centro de referência para o atendimento de violência de gênero. Em segundo, a associação de moradores da comunidade posicionou-se de modo favorável ao desenvolvimento da pesquisa. Salienta-se, ainda, o aumento de usuárias do serviço de saúde, declarando o desejo de fazer parte da pesquisa, ou seja, mostrando que as mulheres em situação de violência querem ser ouvidas.



## Discussão

Esta investigação contribuiu para mostrar a magnitude da violência de gênero na região estudada. Contudo, há limitações, tais como a amostra restrita a usuárias de um serviço de saúde, o corte transversal da pesquisa (que permite apontar apenas causalidade reversa) e os possíveis problemas na fidedignidade das informações, embora, em relação a este último aspecto, houve aumento na procura do serviço por mulheres que queriam participar da pesquisa.

Um dos achados importantes deste estudo foi a evidência de prevalências elevadas de violência contra a mulher entre as usuárias da Unidade Básica de Saúde do Campo da Tuca, da cidade de Porto Alegre, enfatizando-se que estas situações não eram conhecidas pelos profissionais de saúde que atendem a estas mulheres. Em um levantamento similar entre usuárias de serviços de atenção básica, realizado no município de São Paulo, Schraiber et al.<sup>17</sup> (2002) encontraram prevalências semelhantes às deste estudo. Além disso, observou-se a presença de violências múltiplas, fato relatado por autores em outros estudos, mostrando que a violência física de gênero, em muitas situações, se faz acompanhar pela coerção psicológica e abuso sexual.<sup>3</sup>

Outro fato que mereceu destaque foi a invisibilização dos eventos violentos pelas próprias mulheres, que naturalizam, banalizam e relativizam as violências que sofrem, e o que é pior, não as percebem como tal.

Pela amostra estudada, foi possível identificar o perfil das mulheres que sofrem violência de gênero e que pode ser caracterizado como mulheres com idades entre 20 e 30 anos, analfabetas, ou com poucos anos de escolaridade, faveladas, ou habitando áreas de invasão, e pertencentes às classes D e E.

Por outro lado, algumas variáveis da pesquisa, associadas aos desfechos estudados, podem ocasionar modificação de efeito, atuando de forma sinérgica; outras podem funcionar como fatores de confusão, como a idade da mulher e do companheiro em relação a tempo de vida conjugal, embora não tenha sido realizado controle de fatores de confusão.

Os primeiros estudos sobre violência contra a mulher mostravam que o evento acontecia em todas as classes sociais.<sup>2,9</sup> Porém, pesquisas mais recentes sinalizam outros rumos: Saffioti<sup>16</sup> (1999) referiu o “nó górdio” composto pelos sistemas de dominação/exploração constituídos por gênero, etnia e classe social, implicando às mulheres pobres e negras uma carga mais pesada e uma maior exposição às violências. Estudos recentes comprovaram que a pobreza familiar e o baixo nível de instrução masculino predizem o maltrato físico à mulher. Entre os fatores associados ao risco de violência contra as mulheres incluem-se

os baixos salários e pressões econômicas.<sup>13</sup> Além disso, pesquisas mostram que homens desempregados são mais violentos com as esposas e filhos.<sup>7</sup> Esta constatação – de que as violências são agudizadas nas mulheres das classes menos favorecidas – foi corroborada nesta pesquisa, em que vários sinais de vulnerabilidade social estiveram associados às maiores prevalências das violências psicológica e física.

No que diz respeito à conjugalidade e à vida reprodutiva, salientam-se, em primeiro lugar, as cifras elevadas de violência na gestação encontradas neste estudo – 17%, enquanto estimativas da violência contra a mulher durante a gravidez têm sido calculadas em torno de 10%.<sup>15</sup> Além disso, o estudo mostrou que mulheres em situação de violência possuíam mais anos de vida conjugal, tiveram maior número de filhos e também de abortos. É sabido também que a violência de gênero pode repercutir na saúde reprodutiva: o risco de aborto espontâneo é duas vezes maior e é quatro vezes maior o risco de nascer um bebê com baixo peso, filho de mulher agredida.<sup>9</sup> A prevalência de violência física foi maior em mulheres que mais precocemente tiveram a sua primeira relação sexual. Esta exposição também está relacionada a outros eventos, indicando a extrema vulnerabilidade deste segmento etário.<sup>1</sup>

A recusa do parceiro ao uso de preservativos com a finalidade de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis e AIDS esteve associada às duas formas de violências estudadas. Este fato mostra a dificuldade das mulheres em efetivar esta negociação, fato relacionado à baixa auto-estima e ao contexto machista das relações domésticas, por conseguinte, expondo-as a outros tipos de violências. Em pesquisa sobre a saúde da mulher em grupos de profissionais do sexo, constatou-se que as mulheres dizem não exigir o uso de preservativo, quando em relação com os namorados ou maridos.<sup>5</sup> Estudos sinalizam que “o poder masculino se manifesta pela falta de controle da mulher sobre quando, com quem e em que condições mantém relações sexuais, o que ilustra claramente a dificuldade ou a impossibilidade de negociar o uso da camisinha”.<sup>19</sup>

As mulheres, com maior propensão a apresentar Distúrbios Psiquiátricos Menores, relataram maiores cifras de violências tanto emocional, quanto física. Além disso, houve associação entre ideação suicida com episódios de violência psicológica e física. É oportuno frisar a fragilidade das mulheres violentadas. Elas podem sofrer efeitos permanentes em termos de auto-estima e auto-imagem, tornar-se menos seguras do seu valor e mais propensas à depressão. É sabido que a violência de gênero pode estar relacionada a suicídio, homicídio e mortalidade materna.<sup>9</sup> A aplicação do SRQ-20 na rotina dos serviços de saúde pode constituir um indicador sugestivo de que as usuárias este-

jam em situação de violência, sugerindo-se, portanto, o seu uso nos serviços de saúde.

Poucos estudos averiguaram a presença da violência de gênero entre usuárias de serviços de saúde. Em relação aos profissionais da saúde, salienta-se que é preciso promover a discussão deste tema sempre que houver oportunidade. A pesquisa serviu como dispositivo para fomentar uma discussão na Unidade de Saúde, motivando a equipe para o enfrentamento do problema. Além disso, esta pesquisa, certamente, foi ao encontro de uma necessidade local reprimida, fato inferido pelo interesse e procura das mulheres para responder ao inquérito.

Está bem estabelecido que as mulheres em situação de violência de gênero procuram mais os serviços de saúde e falam sobre as violências que sofrem, desde que se dê a elas condições de acolhimento e de escuta. Portanto, recomenda-se que os serviços de atenção primária em saúde, criem espaços para ouvir, entender e enfrentar a violência de gênero.

## Referências bibliográficas

BRASIL. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

CAMARGO M. *O Lugar da Mulher na Relação de Violência – O Mito da Passividade e a Sociedade*. Porto Alegre: Casa de Apoio Viva Maria/mimeo. 1998.

CAMPBELL JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359:1331-36, 2002.

DESLANDES, S.; GOMES R.; SILVA C.M.P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1):129-37, 2000.

FERRAZ, E. A. (coord.). *Profissionais do sexo – Análise da demanda por ações de prevenção de HIV/AIDS no sul do Brasil*. Rio de Janeiro: BENFAM, 2003.

GARCIA-MORENO, C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet*, 359:1509-14, 2002.

HARDY, E.; JIMENEZ, G. Elementos para la construcción de la masculinidad: sexualidad, paternidad, comportamiento y salud reproductiva. In: MINAYO, M. C. (org.). *Salud y Equidad – una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

HARTIGAN, P. La OPS enfoca el problema de la violencia contra la mujer. *Revista Panamericana de Salud* ; 2(4):290-94, 1997.

HEISE, L. Violência e Gênero: Uma Epidemia Global. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(supl. 1):135-46, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD*. Rio de Janeiro, 2002.

*Jornal da Redesaúde*. Protocolo: considerações para atendimento à mulher em situação de violência. (19):10-16, 1999.

MENEGHEL S; BARBIANI, R; STEFFEN, H; WUNDER, A. P.; ROSA, M. D.; ROTERMUND, J. et al. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*; 19 (4):109-18, 2003.

OMS. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Krug EG (editor) OMS: Washington, 2003.

PALTIEL, F. La salud mental de la mujer de las Americas. In: *Genero, mujer y salud en las Americas*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, 1993.

RASSMUNDEN, K. L.; KNUDSEN, H. J. Violence towards pregnant women. *Ugeskrift for Laeger* ; 158:2373-2376, 1996.

SAFFIOTI, H. *Gênero e Patriarcado*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; mimeo; 1999.

SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA-JUNIOR, I.; PINHO, A. A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública* ; 36 (4):470-77, 2002.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, 16(2):5-22, 1990.

VILELLA, W. Práticas de saúde, gênero e prevenção de HIV/AIDS. In: *II Seminário sobre Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS*, Rio de Janeiro, Brasil, 1997.

<p>O tema deste caderno foi apresentado no IHU Idéias, dia 02 de setembro de 2004.</p>
--

## As mulheres referiram mais de um tipo de violência em cada categoria.

**Tabela 1 - Violências segundo tipo, Campo da Tuca - RS, 2003.\***

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA			VIOLÊNCIA FÍSICA			VIOLÊNCIA SEXUAL		
	n	%		n	%		n	%
Insulto	124	49,3	Tapa	72	28,7	Sexo forçado	15	5,6
Humilhação	79	31,5	Empurrão	79	31,5	Sexo por medo	18	7,2
Intimidação	82	32,7	Chute/surra	35	13,9	Prática humilhante	3	1,2
Ameaças	61	24,3	Estrangulamento	13	5,2			
			Uso de arma	24	9,6			
			Soco	49	19,5			

**Tabela 2 - Variáveis demográficas do casal associadas às violências\*, Campo da Tuca, 2003.**

	PSICOLÓGICA		FÍSICA		TOTAL
	SIM %	NÃO %	SIM %	NÃO %	
			<b>p</b>		<b>p</b>
<b>Idade da mulher</b>			<b>0,004</b>		<b>ns</b>
< 30 anos	48	52	-	-	143
30 anos e +	66	34	-	-	108
<b>Idade do companheiro</b>			<b>0,001</b>		<b>0,008</b>
< 30 anos	44	56	30	70	115
30 anos e +	65	35	46	54	133
<b>Alfabetização da mulher</b>			<b>0,019</b>		<b>0,039</b>
Sim	54	46	37	63	237
Não	86	14	64	36	14
<b>Anos de estudo da mulher</b>			<b>0,012</b>		<b>0,023</b>
< 4 anos	61	39	43	57	175
4 anos e +	43	57	28	72	76
<b>Anos de estudo do companheiro</b>			<b>0,004</b>		<b>0,000</b>
< 4 anos de estudo	68	32	57	43	69
4 anos e +	48	52	28	72	162
<b>Anos de residência em PA</b>			<b>0,005</b>		<b>ns</b>
< 15	51	49	-	-	41
15 e +	64	36	-	-	56
<b>Tipo de moradia</b>			<b>0,04</b>		<b>0,000</b>
Não favelada	48	52	26	74	112
Favelada	61	39	48	52	139
<b>Classe social</b>			<b>0,006</b>		<b>0,000</b>
Classe B e C	49	51	31	69	95
Classe D e E	59	41	43	57	156
<b>Ocupação do companheiro</b>			<b>0,015</b>		<b>0,001</b>
Empregado	52	48	35	65	214
Desempregado e aposentado	74	26	63	37	35

Incluíram-se variáveis em que houve associação com, pelo menos, um dos desfechos.

Tabela 3 - Variáveis de vida conjugal, sexual e reprodutiva associadas às violências\*, Campo da Tuca, 2003

	PSICOLÓGICA			FÍSICA			TOTAL
	SIM	NÃO	p	SIM	NÃO	p	
<b>Anos de conjugalidade</b>			<b>0,006</b>			<b>0,005</b>	
< 10 anos	49	51		32	68		170
10 anos e +	68	32		51	49		81
<b>Idade da 1ª relação sexual</b>			ns			<b>0,05</b>	
< 15 anos	-	-		46	54		92
15 anos e +	-	-		34	66		158
<b>História de gravidez</b>			<b>0,001</b>			<b>0,004</b>	
Sim	60	40		42	58		215
Não	31	69		17	83		36
<b>Número de gestações</b>			<b>0,018</b>			<b>0,037</b>	
< 2 gestações	49	51		32	68		136
2 ou + gestações	63	37		45	55		115
<b>Nº de filhos nascidos vivos</b>			<b>0,028</b>			<b>0,019</b>	
< 2 filhos	50	50		36	64		163
2 ou + filhos	65	35		43	57		88
<b>História de aborto</b>			ns			<b>0,011</b>	
Sim	-	-		51	49		71
Não	-	-		33	67		180
<b>Recusa do parceiro ao uso do preservativo</b>			<b>0,011</b>			<b>0,001</b>	
Sim	70	30		58	42		57
Não	51	49		32	68		194

Incluíram-se variáveis em que houve associação com, pelo menos, um desfecho.

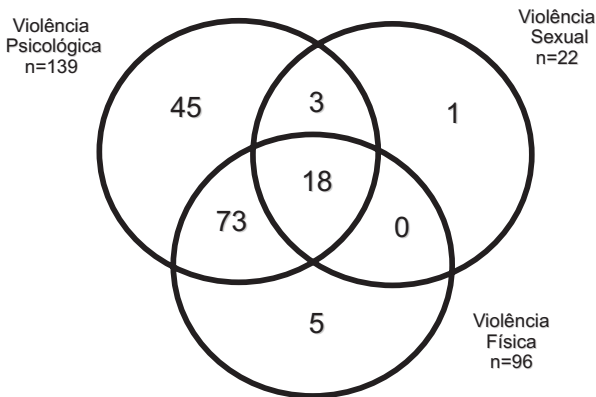


Figura 1 – Distribuição da violência de gênero, Campo da Tuca, 2003.

## DEBATE

**Pe. Roque** – Vou fazer uma pergunta que foi feita no Mestrado. Não foi minha, nem sei de quem foi, mas eu gostei da pergunta e da resposta que você deu, por isso vou fazê-la. Como é que você, como homem, enfrentou esse desafio de estudar a violência da mulher? Eu me lembro que você encarou esta pesquisa também como um desafio, porque, nas entrevistas, tinha que fazer perguntas muito íntimas.

**José Fernando Kronbauer** – Eu não identifiquei alguma dificuldade mais escrachada. Acho que, na verdade, até facilitou, porque, eu, inclusive, refiro na minha entrevista que está no **IHU On-line** que as mulheres preferem ginecologistas homens. Eu disse que não sou nada técnico, quando estou falando, porque a “coisa” da alma ou da pele fala mais alto... Mas, com certeza, não identifiquei absolutamente nenhuma dificuldade. Constrangimento, da minha parte, confesso que sim. Nas primeiras vezes, eu entrevistei parêntese com os outros três entrevistadores, mas como professor, como ator, a gente tenta disfarçar um pouquinho, e na terceira, na quarta, na quinta, já estava tranqüilo. Então, acho que, devido a, culturalmente, as mulheres abrirem as suas chagas desses fóruns mais facilmente para homens do que para mulheres, facilitou muito. Uma coisa eu acho curiosa, e isso já está começando a aparecer, é que, em todos os núcleos com os quais convivi, inclusive seminários de que participei, noto que a maioria é mulher. Isso ainda me incomoda, me sinto meio que um invasor, não é a “minha praia”, mas acho que é legal começar a aparecerem os homens para se apropriarem dessas artimanhas que a vida nos arma, para que peguemos junto com as mulheres em relação a este enfrentamento. Eu fiquei tranqüilo. Eu talvez disfarce a minha timidez, mas eu não tive problemas maiores. Não sei se eu respondi na linha, mas, enfim...

**Clarissa** – Eu queria saber mais sobre o que fazer com estas informações. Eu sou estagiária de Psicologia em Alvorada, e a gente vê esta questão da violência de gênero direto. É algo impressionante, as mulheres procurando terapia, e os homens não querendo terapia. E eles não procuram, e entra o alcoolismo no meio, e elas também não percebendo, anestesiadas, pensando que aquilo faz parte do cotidiano, do casamento, das relações... Então a gente tenta trabalhar a consciência, porque elas sofrem

com isso, sem dúvida. O meu trabalho de conclusão vai ser sobre isso. Acontecem situações, por exemplo, de as mulheres denunciarem estas violências, mas não serem escutadas na Delegacia da Mulher, elas cansam de contar estes fatos absurdos, por irem lá muitas vezes e depois tirarem a denúncia. Quem são estes profissionais que estão atendendo estas mulheres, além dos psi? Eu queria saber o que tu pensas. Que projetos existem como práticas, bom a gente tem estes dados, mas como é que a gente vai colocar isso na prática?

**José Fernando Kronbauer** – Tem várias coisas para serem respondidas. Heise já diz que a mulher, quando procura um serviço, seja a Delegacia de Mulheres, seja o Hospital Pronto Socorro, é revitimizada, ela foi vítima lá dentro de casa e quando procura um desses lugares, com o olho roxo, o braço quebrado, trauma pelo corpo inteiro, diz que caiu da escada, tropeçou, existe a não-identificação, a não-percepção, a não-sensibilidade (eu não gosto desta palavra, quatro aspas para ela), por parte dos profissionais de saúde, de segurança, da área jurídica. Eu acho que tem que se partir para a capacitação. Outra questão dentro desta eu meio que já respondi na minha fala: nós temos que conhecer o problema, temos que saber o tamanho dele, temos que saber o prejuízo e o impacto que ele causa. E as mulheres pensam que essa é a condição delas, porque as mães delas foram assim, as avós delas foram assim... Se as mulheres, conscientes de que esse não é um direito masculino e que essa não é uma condição feminina, pudessem enxergar melhor, inclusive, os serviços que elas buscam... Ter coragem para buscar estes serviços, sabendo que vão chegar em uma Delegacia e vão ter que ir para um DML da vida, vão ter que fazer um corpo delito, então é outra vitimização. E a terceira questão é que a sociedade precisa enxergar isso tal qual a gente está enxergando. Sobre a AIDS, o mais notório que a gente está fazendo neste processo de amadurecimento da sociedade mundial é conhecer o evento, saber como é que ele funciona, como é que ele acontece, como é que se administra, como é que se prevê, se planeja. E não tem como planejar, se a gente não conhece os dados, não conhece a base populacional, não conhece estudos anteriores. Para planejar a ação, como municipalizados, somos SUS, então cada município descobre a sua maneira de resolver, cria a sua maneira de enfrentar este problema, como enfrenta a esquizofrenia, a hepatite, a hipertensão, a diabete. Acho que é um pouco isso.

**Tatiana** – Eu fiquei só com uma dúvida, quando tu citaste algumas estatísticas de violência. São dados das denúncias que as mulheres fazem ou não?

**José Fernando Kronbauer** – São. Heise fez um compilado de vários estudos sobre a violência de gênero, são diversos tipos



de estudos realizados em diferentes sociedades mundiais, são dados reais. Este meu estudo é o segundo no Brasil, há um outro em São Paulo, que, inclusive, foi minha referência, subsidiou a ONU num levantamento mundial sobre este evento.

**Participante** – Este tipo de estudo que tu fizeste eu também achei superinteressante, porque não é só o que chega à Delegacia. A estatística de violência não é só aquela que a pessoa vai lá espontaneamente e denuncia. Há mulheres, como tu falaste, que nem percebem como violência.

**Participante** – Os tipos de violência foram explicados para elas?

**José Fernando Kronbauer** – No momento da entrevista, o último bloco era específico sobre o sofrimento do evento e se dizia que sealaria da violência propriamente dita e se especificavam os três blocos pelas três tipificações: a física, a psicológica e a sexual.

**Tânia (aluna Serviço Social)** – Chamaram-me a atenção os dados que tu trouxeste. E eu fiquei pensando: estas mulheres, além de procurarem o serviço, ou muitas não procuram, porque nem se reconhecem agredidas. Elas agredem quem? Ou elas não agredem ninguém? Ou isso acaba nas crianças? Isso fica nelas?

**José Fernando Kronbauer** – Não saberia responder. Não foi investigado isso. Mas dá para ter uma “palhinha” de como a coisa funciona. Pelas imagens, vocês viram a característica da região. A violência, eu concordo, talvez seja a coisa mais democrática que possa haver. Ela atinge da pobre à rica, da branca à preta, da baixa à alta, da gorda à magra, da loira à morena... A pesquisa agora apontou que as condições sócio, demo e de conjugalidade agudizam o quadro. Acho que é um pouco isso.

**Stela** – O Fernando já me identificou. Em primeiro lugar, Fernando, eu estou trazendo o abraço e as congratulações da coordenadora do nosso PPG, a Profa. Maria Teresa Olinto, pela apresentação. Vou fazer algumas considerações para o Fernando. Primeiro, o movimento feminista tem dito que a gente já se denunciou, já visibilizou o problema. Assim, no início deste estudo, eu tinha uma certa recalcitrância em abordar um tema que parecia óbvio: vamos decodificar algo que sabíamos ser importante. Na realidade, o Fernando apontou coisas muito interessantes, inéditas, coisas que nós não sabíamos, como, por exemplo, os dados estatísticos dizem que, em torno de 10% das mulheres sofrem violência na gestação, encontramos 17%; que o baixo peso em Porto Alegre e no Rio Grande do Sul é 8%, a pesquisa revelou-nos o dobro, 16%. Segundo, as feministas diziam, mas

já não se diz mais tanto, que a violência de gênero perpetrada pelo companheiro é democrática. Está se vendo que não é tanto assim, que, com as mulheres em situação de maior vulnerabilidade, a violência também é maior, como se agregassem, como se potencializassem, que existe como que uma sinergia do ponto de vista epidemiológico, aumentando a vulnerabilidade. Nós esperávamos algumas associações que não encontramos. Nem sempre encontramos o que esperamos, por isso estudamos. Por exemplo, imaginávamos que houvesse uma prevalência maior entre as mulheres de etnia negra e, embora houvesse uma prevalência realmente maior, não se manifestou estatisticamente. Eu não sei se entrei na questão que tu tinhas abordado, depois eu queria fazer uma pergunta. Não sei se eu já faço agora, Fernando, porque eu estou “furando” a fila.

**Stela** – O Fernando é uma pessoa muito empática, e nós nos conhecemos há 20 anos, no Serviço de Saúde, o que eu acho muito importante, primeiro, porque é homem, e homem trabalhando com este assunto, mostra que o assunto é digno de interesse: “até os homens estão se interessando por ele”. Segundo, tu mesmo apontaste o serviço de saúde: ele é moroso, ele é lento, ele empurra com a barriga, tem mil outras coisas para fazer... Quer dizer, isso não é um problema de saúde, tem um outro problema embutido aí: nós tratarmos um problema que é cultural, que é social, como se fosse uma patologia. Nós sabemos o que é trabalhar com vacina, então começamos a trabalhar com violência como se fosse vacina e aí vai ser pior “a emenda do que o soneto”, é um risco que nós não podemos correr. A pergunta é esta: De três meses para cá, depois que tu terminaste e defendeste a tua dissertação o que já conseguiste mexer? O que tu estás fazendo no serviço sobre o que denunciaste? A Secretaria Nacional está fazendo algo?

**José Fernando Kronbauer** – Eu estou compondo um grupo multidisciplinar com psicólogas, assistentes sociais... E eu acho que é isso que tem de bom. Eu me refiro a isso na entrevista. Eu componho um grupo multidisciplinar que está discutindo (eu não gosto do gerúndio). Estamos nesta fase em que se pensa, desenhando, criando artifícios técnicas, enfim ações propriamente ditas. Temos sete unidades básicas de saúde, no centro de saúde escola onde atuo como sanitarista e, destas sete, duas foram sorteadas e vamos realizar um projeto-piloto, com duas residentes de segundo ano (uma psicóloga e uma médica) e três residentes de terceiro ano. Eu estou feliz, porque conseguimos três bolsas do terceiro ano de residência, o que é muito complicado, e um médico de família e comunidade, além da psicóloga e da assistente social, que estão à frente deste projeto, também como residentes, e um grupo de profissionais do centro

– que sou eu, uma psicóloga, uma assistente social e uma nutricionista. As pessoas adeririam a este grupo de discussão, fomos chamados para começar a escrever e já estamos fazendo um roteiro e um protocolo também, e isso vai compor um estudo, um projeto da Secretaria Estadual da Saúde, que tem, no seu programa, a proposta de enfrentar a violência contra o idoso, a mulher e a criança. No que diz respeito à mulher, o Centro de Saúde Escola Murialdo está sendo a referência. Então, estamos começando pela dramatização de textos, estamos fazendo uma leitura dramática dos textos. Eu trouxe aqui dois livros, que eu sugiro para vocês (não tem como não sugerir livros). Estamos, assim, começando a nos familiarizar com o assunto. A minha referência está sendo debulhada pelo grupo como forma de conhecer os três pilares conceituais a que eu me referi: gênero, violência e violência de gênero propriamente dita. É muito complicado apontar estas coisas no serviço público e, no serviço privado, tem outras “repercussõezinhas”, como se mostramos é sinal que estamos trazendo à tona ou à luz algumas falhas, deficiências, incompetências... Enfim, não é fácil. Acho que é um caminho bastante difícil. Acho que tem uma pedra no caminho, e não é uma pedra, é uma pedreira inteira. Por enquanto, era isso, professora.

**Catchucia (aluna Serviço Social)** – Eu gostaria que tu comentasses um pouco mais as propostas de trabalho para a questão social, que tu apontaste com tamanha ênfase que nos sensibiliza e que o poder público não realiza.

**José Fernando Kronbauer** – Eu acho que, em parte, eu respondi quando da pergunta da Stela. A coisa mais objetiva, não quero ser reducionista de novo, mas a coisa mais prática que, talvez, pudéssemos fazer, é começar pela capacitação. Assim como nos capacitamos para a sala de vacina, deveríamos também nos capacitar para conhecer o evento. Talvez essa seja uma medida preliminar, certamente, ao enxergarmos o evento, conhecendo a sua etiologia, eu acho que passamos a vislumbrar alguma coisa, tanto as mulheres se empoderando a partir do momento que elas começam a perceber a sua condição, que não é só aquela que “apanhou na cara e nega”, quanto à condição masculina... a do “direito de agredir”.

**Participante** – Mas esta capacitação profissional dos vários tipos de profissionais, a interdisciplinaridade como tu comentaste, ela vai ser feita por quem? Empresas privadas, setor público?

**José Fernando Kronbauer** – É saúde coletiva. É do poder público, sim, como qualquer outro evento que diz respeito à coletividade; temos de investir seriamente na questão intersetorial, multidisciplinar... Não adianta, tem que ser todos. Não adianta capa-

citar somente os profissionais de saúde, mas também os da segurança, etc. Aí entram os profissionais das humanas, serviço social, psicólogo, o que vai dar a sustentação para que se olhe o problema como uma questão de saúde coletiva. A sociedade tem que resolver, é coletivo mesmo, não é uma situação individualizada. São ações públicas, porém tem que haver a participação dos três setores da nossa sociedade.

**Stela** – ... drasticamente os recursos da saúde coletiva.

**José Fernando Kronbauer** – Pois olha, tem um pessoal diretamente ligado ao gabinete da primeira dama... Sentiram que existe uma estrutura, independentemente de governo, e enquanto não se mexe nesta estrutura é ela que se tem como referência. O que ficou sinalizado é que os projetos serão bem-vindos, portanto “grana”, não é problema, pois existe este Ministério, esta Secretaria Nacional, que está subsidiando os estados, ou incentivando os estados a fazerem isso, porque, na verdade, se nós nos orientarmos pelos preceitos, pelos princípios do SUS, qual é o papel dos estados e qual é o papel do município? Então, municipalizada a saúde, a cidade tem que apontar, que dar conta, que resolver, que elaborar, deixando para o estado o que tange a recursos, às capacitações, à infra-estrutura e fugimos da questão da saúde propriamente dita. Cuidamos das áreas de segurança como um trabalho de cidadania, de ação social... Eu acho que tem que haver uma articulação bastante pesada, séria, intersetorial, para que se possa enfrentar um Departamento de Medicina Legal isento, profissional, disponibilizado, para que as mulheres não tenham que atravessar a cidade, para ir a uma Delegacia, pegar três ônibus para chegar em um DML, desistindo no meio do caminho (ou nem sonha que existe) o serviço; sabendo que existe e indo, temos a questão da revitimização ...

## TEMAS DOS CADERNOS IHU IDÉIAS

- N. 01 – *A teoria da justiça de John Rawls* – Dr. José Nedel.
- N. 02 – *O feminismo ou os feminismos: Uma leitura das produções teóricas* – Dra. Edla Eggert.  
*O Serviço Social junto ao Fórum de Mulheres em São Leopoldo* – MS Clair Ribeiro Ziebell e Acadêmicas Anemarie Kirsch Deutrich e Magali Beatriz Strauss.
- N. 03 – *O programa Linha Direta: a sociedade segundo a TV Globo* – Jornalista Sonia Montañó.
- N. 04 – *Ernani M. Fiori – Uma Filosofia da Educação Popular* – Prof. Dr. Luiz Gilberto Kronbauer.
- N. 05 – *O ruído de guerra e o silêncio de Deus* – Dr. Manfred Zeuch.
- N. 06 – *BRASIL: Entre a Identidade Vazia e a Construção do Novo* – Prof. Dr. Renato Janine Ribeiro.
- N. 07 – *Mundos televisivos e sentidos identiários na TV* – Profa. Dra. Suzana Kilpp.
- N. 08 – *Simões Lopes Neto e a Invenção do Gaúcho* – Profa. Dra. Márcia Lopes Duarte.
- N. 09 – *Oligopólios midiáticos: a televisão contemporânea e as barreiras à entrada* – Prof. Dr. Valério Cruz Brittos.
- N. 10 – *Futebol, mídia e sociedade no Brasil: reflexões a partir de um jogo* – Prof. Dr. Édison Luis Gastaldo.
- N. 11 – *Os 100 anos de Theodor Adorno e a Filosofia depois de Auschwitz* – Profa. Dra. Márcia Tiburi.
- N. 12 – *A domesticação do exótico* – Profa. Dra. Paula Caleffi.
- N. 13 – *Pomeranas parceiras no caminho da roça: um jeito de fazer Igreja, Teologia e Educação Popular* – Profa. Dra. Edla Eggert.
- N. 14 *Júlio de Castilhos e Borges de Medeiros: a prática política no RS* – Prof. Dr. Gunter Axt.
- N. 15 – *Medicina social: um instrumento para denúncia* – Profa. Dra. Stela Nazareth Meneghel.
- N. 16 – *Mudanças de significado da tatuagem contemporânea* – Profa. Dra. Débora Krischke Leitão.
- N. 17 – *As sete mulheres e as negras sem rosto: ficção, história e trivialidade* – Prof. Dr. Mário Maestri.

- N. 18 – *Um itinerário do pensamento de Edgar Morin* – Profa. Dra. Maria da Conceição de Almeida.
- N. 19 *Os donos do Poder, de Raymundo Faoro* – Profa. Dra. Helga Iracema Ladgraf Piccolo.
- N. 20 *Sobre técnica e humanismo* – Prof. Dr. Oswaldo Giacóia Junior.
- N. 21 *Construindo novos caminhos para a intervenção social* – Profa. Dra. Lucilda Selli.
- N. 22 *Física Quântica: da sua pré-história à discussão sobre o seu conteúdo essencial* – Prof. Dr. Paulo Henrique Dionísio.
- N. 23 *Atualidade da filosofia moral de Kant, desde a perspectiva de sua crítica a um solipsismo prático* – Prof. Dr. Valério Rodhen.
- N.24 *Imagens da exclusão no cinema nacional* – Profa. Dra. Miriam Rossini.
- N. 25 *A estética discursiva da tevê e a (des)configuração da informação* – Profa. Dra. Nísia Martins do Rosário.
- N. 26 *O discurso sobre o voluntariado na Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS* – Rosa Maria Serra Bavaresco.
- N. 27 *O modo de objetivação jornalística* – Profa. Dra. Beatriz Alcaraz Marocco.
- N. 28 *A cidade afetada pela cultura digital* – Prof. Dr. Paulo Edison Belo Reyes