



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

PAULO FERNANDO BRUM ROJAS

**VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTES:
PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS NAS
MATERNIDADES DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE UMA
REGIÃO METROPOLITANA DO SUL DO PAÍS**

Florianópolis
2014

PAULO FERNANDO BRUM ROJAS

**VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTES:
PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS NAS
MATERNIDADES PÚBLICAS DE UMA REGIÃO
METROPOLITANA DO SUL DO PAÍS**

Projeto de tese apresentado ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para defesa de projeto de tese.

Área de Concentração: Ciências Sociais e Humanas

Orientadora: Prof^ª. Dra. Elza Berger Salema Coelho

Co-orientador: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

ROJAS, PAULO FERNANDO BRUM
VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTES : PREVALÊNCIA E FATORES
ASSOCIADOS NAS MATERNIDADES DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE UMA
REGIÃO METROPOLITANA DO SUL DO PAÍS / PAULO FERNANDO BRUM
ROJAS ; orientadora, Elza Berger Salema Coelho ;
coorientador, Antonio Fernando Boing. - Florianópolis, SC,
2014.

177 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Violência Doméstica. 3. Maus-
tratos Conjugais. 4. Estudos Transversais. I. Coelho, Elza
Berger Salema. II. Boing, Antonio Fernando. III.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

AGRADECIMENTOS

À Deus, obrigado Senhor, por me abençoar com saúde, colocando suas mãos sobre mim, me dando forças para estudar, trabalhar e inteligência para tentar resolver as mais difíceis situações. Sou eternamente grato pelas oportunidades e conquistas ao longo de minha vida.

Aos meus amados Pais, Wanderley e Aldiva Rojas (*in memoriam*), sou grato a vocês por serem o exemplo de Pais que eu também gostaria de ser e por terem me conduzido por caminhos seguros ao longo de muitos anos. Obrigado pelo exemplo de dedicação, honestidade, respeito e união. Me emociono quando penso em vocês e não canso de agradecer por tudo o que fizeram por mim e por nossa família. Eternos são o meu amor, orgulho e saudades.

A minha esposa Márcia, por todo amor, carinho e amizade, mas também pela paciência e compreensão, nos momentos de ausência, que minha profissão impõe. Obrigado por fazer parte de minha vida durante todos estes anos, contigo ela ficou muito mais alegre e feliz. Te amo.

Aos meus queridos filhos Paulo, Roberta e Eduarda. Vocês iluminaram a minha vida assim que nasceram e se tornaram a minha fonte de inspiração. Hoje sou muito feliz e agradeço a Deus, todos os dias, por ter me dado a bênção de ser o Pai de vocês.

A minha orientadora e amiga Prof. Dra. Elza Berger Salema Coelho, a qual devo meus mais sinceros agradecimentos durante esta longa jornada. Liderança, incentivo, inteligência, conhecimento. Competência e dedicação na hora de ensinar com extrema facilidade e uma capacidade de fazer tudo parecer mais simples. Principalmente nos momentos mais difíceis. Obrigado pelas palavras de apoio e pela amizade. Se me permite, gostaria de dizer que você formou uma família de trabalho. E foi, para mim, um privilégio fazer parte desta família. Te admiro muito.

Às amigas Thays e Carol, companheiras diárias de trabalho. Vocês estenderam suas mãos desde o primeiro dia que nos conhecemos. Por isso, são pessoas que se fizeram especiais em minha vida. À você Carol, não tenho palavras para agradecer a tudo o que fez para me ajudar, deixando muitas vezes seus compromissos para me auxiliar. Torço muito por ti, pelo teu lindo filho que está a caminho e pela tua família. Muito obrigado.

À amiga e professora Sheila Lindner, pelos alegres e, também, sofridos momentos enquanto era doutoranda e, agora, por seu exemplo

de profissionalismo, dedicação e auxílio incansável na revisão da tese, formatação e correção dos artigos científicos.

Às professoras Doroteia Aparecida Höfelmann e Nazaré Nazário pelas análises, leituras, críticas e contribuições nos resultados desta tese.

Aos professores do Departamento de Saúde Pública, em especial às Professoras Fátima Büchele e Marta Inêz Machado Verdi, pelo incentivo ao aprendizado, pelo apoio e pelo companheirismo nos momentos árduos e difíceis.

Aos professores membros da banca de doutorado pelas considerações e contribuições desta tese.

À Mariah e Lara Gusmann, pela paciência, dedicação e profissionalismo na longa e delicada tarefa de entrevistar.

Às puérperas que fizeram parte deste estudo, pela participação, respeito, confiança e colaboração que permitiram a realização desta pesquisa.

RESUMO

O estudo em discussão refere-se à violência doméstica contra as gestantes que é aquela que ocorre em uma relação íntima. É dividida, quanto à natureza, em psicológica, física e sexual. Os objetivos são estimar a prevalência e fatores associados à violência doméstica em mulheres no período gestacional, identificar quais os tipos de violência (física, sexual, psicológica) a mulher sofre durante a gestação, avaliar o padrão de violência antes e durante a gestação e caracterizar o autor das agressões. A população de referência caracterizou-se por 753 mulheres puérperas, cujos filhos nasceram no período compreendido entre 01/03/2014 a 31/05/2014 e que estavam internadas nos setores de alojamento conjunto das Maternidades Públicas dos Hospitais da Grande Florianópolis, Santa Catarina. Realizou-se estudo transversal, por meio de entrevistas, face a face. Foi adotado questionário adaptado da organização Mundial da Saúde (OMS) denominado Estudo Multi-Países sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica (WHOVAW), validado no Brasil. As variáveis utilizadas foram: de interesse central (violência doméstica durante a gestação), demográficas (idade, cor da pele), socioeconômicas (escolaridade, trabalho atual, renda), relacionadas à gestação (gravidez planejada, número de consultas, abortos), de comportamentos relacionado à saúde (uso de álcool, fumo, drogas), relacionados às situações de violência (brigas do casal, envolvimento em brigas com terceiros, violência em gestações anteriores, violência no último ano). A variável de interesse central foi correlacionada com as demográficas, socioeconômicas, de comportamentos relacionados à saúde, e, também, às situações de violência. Foram realizadas análises multivariadas. A prevalência de sofrer violência durante a gestação foi de 17,8%. A violência psicológica (17,5%), mostrou-se mais elevada do que a física (5,4%) e a sexual (0,1%). No que diz respeito ao padrão da violência, observa-se aumento da violência na gestação atual (17,8%), quando comparada ao ano precedente (3,1%). Observou-se que as variáveis que permaneceram mais fortemente associadas ao desfecho foram mulheres que já haviam sofrido violência nos últimos doze meses, que haviam sido agredidas em gestações anteriores, que faziam consumo de álcool, não brancas, que apresentavam transtorno mental comum e que não trabalhavam. Na caracterização do autor das agressões contra a mulher durante a gestação, a associação maior foi o consumo de álcool, uso de drogas, envolvimento em brigas, ter realizado agressões em gestações anteriores e ter agredido sua parceira na última gestação.

Palavras-chave: Violência Doméstica; Maus-tratos Conjugais; Estudos Transversais.

ABSTRACT

This study refers to domestic violence against pregnant women. This violence occurs in an intimate relationship and is divided to psychological, physical and sexual. The objectives are to estimate the prevalence and factors associated with domestic violence in women during pregnancy, identify what types of violence (physical, sexual, psychological) women suffer during pregnancy, to evaluate the pattern of violence before and during pregnancy and to characterize perpetrators. The study population was 753 puerperal women whose children were born in the period from 03.01.2014 to 05.31.2014 and who were hospitalized in the rooming sectors of Public Maternity Hospitals in Florianópolis, Santa Catarina. Using interviews, face to face across-sectional study was done with an adapted questionnaire from the World Health Organization (WHO), validated in Brazil named Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence (WHOVAV). The interest central variable studied were: (domestic violence during pregnancy), demographic (age, skin color), socioeconomic (education, current employment, income), related to pregnancy (unplanned pregnancy, number of doctor visits, abortions), of health-related behaviors (alcohol use, smoking, drugs use), related to violence situation (couple fights, involvement in fights with others, violence in previous pregnancies, violence in the last year). The central interest variable was correlated with demographic, socioeconomic, health-related behaviors, and also to violence situation. Multivariate analysis were performed. The prevalence of suffering violence during pregnancy was 17.8%. Psychological violence (17.5%), proved to be higher than the physical (5.4%) and sexual (0.1%). With regard to the pattern of violence, there is increasing violence in the current pregnancy (17.8%) compared to the previous year (3.7%). It was observed that the variables that remained more strongly associated without come were women who had experienced violence in the last twelve months, which had been battered in previous pregnancies, who were alcohol consumption, color skin not white, who had common mental disorders and did not had a job. In characterizing the author of assaults against women during pregnancy, the largest association was alcohol consumption, drug use, involvement in physical fights, done assaults in partner previous pregnancies and assaulting his partner in the last pregnancy.

Key words: Domestic Violence; Spouse Abuse; Cross-Sectional Studies.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Estudos epidemiológicos sobre prevalência da violência doméstica durante a gestação na América do Norte.....	43
Quadro 2: Estudos epidemiológicos sobre prevalência da violência doméstica durante a gestação no Continente Asiático e Oceania.....	52
Quadro 3: Estudos epidemiológicos sobre prevalência da violência doméstica durante a gestação na Europa.....	58
Quadro 4: Estudos epidemiológicos sobre prevalência da violência doméstica durante a gestação na América do Sul, América Central e Brasil	64
Quadro 5: Estudos epidemiológicos sobre prevalência da violência doméstica durante a gestação na África	69
Quadro 6: Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres durante a gestação e produção científica consultada	71
Quadro 7: Descrição das variáveis demográficas, socioeconômicas relacionadas ao companheiro e à violência.	86

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 – Distribuição das mulheres segundo características sociodemográficas, econômicas, de saúde reprodutiva, saúde mental, hábitos não saudáveis de vida e situações de violência vivenciadas pela gestante. Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2014.	103
Tabela 2 – Análise bivariada das características sociodemográficas, econômicas, da história reprodutiva, da saúde mental, de hábitos não saudáveis de vida e de situações de violência vivenciadas pela gestante. Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2014.	105

ARTIGO 2

Tabela 1 – Distribuição das mulheres segundo características sociodemográficas, de saúde reprodutiva e de agressões em gestações anteriores. Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2014.	120
Tabela 2 – Distribuição dos parceiros agressores segundo características sociodemográficas e econômicas e hábitos de vida. Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2014.	121
Tabela 3 - Análise de regressão bruta e ajustada da associação entre violência e fatores sociodemográficos, econômicos e de comportamento do parceiro íntimo, Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2014.	123

LISTA DE SIGLAS

VPI	Violência por Parceiro Íntimo
SIM	Sistema de Informação de Mortalidades
OMS	Organização Mundial da Saúde
PUBMED	<i>US National Library of Medicine-National Center for Biotechnology of Information</i>
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
PSYCOINFO	Periódicos Eletrônicos em Psicologia
CEDAW	<i>Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women</i>
Portaria GM-MS nº936/04	Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde
SPM	Secretaria Especial de Política para as Mulheres
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
MS	Ministério da Saúde
STI	<i>Infection Transmitted Sicness</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
EUA	Estados Unidos da América
AAS	<i>Abuse Assessment Screen</i>
CTS-2	<i>Conflict Tactics Scale</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
HRSJHMG	Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes
MCD	Maternidade Carmela Dutra
HU	Hospital Universitário Ernani Polidoro da São Thiago
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
OpenEpi	<i>Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health</i>
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHOWAW	<i>World Health Organization Violence Against Women</i>
SRQ-20	<i>Self Reporting Questionnaire-20</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
1. INTRODUÇÃO	23
2. OBJETIVOS	27
2.1 OBJETIVO GERAL.....	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
3. REVISÃO DA LITERATURA	29
3.1 DEFINIÇÃO E TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA.....	29
3.2 VIOLÊNCIA DE GÊNERO.....	31
3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS.....	36
3.4 PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER DURANTE A GESTAÇÃO.....	41
3.5 PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER DURANTE A GESTAÇÃO N O CONTINENTE NORTE-AMERICANO.....	42
3.6 PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER DURANTE A GESTAÇÃO NO CONTINENTE ASIÁTICO E NA OCEANIA.....	50
3.7 PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER DURANTE A GESTAÇÃO NO CONTINENTE EUROPEU.....	57
3.8 PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER DURANTE A GESTAÇÃO NA AMÉRICA DO SUL, AMÉRICA CENTRAL E BRASIL.....	63
3.9 PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER DURANTE A GESTAÇÃO NO CONTINENTE AFRICANO.....	68
3.10 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM MULHERES DURANTE A GESTAÇÃO.....	70
3.11 CARACTERIZAÇÃO DO AUTOR DA AGRESSÃO CONTRA A MULHER DURANTE A GESTAÇÃO.....	80
4. MÉTODO	83
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	83
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	83
4.3 PARTICIPANTES.....	84
4.3.1 População em estudo	84

4.3.2 Amostra e seleção da população.....	84
4.3.3 Critérios de inclusão e exclusão	85
4.3.3.1 Critérios de inclusão.....	85
4.3.3.2 Critérios de exclusão	85
4.4 VARIÁVEIS.....	85
4.5 COLETA DE DADOS	88
4.5.1 Procedimentos.....	88
4.5.2 Instrumento de coleta de dados.....	88
4.5.3 Limitações	89
4.5.4 Análise estatística	89
4.5.5 Aspectos éticos	90
4.5.6 Estudo piloto	90
5. CRONOGRAMA	91
6. ORÇAMENTO.....	93
7. RESULTADOS	95
8. CONCLUSÕES.....	133
REFERÊNCIAS.....	135
APÊNDICES	147
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO.....	147
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	153
ANEXOS.....	157
ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA	157
ANEXO B – INSTRUÇÕES AOS AUTORES DO PERIÓDICO REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA.....	160
ANEXO C – INSTRUÇÕES AOS AUTORES DO PERIÓDICO REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL .	175

APRESENTAÇÃO

O presente projeto de tese de doutorado em Saúde Coletiva refere-se à violência contra a mulher, mais especificamente contra mulheres grávidas, e denomina-se “*Violência contra gestantes: prevalência e fatores associados nas maternidades públicas de uma região metropolitana do sul do país*”. Estrutura-se em introdução, objetivos, revisão de literatura, método e resultados.

Na introdução salientamos o aumento da violência global e da violência contra a mulher e evidenciamos a violência contra a gestante, os fatores associados e as consequências maternas e fetais oriundas das agressões psicológicas, físicas e sexuais sofridas durante a gestação. Situamos o tema em um contexto amplo e, por fim, introduzimos as perguntas e os objetivos da pesquisa.

A revisão de literatura descreve a conceituação e a tipologia da violência, a prevalência, os fatores de risco associados à violência doméstica, durante a gestação e o perfil do autor da agressão. No item conceituação e tipologia descrevemos a multiplicidade de definições e as tipologias existentes na literatura. Além disso, questionamos a origem da violência de gênero e a importância do estudo sobre a violência por parceiro íntimo (VPI). Descrevemos as legislações vigentes e as políticas públicas de enfrentamento e de assistência à gestante em situação de violência.

As *prevalências*, os *fatores de risco associados à violência* e o *perfil do autor da agressão* foram analisados após busca bibliográfica sistematizada nas bases de dados *US National Library of Medicine-National Center for Biotechnology of Information* (PubMed), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (Psycoinfo). Desta revisão resultou 71 artigos. Na revisão das *prevalências* da violência, a fim de podermos realizar uma análise didática e coerente da apresentação dos dados, optamos por dividir os artigos de acordo com o local geográfico em que ocorreram. Por isso, decidimos separar os artigos conforme os continentes em que foram realizadas as pesquisas (América do Norte, Ásia e Oceania, Europa, América Central e do Sul e, finalmente, África). Já, no tópico *fatores de risco associados à violência, durante a gestação*, as variáveis foram selecionadas conforme o maior número de vezes em que foram citadas com significância estatística nos 71 artigos avaliados. A última parte desse item é o *agressor*, que foi analisado quanto ao seu perfil.

O *método* da tese descreve o delineamento da pesquisa e identifica explicitamente a amostra, demonstrando sua homogeneidade e seleção. Abrange o desenho do estudo, participantes (população do estudo, amostra, critérios de inclusão e exclusão), variáveis em estudo e coleta de dados (procedimentos, instrumento de coleta, vieses, processamento de dados e questões éticas).

Os *resultados* da tese foram abordados e descritos em dois artigos que analisaram a violência por parceiro íntimo, mesmo inicialmente, tendo pesquisado sobre a violência doméstica que incluíam familiares, mas que não foram estatisticamente significativos. O primeiro teve como objetivos estimar a prevalência e fatores associados à violência doméstica em mulheres no período gestacional, e identificar os tipos de violência (física, sexual, psicológica) que as mulheres sofreram durante esse período. O segundo artigo avaliou a prevalência da VPI, identificou os tipos e formas de agressão, comparou o comportamento do padrão de violência que ele impõe à companheira antes e durante a gravidez (aumenta, cessa, diminui) e caracterizou o autor das agressões.

Os artigos 1 e 2 serão submetidos para publicação após a avaliação da banca examinadora, em periódicos, conforme o regimento do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

1. INTRODUÇÃO

O contínuo aumento da violência, nas últimas quatro décadas, configura-se como aspecto representativo e problemático na organização da vida social, ocorrendo de maneira mais acentuada nos grandes centros urbanos e nas regiões metropolitanas, tendo como consequência diferentes espectros na vida cotidiana. A questão do incremento da violência e, por conseguinte, seus reflexos na manutenção da segurança, tem-se convertido em uma das principais preocupações no Brasil e no mundo⁽¹⁾.

Como resultado atual da frequência de violência, pode-se citar o histórico de 30 anos que atualmente disponibiliza o Sistema Informações da Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Neste relatório, o Brasil passou de 13.910 homicídios em 1980, para 49.932 em 2010, o que representa um incremento de 259%, equivalente a 4,4% de crescimento ao ano⁽¹⁾. Deste modo, no total desses 30 anos o país superou a casa de um milhão de vítimas de homicídios, números que ultrapassam de modo substancial a quantidade de pessoas vitimadas em muitos confrontos bélicos no mundo⁽²⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽³⁾, violência é definida como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Dentre as inúmeras vítimas da violência intrafamiliar e doméstica (crianças, adolescentes, idosos), destacam-se aquelas perpetradas contra a mulher. Por causa das graves consequências que podem ser originadas decorrentes das agressões, e em função das altas prevalências observadas por diversos pesquisadores⁽⁴⁻¹⁸⁾, é apontada como um grave problema de saúde pública, pois afeta um em cada cinco casais, independentemente da idade e do nível socioeconômico e cultural^(2, 3).

A violência contra a mulher é um problema complexo, que destrói vidas e compromete o desenvolvimento pleno e integral de mulheres no Brasil e no mundo. Porém, mais grave ainda, tornam-se as situações de violência quando ocorrem à mulher durante o período gestacional, trazendo um risco adicional: o envolvimento do filho em vida intrauterina, que cresce em situação de violência^(19, 20). A gravidez é considerada um período crítico no qual os estados físico e mental maternos influenciam substancialmente na saúde da mãe e do feto, pois, no organismo gravídico, ocorrem inúmeras alterações físicas,

hormonais, bioquímicas, psicológicas e emocionais, por isso essas mulheres encontram-se em um período de suas vidas considerado mais suscetível aos danos decorrentes de qualquer tipo de trauma, principalmente se este for originado por um membro da família^(2, 3). É de importância fundamental relatar, neste momento, que a forma mais comum de violência contra a mulher é aquela cometida pelo parceiro íntimo (marido, namorado, ex-companheiro), e se refere a qualquer ato ou comportamento dentro de uma relação íntima que cause danos físico, psíquico ou sexual aos membros da relação⁽²¹⁻²⁵⁾.

Também é importante relatar que os valores das prevalências da violência contra as gestantes podem variar consideravelmente. Isto ocorre em razão das várias definições existentes sobre o tema, das metodologias utilizadas nos estudos, dos tamanhos da amostra e da diversidade entre as populações estudadas⁽²⁶⁾. Nos Estados Unidos da América (EUA), Martin & Garcia⁽²⁷⁾ observaram prevalência de 11% referentes à violência física e 22% relativos à emocional antes da gestação, e 10% e 19%, respectivamente, durante a gestação. Outro achado relevante nesse estudo foi que aproximadamente a metade das gestantes (53%) que sofreram agressões durante a gestação não tinham sido agredidas previamente.

Prevalências maiores foram encontradas em uma coorte realizada em 2011, no Recife⁽²⁸⁾, por Silva *et al*⁽¹⁹⁾, que estimaram a violência doméstica em gestantes no período anterior, durante e após a gestação. Constituída por 960 mulheres, com idade entre 18 e 49 anos, obtiveram prevalência de violência antes da gestação de 32,4%, de 31% durante e, após a gestação, de 22,6%. A prevalência geral foi de 47,4%. Concluíram que as mulheres que sofreram violência antes de engravidar apresentaram 11,6 vezes mais chances de sofrer violência durante a gestação (IC95% 8,3-16,2), e as mulheres que sofreram violência durante a gravidez apresentaram 8,2 vezes mais chances de sofrer violência no período pós-parto (IC95% 5,1-11,7). A violência psicológica foi a mais prevalente (28,8%), e a sexual, a menos (3,7%). Outro estudo brasileiro⁽²⁹⁾, realizado com 1.379 gestantes, de Campinas, São Paulo, encontrou prevalência de 19,1% para violência psicológica e 6,5% para violência física/sexual.

Fatores associados à violência psicológica, física e sexual são relatados na literatura, e o seu conhecimento é de extrema importância, pois somente desse modo poderão ser realizadas ações profiláticas de enfrentamento. Entre os mais citados estão a idade reprodutiva, a baixa escolaridade, as grávidas solteiras, o baixo nível socioeconômico e de suporte social, a raça/etnia negra, ser jovem, idade da primeira relação

sexual anterior aos 19 anos, presenciar ou sofrer violência na infância, uso de drogas lícitas e ilícitas, recusa do parceiro em usar preservativos^(19, 30-32).

A violência doméstica na gestação coloca em risco não só a saúde da mulher, mas a do feto em desenvolvimento^(31, 33). Considera-se que a violência na gestação é um importante fator de risco para a saúde da gestante e do feto, podendo implicar em uma série de complicações, para ambos. Hemorragias, abortos, anemia, abuso de substâncias e tabagismo, dor abdominal, descolamento prematuro de placenta, doenças sexualmente transmissíveis, início tardio de acompanhamento pré-natal, baixo ganho de peso, depressão, baixa autoestima e ideação suicida são alguns dos riscos maternos^(5, 21, 34-39). Dentre os agravos à saúde fetal associados à violência, os autores^(7, 11, 37, 40, 41) apontam prematuridade, trabalho de parto prematuro, baixo peso ao nascer, baixo índice de Apgar, internações hospitalares sucessivas após o nascimento e elevada morbidade perinatal.

Outro aspecto relevante desse fenômeno refere-se à associação dos riscos aumentados, de mulheres que sofrem violência durante a gestação, apresentarem maior risco de sofrer homicídios (três vezes maior) do que aquelas que não sofrem violência durante esse período⁽⁴²⁾.

Nem sempre a agressão sofrida durante a gestação chega a ser relatada no decurso da assistência pré-natal. Portanto, identificar a violência por parceiro íntimo (VPI) nesse período é de fundamental importância, pois a visualização dessa situação pode levar à tomada de inúmeras providências necessárias no âmbito da assistência à saúde física, psicológica e familiar da gestante.

Em razão da escassez de estudos sobre a violência na gestação em nosso meio, e da grande discussão existente nos dias atuais sobre o tema, é fundamental realizar o rastreio de mulheres que sofreram algum tipo de violência na gestação e suas repercussões. Na literatura, não foram identificados estudos de base populacional realizados nas maternidades públicas, da grande Florianópolis, a respeito de VPI durante a gestação.

Os achados, deste estudo, pretendem colaborar no fornecimento de dados, promover reflexões, que possam auxiliar profissionais da saúde, a compreender esses aspectos da população que assistem, além de contribuir para a elaboração de políticas públicas e intervenções governamentais que tenham como objetivo melhorar o processo de assistência à mulher no período gravídico-puerperal. Diante do exposto, o presente estudo pretende responder às seguintes questões de pesquisa:

1. Qual é a prevalência e quais são os fatores associados à violência doméstica, em mulheres no período gestacional, nas maternidades públicas da Grande Florianópolis?

2. Quem é o agressor e como se caracteriza a violência por ele impetrada?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a prevalência de violência doméstica, fatores associados, tipos de violência e autores da agressão em mulheres durante o período gestacional, internadas nos setores de alojamento conjunto das Maternidades Públicas dos Hospitais da Grande Florianópolis, no ano de 2014.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Estimar a prevalência e fatores associados à violência doméstica em mulheres no período gestacional.
- b) Identificar quais são os tipos (física, sexual, psicológica) e formas de violência que a mulher sofre durante a gestação.
- c) Investigar se as mulheres que sofreram violência antes de engravidar continuam sofrendo durante a gravidez.
- d) Caracterizar o autor das agressões.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 DEFINIÇÃO E TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA

A definição de violência é complexa, controversa e pluricausal, ocorrendo em praticamente todas as classes socioeconômicas⁽⁴³⁾. Segundo Flury *et al*⁽⁴⁴⁾ a violência é definida como qualquer ato violento baseado no gênero, que resulta, ou que possa resultar em dano físico, sexual, mental ou sofrimento, incluindo a ameaça de praticar tais atos, coerção ou privação da liberdade, em espaço público ou na vida privada. Além disso, é disseminada mundialmente e ocorre desde as primitivas civilizações. Assume grande importância, pois se presume que um quinto da população feminina mundial tenha sofrido atos de violência doméstica em sua vida⁽⁴⁵⁾. Santos⁽⁴⁶⁾, por sua vez, remete a violência à ideia de força, ou de coerção; supõe um dano que se produz em outro indivíduo ou grupo social, qualquer que seja a classe, a categoria social, o gênero ou a etnia, o grupo étnico ou cultural. Portanto, o autor caracteriza a violência social contemporânea como força, coerção e danos em relação ao outro, como um ato de excesso presente nas relações de poder, tanto nas estratégias de dominação do poder soberano quanto nas redes de micropoder entre os grupos sociais.

Para Minayo e Souza⁽⁴³⁾, a violência, antes de ser um problema intelectual, é uma questão da práxis sociopolítica. E essa questão requer a busca social, pois o contrário da violência não é a não violência, mas a cidadania e a valorização da vida humana em geral e de cada indivíduo no contexto de seu grupo. Como tentativas de explicação, segundo as autoras⁽⁴³⁾, alguns defendem que a violência provém de necessidades biológicas, psicológicas ou sociais, numa teoria subordinada às determinações da natureza. Por outro lado, há aqueles que explicam a violência como fenômeno social, originada pela dissolução da ordem, seja pela vingança dos oprimidos ou pela perda de poder do Estado. Outras teorias partem do processo histórico de que a agressão provém da biologia, etologia, genética e medicina, e que o conceito de agressividade é parte do instinto de sobrevivência, e forma natural de reação dos animais, em certas condições e situações. Essas teorias reforçam os fundamentos de que a agressividade é inata à natureza humana e, deste modo, os conflitos sociais têm caráter eterno e natural.

De acordo com a definição de violência da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽³⁾, já relatado previamente, os incidentes não intencionais, como as lesões ocasionadas por acidentes de trânsito e queimaduras acidentais, ficam excluídos. Porém, o uso das expressões

“força física” e “poder” extrapola o conceito primitivo e restrito de violência, pois acrescenta a ele, além dos aspectos físicos traumáticos, os aspectos emocionais, como as ameaças, as intimidações, as privações, as negligências e as omissões.

Mesmo que ainda se observem dúvidas e dificuldades, no que se refere à conceituação de violência, não restam questionamentos em relação a dois pontos fundamentais: o primeiro diz respeito à noção de coerção ou força; o segundo se refere aos danos produzidos em indivíduos ou grupos de indivíduos pertencentes a determinadas classes ou categorias sociais, a gêneros ou etnias⁽⁴⁷⁾.

Por outro lado, observam-se alargamentos do entendimento e da percepção da violência, novos conceitos, do que se denomina como violência, inclusive mudanças de categorizações que passavam anteriormente por práticas costumeiras de manutenção das relações sociais, como a violência intrafamiliar contra a mulher ou as crianças⁽⁴⁷⁾.

Buscando estabelecer um consenso, a OMS desenvolveu em 2002 uma tipologia para a violência, do mesmo modo que explicitou a natureza dos vínculos entre os seus diversos tipos. Essa proposta divide a violência em três grandes grupos, referentes a quem ocasiona os atos de agressão:

- **violência dirigida a si mesmo (autoinfligida);**
- **violência coletiva;**
- **violência interpessoal.**

A **violência autoinfligida** subdivide-se em autoabuso e comportamento suicida. O primeiro refere-se a atitudes de automutilação e o segundo, a tentativas de suicídio, atitudes suicidas e pensamentos suicidas. A **violência coletiva** é dividida em social, política e econômica, e abrange crimes realizados por grupos terroristas, atos de violência contra multidões, guerras, conflitos de Estado, além de ataques motivados por ganhos financeiros e econômicos. A **violência interpessoal** divide-se em:

- **violência de família e de parceiro(a) íntimo(a)** – é considerada aquela violência mais frequentemente ocasionada dentro do lar, por membros da família e pelo parceiro íntimo;
- **violência comunitária** – é a atitude de violência que ocorre entre pessoas sem grau de parentesco e que podem conhecer-se ou não; ocorre frequentemente fora de casa⁽³⁾.

Quanto à natureza, os atos violentos podem ser classificados em três tipos: a violência física, definida como qualquer conduta em que o agressor afeta intencionalmente o corpo de outra pessoa, para que a vítima corra o risco de ser prejudicada fisicamente – por exemplo,

socos, tapas, empurrões, chutes, mordidas e (ou) ameaças com armas (de fogo, brancas etc.); a violência sexual, que pode ser considerada um subtipo da violência física, que, do ponto de vista clínico, refere-se a qualquer atividade sexual indesejada; a violência psicológica, também conhecida como violência emocional, que é caracterizada como agressão verbal, isolamento da vítima, humilhações e (ou) ofensas⁽³⁾.

Segundo o Ministério da Saúde, a violência intrafamiliar é entendida como toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Assim, a violência intrafamiliar é um problema de saúde social que atinge grandes dimensões, pois afeta boa parte da sociedade, visto que envolve, principalmente, mulheres, crianças, idosos, adolescentes e portadores de deficiências. Deste modo, pode acometer um considerável segmento da população e ocasionar graves repercussões sobre a saúde dos indivíduos envolvidos⁽²⁾.

A violência doméstica apresenta um conceito diferente da violência intrafamiliar, apesar de alguns estudos ainda as citarem como sinônimos. Para Schraiber *et al*⁽⁴⁸⁾, violência doméstica refere-se aos atos de violência cometidos por um membro da família ou por pessoa que habite ou tenha habitado o mesmo domicílio, diferentemente da violência intrafamiliar, cuja violência pode ser cometida dentro ou fora da casa, por algum membro da família.

O Ministério da Saúde⁽⁴⁹⁾, por sua vez, amplia o conceito de violência doméstica com a inclusão de outras pessoas, mesmo que estas não tenham parentesco com a vítima da violência, mas que convivam no mesmo ambiente doméstico. Neste caso, os atos de violência podem ser ocasionados também por pessoas que tenham convivência esporádica, como empregados ou agregados.

O objeto deste estudo, dentre as violências abordadas, é o de investigar a violência interpessoal, do tipo física, psicológica e sexual, por parceiro íntimo, sobre as mulheres grávidas. Para tanto, utilizará como suporte técnico a conceituação da Organização Mundial da Saúde. Em seguida, para sustentar esta tese, enfatizará a questão da violência de gênero, por apresentar estreita relação com o parceiro íntimo agressor.

3.2 VIOLÊNCIA DE GÊNERO

As discussões a respeito da violência contra a mulher têm se tornado tema frequente e aprofundado nos meios acadêmicos, na sociedade e na mídia em geral. Os dados produzidos nessas discussões e

por esses trabalhos, baseados em registros nacionais e internacionais, mostram que a violência contra a mulher é uma realidade nacional e transcultural⁽⁵⁰⁾.

As preocupações teóricas referentes ao gênero, como categoria de análise, estão ausentes na maior parte das teorias sociais formuladas desde o início do século XVIII até o começo do século XX, surgindo com maior ênfase no final desse período. O termo gênero foi utilizado, segundo Scott, porque faz parte das tentativas feministas contemporâneas para questionar conceito e para insistir nas teorias inadequadas existentes em explicar as desigualdades históricas entre homens e mulheres⁽⁵¹⁾. Gênero, portanto, é definido como “um elemento constituído de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e é uma forma primeira de significar as relações de poder”. De acordo com ela, os(as) historiadores(as) feministas relatam que a análise do gênero pode ser dividida em três considerações teóricas: a primeira explica as origens do patriarcado e é explicada como sendo a necessidade do macho em dominar a fêmea (mulher); a segunda relativiza sobre as tradições marxistas; a terceira é dividida entre o pós-estruturalismo francês e as teorias anglo-americanas das relações do objeto⁽⁵¹⁾.

Para Gomes⁽⁵⁰⁾, “pensar sobre gênero significa pensar sobre as relações homem-mulher, mulher-mulher e homem-homem”. Desenvolveu três definições sobre o assunto. A primeira delas diz respeito ao fato de o gênero se referir aos atributos culturais relacionados ao homem e à mulher, contrastando com a dimensão anatomofisiológica dos seres humanos. A segunda expressa padrões de masculinidade e feminilidade a serem copiados, fazendo com que as identidades do homem e da mulher se afirmem conforme ocorrem aproximações e afastamentos com o padrão que concentra maior poder na cultura. Finalmente, em termos de conceito de gênero, Gomes salienta que há maior entendimento quando é articulado também à classe social e à raça/etnia, expandindo a discussão a uma esfera mais ampla na produção da identidade e nas relações das identidades sociais.

A questão de gênero vem cada vez mais se configurando, nas relações entre masculinidade e violência, como uma situação tão intensa a ponto de a violência estar relacionada intrinsecamente à masculinidade, tornando o fato de os homens referirem violência como um pleonismo do exercício da masculinidade. Assim, na interação entre o ser masculino e a violência, o conceito de gênero pode ser entendido e reproduzido com base na lógica de que a violência seria considerada um padrão de referência para diferenciar homem e mulher⁽⁵²⁾.

Segundo Pierre Bourdieu⁽⁵³⁾, as pessoas interagem em normas explícitas e realizam suas escolhas durante a vida de acordo com o ambiente ou pelo seu *habitus* em busca de seus objetivos. Neste trajeto, são dominadas de várias maneiras: pela situação econômica, política, social e cultural em que convivem. O sociólogo aborda, em sua obra “A dominação masculina” (1999), especificamente a dominação do masculino sobre o feminino e a aceitação do domínio do outro sobre o outro. De acordo com o autor, o homem domina a mulher por meio de uma violência simbólica, aceita inconscientemente entre dominador e dominado, considerando que:

[...] O efeito da dominação simbólica (seja ela de etnia, de gênero, de cultura, de língua, etc.) se exerce não na lógica pura das consciências cognoscentes, mas através dos esquemas de percepção, de avaliação e de ação que são constitutivos de “*habitus*” e que fundamentam, aquém das decisões da consciência e dos controles da vontade, uma relação de conhecimento profundamente obscura a ela mesma. Assim a lógica paradoxal da dominação masculina e da submissão feminina, que se pode dizer ser, ao mesmo tempo e sem contradição, espontânea e extorquida, só pode ser compreendida se nos mantivermos atentos aos efeitos duradouros que a ordem social exerce sobre as mulheres (e os homens), ou seja, às disposições espontaneamente harmonizadas com esta ordem que as impõem⁽⁵³⁾.

Cada vez mais se tem quebrado o paradigma dos papéis sociais rígidos com base no determinismo biológico homem e mulher. O olhar do gênero foge do biológico e foca nas relações sociais entre homens e mulheres e os múltiplos papéis que ambos desempenham. No entanto, conforme pontuam Coelho *et al*⁽⁵⁴⁾, os papéis impostos como próprios de homem e de mulher estão instalados, naturalizados, e são reproduzidos geração após geração na sociedade. É o núcleo familiar regado pela visão patriarcal o cenário de construção e perpetuação da violência de gênero.

As concepções de gênero e violência de psicólogos que atendem homens e mulheres em violência conjugal em programas públicos na Grande Vitória foram investigadas no estudo de Oliveira e Souza⁽⁵⁵⁾. Parte deles desenvolve ações com referências nos princípios do

movimento feminista e demonstra no discurso influências da concepção dualista. Outra parte deles não deixa de considerar as assimetrias entre os gêneros, porém leva em conta os custos das cobranças de gênero e as consequências da violência conjugal para homens e mulheres, aproximando-se do referencial relacional. Percebe-se que mesmo entre os profissionais da psicologia ainda há predomínio do modelo dualista – que contribui para silenciar o homem vítima de violência, uma vez que coloca o homem como viril e a mulher como frágil.

Embora haja muitos programas governamentais de educação e conscientização, a mulher ainda aceita o papel de submissa e reconhece o direito do homem de bater em uma mulher ou de exigir sexo. Algumas mulheres acreditam que o homem tem direito de bater em uma mulher, particularmente se ele acredita que ela foi infiel, desobediente ou não deixou a casa confortável da maneira que deveria. Depois de passar uma vida toda em um papel de submissão, não há solução fácil ou rápida para que se alcance a igualdade de gêneros, pontua Ganster-Breidler⁽⁵⁶⁾. As mulheres permanecem nessas relações abusivas por razões culturais, dependência financeira e medo de estigmatização pela sociedade em que vivem⁽⁵⁷⁾.

A gravidez é um período da vida no qual a mulher passa por diversas transformações físicas e psicológicas que a tornam sensíveis e demandam da família, e principalmente do parceiro, atenção especial. No entanto, mulheres gestantes vivem em situação de violência. Em razão disso, podem apresentar maior incidência de infecções renais, ganham menos peso durante a gestação e são mais propensas a sofrer parto cirúrgico. Também apresentam reações adversas neonatais, como parto prematuro, baixo peso ao nascer e tamanho pequeno para a idade gestacional⁽⁵⁸⁾.

No contexto de mulheres dependentes economicamente, Camargo *et al*⁽⁵⁹⁾ ilustram que a possibilidade de negociar quanto a fazer sexo e ao uso de contraceptivos pode ser bastante reduzida. Essa constatação vai ao encontro da pesquisa de Ludermir *et al*⁽¹⁹⁾, que identificou associação entre a violência por parceiro íntimo (VPI) antes da gravidez e gravidez não pretendida. A VPI antes da gravidez foi relatada por 32,4% das mulheres; destas, 69,5% tiveram gravidez indesejada.

A questão de gênero e violência também é encontrada entre as adolescentes gestantes, e esteve associada com as condições socioeconômicas, ainda que entre as jovens de baixa renda fosse mais expressiva. O estudo de Camargo *et al*⁽⁵⁹⁾ constatou que a maioria das jovens de classe baixa abandonou os estudos depois de ficar grávida, o que não ocorre com quem de classes mais altas. Ocorreu associação

entre altos níveis da autonomia ao longo da vida com baixos níveis de vulnerabilidade na trajetória sexual e reprodutiva das mulheres. Ou seja, quanto maior o controle das mulheres sobre suas vidas, além do acesso a recursos materiais e sociais, maior o impacto positivo na qualidade de vida e saúde delas.

É importante salientar que não só os parceiros são autores de violência. No contexto da violência intrafamiliar, muitas vezes a adolescente que revela para os pais que está grávida passa a sofrer deles violência física e psicológica, em alguns casos sendo induzidas a praticar o aborto⁽⁶⁰⁾.

A sociedade e o governo têm evidenciado cada vez mais a violência de gênero como um problema de saúde pública e investido em programas de prevenção e apoio às vítimas, porém muito ainda precisa ser implementado⁽⁶⁰⁾.

No Brasil, o Ministério da Saúde, em sua Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência⁽⁶¹⁾, avalia a violência como um fenômeno difícil de conceituar em função da sua complexidade. A partir da década de 1950, a violência contra a mulher passou a ser relatada várias vezes. Foi designada como violência intrafamiliar na metade do século XX, e 20 anos depois passou a ser definida como violência contra a mulher. Mais tarde, na década de 1980, foi designada como violência doméstica, mas posteriormente, nos anos de 1990, os trabalhos passaram a pesquisar e avaliar as relações de poder nas quais mulheres de qualquer faixa etária sofrem abusos, são agredidas e subjugadas, como violência de gênero.

Os meios de comunicação, inicialmente por meio da televisão e do rádio, e, nas últimas décadas, principalmente por meio da disseminação da internet e contando com a utilização de programas e campanhas governamentais de enfrentamento da violência doméstica, conseguiram dar maior visibilidade à violência de gênero que ocorre no espaço familiar, por parceiros íntimos.

Deste modo, por meio de programas de educação e conscientização entre homens e mulheres, sob cuidados governamentais, será possível quebrar as assimetrias entre os gêneros desse fenômeno de violência nas quais estão inseridos. Diante disso, o próximo tópico apresentará as políticas públicas relacionadas à violência por parceiros íntimos.

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS

O tópico sobre políticas públicas tem como escopo principal apresentar as principais conferências e convenções empenhadas em discutir e propor novas leis e políticas que atendam mulheres em situação de violência. Para tanto, apresentaremos um breve histórico de como esse processo de construção de políticas aconteceu ao longo das décadas.

Políticas públicas são compreendidas como “respostas do Estado às demandas sociais de interesse da coletividade. São denominadas Estado em Ação e implementadas por meio de projetos e ações do governo voltados a setores específicos”. A existência de parcerias entre sociedade civil e Estado é fundamental na implementação de políticas públicas⁽⁶²⁾.

Para iniciar o delineamento de como se constituíram as políticas públicas para o enfrentamento da violência se faz necessário realizar uma breve retrospectiva sobre a conquista dos direitos das mulheres em âmbito nacional e internacional. A primeira Conferência Mundial de Mulheres, realizada no México, em 1975, serviu como marco precursor para os encaminhamentos dos anseios e das agendas referentes à violência de gênero e de acesso feminino às mesmas oportunidades dos homens. Ainda na década de 1970 foi aprovada a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1979), que representou um novo marco histórico para o compromisso dos governos com a promoção e a proteção dos direitos das mulheres.

Várias outras conferências se seguiram a esta, como a de Nairóbi, em 1985, a Conferência de Beijing (1995) e a de Beijing +5 (2000). Em diversos países destacam-se os ciclos de conferências internacionais, regidas pelas Nações Unidas, que fortaleceram a luta dos movimentos sociais e contribuíram para o reconhecimento dos direitos das mulheres, fornecendo alicerces para a criação de políticas de enfrentamento à violência baseada em gênero. Os principais eventos foram estes:

- Conferência de Viena e seu Programa de Ação (1993): enfatizou o reconhecimento dos direitos das mulheres como parte dos direitos humanos, nomeando a violência contra a mulher como violação de direitos humanos;
- Declaração das Nações Unidas sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres (1993): definiu a violência em

suas múltiplas formas de manifestação e reconheceu sua prática no âmbito público e privado;

- Conferência sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e sua Plataforma de Ação: considerou que “a humanidade não é um todo homogêneo, o plano se debruça sobre a existência de desigualdades sociais, destacando grupos tradicionalmente mais atingidos por tais desigualdades, dentre eles as mulheres”, e reconheceu os direitos sexuais e reprodutivos como parte dos direitos humanos;
- Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, também conhecida como Convenção de Belém do Pará (1994): essa importante convenção foi impulsionada pela ação decisiva dos movimentos feministas de diversos países com objetivo de tornar visível a violência contra a mulher e para exigir seu repúdio e sua eliminação. Trouxe como ganho a incorporação do conceito de gênero à definição de violência contra a mulher, explicitando que esta pode ser de diferentes tipos e que ocorre tanto na esfera pública como na privada, trazendo um amplo conceito de violência doméstica e intrafamiliar (PANDJIARJIAN, 2006).
- IV Conferência da Mulher em Beijing e a Plataforma de Ação Mundial da Mulher (1995): impulsionou novo enfoque sobre os direitos das mulheres tomando por base o conceito de gênero.

Esse avanço no reconhecimento dos direitos das mulheres, por meio dessa declaração e dessas conferências, constituiu um importante instrumento de luta e organização das pautas dos movimentos feministas e de mulheres na América Latina. As reivindicações iniciais pelo fim da impunidade penal foram ampliadas para incorporar demandas que pudessem dar efetividade a essas conquistas, entre as quais figuram as políticas públicas que contribuíram para a igualdade entre homens e mulheres, para o acesso aos direitos por todas as mulheres e para promover ações de erradicação da violência, baseada em gênero, em todas as suas formas⁽⁶³⁾. Além dessas convenções e conferências, nos anos de 1990 houve a criação das Casas Abrigo, que têm como objetivos receber e acolher as mulheres e seus filhos em situações de violência doméstica com gravidade e riscos.

Com base em discussões em âmbito internacional e nacional, por meio de conferências e convenções, o Brasil construiu políticas públicas

hoje vigentes que abrangem a violência por parceiros íntimos. No período de 1992 a 2012, alterações institucionais e legais ocorreram no país no que concerne às políticas de enfrentamento à violência contra as mulheres. O Relatório sobre o Progresso das Mulheres no Brasil mostra que entre os anos de 2003 e 2010 houve significativos avanços no enfrentamento à violência contra mulheres, que se traduzem na mudança da legislação, na produção crescente de estudos e na obtenção de dados estatísticos sobre a incidência da violência contra as mulheres, na criação de serviços públicos especializados de atendimento, além da adoção de planos nacionais para enfrentar o problema⁽⁶⁴⁾.

Em virtude de todos esses acontecimentos, destacamos as legislações que foram criadas pautando-se no histórico de construção de diretrizes descrito anteriormente.

Em 2004, por intermédio da Portaria GM/MS n.º 936/2004, o Ministério da Saúde (MS) iniciou a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde com a implantação de Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde. O objetivo dos núcleos é discutir a temática e fortalecer as ações de intervenção locais, bem como melhorar a qualidade da informação dos acidentes e de violência. Em seguida, estabeleceu a notificação compulsória de violência contra a mulher atendida em quaisquer serviços de saúde, sejam públicos ou privados. Assim, sempre que uma mulher se dirigir a um serviço de saúde para ser atendida em razão de lesões provocadas pela violência doméstica ou sexual, o profissional que realizar o atendimento terá de emitir uma notificação ao Serviço de Vigilância Epidemiológica, ou outro, da Secretaria Municipal de Saúde⁽⁶⁵⁾.

Outra conquista importante para as mulheres foi a Lei 10.886/04, que torna a lesão corporal como tipo especial de violência doméstica. Segundo Jardim⁽⁶⁶⁾ a inovação dessa lei foi dar visibilidade para o crime de violência doméstica ao torná-la um tipo especial de lesão corporal, bem como pelo aumento de pena (1/3) nos casos de lesão corporal de natureza grave e de lesão corporal seguida de morte, que seja praticada em circunstâncias de violência doméstica.

Em 2006, o presidente da República sancionou a Lei Maria da Penha – Lei 11.340 de 07 de agosto de 2006, em vigor desde o dia 22 de setembro de 2006 –, que criou mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher⁽⁶⁷⁾. Dentro dessa conjuntura política, essa Lei pode ser considerada como um passo em direção ao cumprimento das determinações da Convenção de Belém do Pará e da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de

Violência contra as Mulheres (CEDAW), além de regulamentar a Constituição Federal.

A Lei Maria da Penha define uma política nacional voltada à promoção da equidade de gênero e à redução das diferentes formas de vulnerabilidade social das mulheres. Aponta o dever do Estado de promover políticas públicas articuladas e capazes de incidir sobre o fenômeno da violência contra a mulher. A lei inova ao prever o direito da mulher, em situação de violência, à assistência da Defensoria Pública, nas fases do inquérito policial e da ação judicial, além de afastar o mecanismo de conciliação e todos os outros dispositivos da Lei 9.099/95.

Portanto, trata-se de um instrumento que possibilitou aumentar o rigor das punições que ocorrem em função da violência às mulheres no âmbito doméstico. A introdução da lei relata:

“Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir, e Erradicar a Violência contra a Mulher, dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal, e dá outras providências.”

O art. 2 ratifica que:

“Toda mulher, independente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social.”

A Lei, deste modo, alterou o Código Penal e permitiu algumas modificações importantes e rígidas quando constatada a violência familiar e doméstica contra a mulher, tais como:

- os agressores podem ser presos em flagrante ou terem sua prisão preventiva decretada;
- suspensão de posse ou restrição do porte de armas, com comunicação ao órgão competente (Lei 10.826);
- afastamento do agressor do lar, domicílio ou local de convivência com a ofendida;
- os agressores não podem mais ser punidos com penas alternativas;
- aumenta o tempo máximo de prisão de 1 para 3 anos;

- impede a aproximação do agressor com a vítima e de seus familiares e das testemunhas.

Em relação aos mecanismos institucionais de gênero, avanço importante ocorreu, em 2003, com o reconhecimento de status ministerial dado à Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) pelo Governo Federal, pois resgatou a atuação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). Na década de 1980, intensificou sua interlocução com os movimentos de mulheres e foi reconhecida, por esses movimentos, como aliada na defesa de políticas públicas com a perspectiva de gênero. A atuação dessa Secretaria, em sintonia com os movimentos de mulheres e em interlocução com o Congresso Nacional, foi de grande importância na aprovação da Lei Maria da Penha.

No plano nacional a SPM foi, no período de 2003 a 2010, um importante mecanismo de defesa dos direitos das mulheres. No plano estadual, mesmo considerando a ampliação desses mecanismos – no final de 2010 existiam Secretarias de Políticas para as Mulheres em 23 estados brasileiros –, grande parte deles encontrava-se sem força capaz de impulsionar políticas locais mais significativas. Por outro lado, esses mecanismos locais, em articulação com movimentos de mulheres, foram de grande importância na realização de conferências municipais e estaduais de mulheres.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que admite como um dos principais temas a promoção da atenção a mulheres e adolescentes em situação de violência, foi criada em 2004 pelo MS. O plano tem como objetivo organizar as redes de atenção integral a mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

Esse plano definiu algumas metas para o período de 2005 a 2007: a integração de serviços em redes locais, regionais e nacionais; a instituição de redes de atendimento envolvendo um conjunto de instituições; o aumento dos serviços de atenção à saúde da mulher em situação de violência; a ampliação do número de Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs).

A legislação nacional e os tratados e convenções internacionais ratificados pelo Brasil apresentam avanços quanto à institucionalização de direitos pautados nos princípios da universalidade e da igualdade. No entanto, tais avanços não se concretizam na vida de milhões de homens e mulheres, na medida em que se materializam por meio das políticas implementadas pelo Estado, num contexto social marcado por contradições de classe, gênero e étnico-raciais⁽⁶⁸⁾.

Acredita-se que a associação de todos esses mecanismos, relatados previamente, trouxe progressos ao enfrentamento da violência de gênero. Porém, observa-se que é necessário progredir mais, pois os avanços são insuficientes. Somente com o maior conhecimento das origens da violência de gênero, o monitoramento dos fatores de risco ou associados que geram as agressões, e a utilização rigorosa de políticas públicas de enfrentamento é que poderão diminuir as diferenças socioeconômicas entre homens e mulheres e suas consequências.

Visto que o tema principal desta tese é a violência contra gestante, para tanto, consideramos importante abordar políticas públicas de apoio e proteção às mulheres em situação de violência, pois é um tópico importante, uma vez que servirá de base para a discussão dos achados desta tese. Destaca-se ainda a necessidade da abordagem sobre a prevalência da violência doméstica contra a mulher durante a gestação, considerando ser esse um dos objetos do presente estudo. Portanto, propõe-se investigar a produção científica sobre as prevalências, os fatores associados e o perfil do agressor das mulheres que sofrem violência durante a gestação e, para tal, realizou-se uma revisão da literatura que apresentamos a seguir.

3.4 PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER DURANTE A GESTAÇÃO

Destaca-se a necessidade de aprofundamento do conhecimento científico sobre a violência doméstica contra a mulher durante a gestação. Por isso, propõe-se investigar a produção científica sobre as prevalências, os fatores associados e o perfil do agressor das mulheres que sofrem violência. Para tal, realizou-se uma revisão da literatura.

A busca bibliográfica ocorreu nas bases de dados PubMed, Lilacs, Scielo e Psycinfo, em mulheres grávidas ou que foram avaliadas no período pré ou pós-gestacional, de qualquer faixa etária, sem recorte de tempo inicial até setembro de 2012.

Iniciou-se a busca pela base de dados PubMed, em que se utilizaram as combinações possíveis entre grupos de palavras, intercaladas pelo operador booleano AND. Deste modo, a estrutura da busca para essa base de dados empregada ficou assim descrita: (“domestic violence” or “spouse abuse” or “battered women”) and (“pregnancy” or “pregnantwomen”) and (“epidemiology” or “prevalence” or “riskfactors”) not (“systematic review” or “HIV” or “STI” or “AIDS”). A seguir, foi realizada a busca de artigos na base de dados Psycinfo por meio da seguinte configuração estratégica:

(“domestic violence” OR “spouse abuse” OR “battered women”) AND pregnancy. Para as bases de dados Lilacs e Scielo utilizaram-se as mesmas palavras na estratégia de buscas: “violência e gravidez”.

Após a obtenção dos resultados, iniciou-se a busca dos artigos de interesse, inicialmente, pela leitura de seus títulos. Nesse processo resultaram 955 artigos, destes 766 foram excluídos pelo título, e após a leitura dos resumos, resultaram 71 artigos que são objeto desse trabalho.

Para identificar se existem diferenças importantes sobre violência contra gestantes nos artigos publicados em estudos realizados nos diversos continentes, bem como os fatores associados a essa violência, optou-se por separar os artigos por continentes, do seguinte modo: Continente Norte-Americano (23 artigos); Ásia e Oceania (19 artigos); Continente Europeu (13 artigos); América do Sul e Central (13 artigos); Continente Africano (3 artigos).

3.5 PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER DURANTE A GESTAÇÃO N O CONTINENTE NORTE-AMERICANO

Dentre os artigos selecionados no **continente norte-americano**, encontrou-se 23 que tratam da violência contra a gestante. Todos trazem algumas características das mulheres entrevistadas. Em geral são brancas^(6, 36, 42, 69-71) ou negras^(4, 72-74). A média de idade estava entre 23 e 29 anos^(6, 36, 42, 69-72, 75-79). A maioria é casada ou vive com companheiro^(4, 27, 36, 42, 71, 76-80), e apenas dois estudos apontam uso de álcool ou drogas pelas mulheres^(72, 74). O quadro 1 representa os estudos epidemiológicos sobre prevalência doméstica na gestação realizados na América do Norte, relacionados em ordem cronológica, e suas principais características.

Quadro 1: Estudos epidemiológicos sobre prevalência da violência doméstica durante a gestação na América do Norte

Autor(es)/ref/ano	Local	Amostra (n)	Idade	Prevalência %	Período de tempo considerado
Helton <i>et al</i> ⁽⁶⁹⁾ , 1987	EUA	290	18-43a	15% de violência física antes (12m) da gestação; 8% de violência física durante a gestação.	Durante a gestação
Campbell <i>et al</i> ⁽⁸¹⁾ , 1992	EUA	488	14-45a	7% de violência durante a gestação por parceiro; 1,2% de violência durante a gestação por outra pessoa.	Puerpério
Parker <i>et al</i> ⁽⁴⁾ , 1993	EUA	691	13-42a	26% sofreram violência física ou sexual no ano anterior à gestação; 21% das adolescentes e 15.9% das mulheres adultas sofreram violência durante a gestação.	Durante a gestação
Mc Farlane <i>et al</i> ⁽⁴²⁾ , 1995	EUA	1203	–	16% de violência física durante a gestação.	Durante a gestação
Smikle <i>et al</i> ⁽³⁶⁾ , 1996	EUA	563	–	18% de violência física e sexual no ano anterior à gestação; 1% de violência física durante a gestação.	Durante a gestação
Muhajarine & Darcy ⁽⁸²⁾ , 1999	CANADÁ	543	15-40a	8,5 sofreram violência no ano anterior à gestação; 5,7 % sofreram violência física durante a gestação.	Durante a gestação
Mc Farlane <i>et al</i> ⁽⁶⁾ , 1999	EUA	199	14-42a	30,2% das mulheres sofreram violência no ano anterior à gestação; 18.1% sofreram violência	Durante a gestação

				durante a gestação e 51.8% sofreram violência antes e durante a gestação.	
Martin <i>et al</i> ⁽⁸³⁾ , 2001	EUA	2648	–	6,9% de violência de até 12 meses antes da gestação; 6.1% de violência durante a gestação; 3.2% no período puerperal de até 3 meses.	Puerpério
Harrykissoon <i>et al</i> ⁽²²⁾ , 2002	EUA	570	Até 18a	75% das mulheres que referiram violência durante a gravidez também sofreram violência nos 24 meses após o parto; a prevalência da VPI foi maior até o 3º mês pós parto (21%) e menor no 24º mês (13%).	Pós parto: 3,6,12, 18 e 24 meses
Castro <i>et al</i> ⁽⁹⁾ , 2003	MÉXICO	914	–	25% de violência durante a gestação.	Durante a gestação
Castro <i>et al</i> ⁽⁷⁵⁾ , 2003	MÉXICO	914mulheres mexicanas; 219 mulheres americanas	Idade média: 24a	Violência contra mulheres mexicanas: 14.8%. Violência contra mulheres americanas: 11.9%.	Durante a gestação
Saltzman <i>et al</i> ⁽⁷⁴⁾ , 2003	EUA	64.994 (questionários enviados)	–	7,2% de violência durante os 12 meses que precederam a gestação; 5,3% durante a gravidez; 8,7% próximos à gestação (antes ou durante a gestação).	Pós parto

Autor(es)/ref/ano	Local	Amostra (n)	Idade	Prevalência %	Período de tempo considerado
Castro & Ruiz ⁽⁸⁴⁾ , 2004	MÉXICO	468	Idade média: 24a	32% de violência antes e durante a gestação (aumentou a violência psicológica durante a gestação e diminuiu a física).	Durante a gestação
Bohn <i>et al</i> ⁽⁸⁵⁾ , 2004	EUA	1004	15-43a	5,2% de violência durante a gestação.	Pós parto
Paredes-Solis <i>et al</i> ⁽⁸⁶⁾ , 2005	MÉXICO	709	15-49a	5,6% de violência física durante a gestação.	Pós parto (até 3 anos)
Dobova <i>et al</i> ⁽⁷⁷⁾ , 2007	MÉXICO	383	16-41a	31,1% de violência durante a gestação (a violência psicológica foi a mais comum: 93%).	Durante a gestação
Olavarrieta- Diaz ⁽⁸⁰⁾ , 2007	MÉXICO	1314	–	7,6% de violência durante a gestação.	Durante a gestação
Bailey & Daugherty ⁽⁷⁸⁾ , 2007	EUA	104	15-45a	81% de violência durante a gestação: 28% apresentaram violência física; 20% apresentaram violência sexual.	Durante a gestação
Eugenia <i>et al</i> ⁽³⁹⁾ , 2008	MÉXICO	490	15-45a	94% das mulheres referiram algum tipo de violência por parte de seus parceiros.	Pós parto (até 1 ano)
Lutgendorf <i>et al</i> ⁽⁷⁰⁾ , 2009	EUA	1162	–	1,5 de violência durante a gravidez.	Durante a gestação
Chu <i>et al</i> ⁽⁷¹⁾ , 2010	EUA	134.955	–	5,3 de violência prévia (12m) à	Pós parto

		(questionário enviado)		gestação; 3,6% de violência durante a gestação.	
Martin & Garcia, ⁽²⁷⁾ , 2011	EUA	313	-	11% de violência física e 22% de violência emocional antes (12m) da gestação; 10 % de violência física e de 19% violência emocional durante a gestação.	Durante a gestação
Romero-Gutiérrez <i>et al</i> ⁽⁷⁹⁾ , 2011	MÉXICO	1623	15-46a	43,8% de violência durante a gestação.	Puerpério

O primeiro trabalho encontrado sobre violência contra a gestante foi da década de 1980. Helton⁽⁶⁹⁾, em 1986, conduziu um estudo com uma representação de 290 gestantes, por meio de entrevistas realizadas em clínicas obstétricas privadas e públicas. Neste estudo, encontrou 24 mulheres que referiram sofrer violência durante a gestação. Dentre estas, oito necessitaram de tratamento médico, porém em nenhum dos casos as mulheres foram questionadas durante o acompanhamento pré-natal a respeito de violência intrafamiliar.

Podemos citar alguns estudos em que as prevalências de violência contra a gestante se mantiveram semelhantes entre 3,6 e 8,2%^(69, 71-74, 80, 82, 85, 86). Destes, seis foram realizados nos Estados Unidos^(69,71-74,85), dois no México^(80,86) e um no Canadá⁽⁸²⁾. Um estudo⁽³⁹⁾ não identificou a prevalência durante a gestação, apenas comparou as mulheres que estavam grávidas com não grávidas. Em contrapartida, uma pesquisa apresentou valores menores, como o estudo de Smikle *et al*⁽³⁶⁾, que registrou uma prevalência de 1% nas gestantes entrevistadas. E, na outra extremidade de percentuais, há diversas pesquisas^(6,9,27,42,75,79) demonstrando prevalências acima de 8,2%, chegando a até 81%, como no estudo de Bailey & Daugherty⁽⁷⁸⁾, realizado em 2007, que investigou gestantes Apalaches provenientes de uma comunidade rural e obtiveram elevada prevalência de agressões durante a gestação. Destas, 80% relataram violência psicológica, 28% referiram violência física e 20% relataram violência sexual.

O universo da violência contra as adolescentes gestantes também foi explorado em estudo conduzido por Parker *et al*⁽⁴⁾, em que se observou que as não grávidas (31,6%) sofreram mais violência do que as mulheres adultas (23,6%). Ainda neste estudo, a mesma tendência de agressões se manteve durante a gestação entre adolescentes (21,7%) e mulheres adultas (15,9%). Estudo de coorte realizado por Harrykson *et al*⁽²²⁾ registrou prevalência de violência de 21% em avaliação no terceiro mês puerperal e 13% no 24º mês pós-parto. Outro achado revelou que 75% das adolescentes que relataram ter sofrido agressões durante a gravidez também relataram violência em avaliação realizada no 24º mês de puerpério, e 78% das investigadas que relataram violência nos três primeiros meses pós-parto não tinham sofrido violência antes do nascimento do filho. Concluíram, deste modo, que as adolescentes continuaram em risco para violência, por parceiro íntimo, mesmo no período puerperal.

Comparações da prevalência da violência antes e durante a gestação são abordadas em alguns estudos^(4,6,27,36,39,69-74,76,82). De modo geral, esses estudos demonstraram que a prevalência de violência

diminuiu durante a gestação^(4,6,27,36,69-71,73,74,82). Por outro lado, algumas pesquisas mostraram o contrário^(27,72,80), e até mesmo mulheres que não sofriam violência prévia passaram a ser agredidas durante a gravidez, conforme descrevem Martin & Garcia⁽²⁷⁾, indicando que grande parte (53%) das gestantes que sofreram agressões durante a gestação não tinham sido agredidas previamente.

No ano de 2003, Castro *et al* publicaram dois artigos^(9,73). No primeiro, entrevistaram 914 gestantes e obtiveram a prevalência de 25% de violência durante a gestação, tendo observado que a violência psicológica aumentou nesse período, ao passo que as violências físicas e sexuais retrocederam. No segundo⁽⁷⁵⁾, compararam a prevalência entre gestantes de origem mexicana (Morelos, México) e gestantes latinas (Los Angeles, EUA), com o objetivo de avaliar se grávidas com diferentes etnias ou culturas poderiam alterar a prevalência dos resultados de violência. Reportaram que as mulheres mexicanas apresentaram prevalência maior de violência em comparação com as californianas – 14,8% e 11,9%, respectivamente.

Macfarlane *et al*⁽⁴²⁾, em 1995, encontrou prevalência de 16% de violência física durante a gestação. O abuso foi recorrente, com 56% das mulheres alegando dois ou mais episódios de violência. As gestantes foram entrevistadas na primeira consulta de pré-natal e, após, em mais duas ocasiões durante a gestação. Os mesmos pesquisadores⁽⁶⁾ conduziram outro estudo com 199 gestantes afro-americanas, hispânicas e anglo-americanas brancas. Observaram valores de 18,1% de agressões durante a gravidez, mas nenhuma durante o ano anterior à gestação; 30,2% sofreram violência no ano anterior à gestação, porém não foram agredidas durante a gestação; e 51,8% sofreram violência antes e durante a gestação. As gestantes que relataram violência antes e durante a gestação sofreram agressões mais severas do que as dos outros grupos.

No trabalho de Lutgendorf *et al*⁽⁷⁰⁾, em uma população militar de mulheres grávidas, a prevalência encontrada foi de 14,5%. Esse estudo foi conduzido no período de janeiro de 2007 a março de 2008, e o instrumento utilizado foi o *Abuse Assessment Screen* (AAS).

Na década de 1990, inúmeros trabalhos foram descritos sobre essa temática. Dentre estes, avaliando 488 puérperas, Campbell *et al*⁽⁷²⁾ registraram uma prevalência de 7% de mulheres que sofreram violência durante a gestação, número semelhante ao de outros estudos que viriam a ser publicados^(71,72).

Alguns anos mais tarde, em estudo conduzido na Carolina do Norte, EUA, em uma população de 2.648 mulheres, Martin *et al*⁽⁷³⁾ estimaram prevalência de 6,9% de violência antes da gestação, de 6,1%

durante a gravidez e de 3,2% no período puerperal, de aproximadamente três meses. Além disso, observaram que a maioria (77%) das mulheres agredidas no período pós-parto sofreu agressões graves, mas apenas 23% delas receberam tratamento médico.

Dezesseis estados americanos foram pesquisados por Saltzman *et al*⁽⁷⁴⁾, que avaliaram a prevalência de fatores de risco para a violência por parceiro íntimo antes e durante a gestação. Em achados semelhantes aos estudos anteriores, obtiveram prevalência de 7,2% ($IC_{95\%}6.9-7.6$) durante os doze meses que precedem a gestação, 5,3% ($IC_{95\%}5.0-5.6$) durante a gravidez e 8,7% ($IC_{95\%}8.3-9.1$) próximo à gestação (abuso antes ou durante a gravidez). Observaram, portanto, prevalências mais elevadas antes da gestação do que durante a gravidez.

Outro estudo multicêntrico, realizado por Chu *et al*⁽⁷¹⁾, avaliou a violência por parceiro íntimo entre mulheres americanas antes e durante a gestação e investigaram se havia diferenças entre as prevalências dos parceiros agressores antigos e dos parceiros atuais. Para tanto, analisaram questionários enviados a 134.955 mulheres de 27 estados americanos e da cidade de Nova York. Observaram prevalência maior de violência dos parceiros antigos, e os principais fatores associados às agressões foram o parceiro ter tido separação ou divórcio recente, a não aceitação da gestação e o uso de drogas ou álcool.

Mesmo fazendo parte do mesmo continente, os estudos realizados no México apresentam prevalência de violência na gestação bem diferente das encontradas nos Estados Unidos e no Canadá.

Investigando tipos, graus de severidade e impactos maternos e neonatais decorrentes de violências domésticas, Romero-Gutierrez *et al*⁽⁷⁹⁾ avaliaram 1.623 puérperas na cidade de Leon, México. Obtiveram prevalência de 43,8% de violência durante a gestação, das quais 79,1% sofreram abusos leves e 20,9% sofreram agressões severas. Concluíram também que, das gestantes que sofreram violência, a maior parte (72,9%) foi por meio de insultos morais, e a menor por agressões sexuais (11,3%).

Em pesquisa realizada em 2003 por Castro & Ruiz⁽⁷⁶⁾ no estado de Morelos, México, encontrou-se prevalência de violência de 32% antes e durante a gestação. No mesmo ano, Doubova *et al*⁽⁷⁷⁾, na cidade do México, também observaram alta prevalência de violência durante a gestação (31,1%). A violência psicológica foi a que mais ocorreu (93%). Na mesma cidade, Dias *et al*⁽⁸⁰⁾ avaliaram 1.314 gestantes. Obtiveram prevalência de violência durante a gestação de 7,6%, que é cerca de seis vezes menor que a encontrada por Doubova *et al*⁽⁷⁷⁾ e Castro & Ruiz⁽⁷⁶⁾, e 71% das grávidas referiram que os atos de violência aumentaram

depois que engravidaram. Deste modo, concluíram que as visitas de pré-natal são um bom momento para investigar e intervir na violência doméstica contra a gestante.

Com o objetivo de avaliar e comparar a magnitude da violência doméstica entre mulheres grávidas e não grávidas, Mendoza *et al*⁽³⁹⁾ selecionaram aleatoriamente 490 mulheres com idade entre 15 e 45 anos. Durante a gestação, observaram maior prevalência de violência psicológica e econômica, porém destacaram maior prevalência de violência física entre as mulheres não grávidas. O estudo foi desenvolvido na cidade do México.

Tendo por base a revisão realizada no continente norte-americano, observou-se que as prevalências da violência contra gestantes nos EUA e no Canadá mantiveram-se baixas e semelhantes, entre 3,6 e 8,2%, em vários estudos^(69,71-74,82,85). Porém, em outras pesquisas^(6,27,42,75) atingiram níveis de prevalência maiores (que variou de 10 a 19%), chegando a taxas elevadas, como no trabalho de Bailey & Daugherty (81%)⁽⁷⁸⁾. Fatores culturais, religiosos e econômicos são apontados como principais causas das baixas prevalências de violência doméstica durante a gestação nesses países.

Apesar de o México fazer parte do mesmo continente, a maioria dos estudos realizados nesse país^(39,76,77,79) revelou prevalências de violência contra as gestantes bem maiores do que as encontradas nos EUA e no Canadá.

De modo geral, os artigos produzidos no continente norte-americano demonstraram que as prevalências da violência tendem a diminuir durante a gestação^(4, 6, 27,36, 69-71,73,74,82), em comparação com os períodos pré e pós-gestacionais.

3.6 PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER DURANTE A GESTAÇÃO NO CONTINENTE ASIÁTICO E NA OCEANIA

Na revisão da literatura foram encontrados, dentre os 71 estudos analisados, 19 publicações no **Continente Asiático e Oceania**. Em relação aos países desse continente com maior número de publicações destacaram-se Índia^(12,87,88), Jordânia⁽⁸⁹⁻⁹¹⁾, Paquistão^(92,93), Irã^(94,95) e China^(24,96). Em seguida estão Taiwan⁽⁹⁷⁾, Malásia⁽⁹⁴⁾, Tailândia⁽³⁸⁾, Líbano⁽⁹⁸⁾, Japão⁽⁹⁹⁾, Austrália⁽⁵⁾ e Nova Zelândia⁽¹⁰⁰⁾.

A maior parte dos estudos sobre violência contra a gestante desenvolvidos no continente asiático apresenta delineamento transversal^(24,38,87,90-92,94,95,97-99, 101). Desses estudos, oito delimitaram a

idade das mulheres envolvidas nas pesquisas^(38, 87,89, 91,93, 94, 97,98), porém os demais não fizeram referência a essa variável.

Aproximadamente metade dos pesquisadores utilizou entrevistas^(87,91-96,98,100,101), ao passo que os demais obtiveram os dados junto às entrevistadas por meio de questionários^(5,12,24,38, 88-90,97,99). Os dados foram coletados durante a gestação^(5,12,38, 88,90,91,99) ou no período puerperal^(24,92,93,96-98,100,101) em clínicas ou hospitais. Um artigo⁽⁹⁴⁾ avaliou mulheres durante a gestação e no período pós-parto (puerperal). O quadro 2 representa os estudos epidemiológicos sobre prevalência doméstica na gestação, relacionados em ordem cronológica, e suas principais características.

Quadro 2: Estudos epidemiológicos sobre prevalência da violência doméstica durante a gestação no Continente Asiático e Oceania

Autor(ES)/ref/ano	Local	Amostra (n)	Idade	Prevalência %	Período de tempo considerado
Webster <i>et al</i> ⁽⁵⁾ ,1994	AUSTRÁLIA	1014	>16a	29,7%	Durante a gestação
Peedcayil <i>et al</i> ⁽⁸⁷⁾ ,2004	ÍNDIA	9938	15-49 a	18%	Até 49 anos
Khosla <i>et al</i> ⁽¹²⁾ ,2005	ÍNDIA	991	—	28,4%	Durante a gestação
Lau ⁽²⁴⁾ , 2005	CHINA	1200	—	11,2%	Puerpério
Fikree <i>et al</i> ⁽⁹²⁾ ,2006	PAQUISTÃO	300	—	23%	Puerpério
Yang <i>et al</i> ⁽⁹⁷⁾ ,2006	TAIWAN	1143	≥ 15a	6,9%	Puerpério
Jahanfar <i>et al</i> ⁽⁹⁴⁾ ,2007	MALÁSIA	134	15-45a	4,5%	Durante a gestação/ puerpério
Jahanfar & Malekzadegan ⁽¹⁰¹⁾ , 2007	IRÃ	1880	—	60,6%	Puerpério
Singh <i>et al</i> ⁽⁸⁸⁾ ,2008	ÍNDIA	450	—	26,9%	Durante a gestação
Farid <i>et al</i> ⁽⁹³⁾ ,2008	PAQUISTÃO	500	15-49 a	44%	Puerpério
Thananowan & Heidrich ⁽³⁸⁾ , 2008	TAILÂNDIA	475	≥ 18a	4,8%	Durante a gestação
Fanslow <i>et al</i> ⁽¹⁰⁰⁾ ,2008	NOVA ZELÂNDIA	2391	18-64a	6% urbanas 9% rurais	Pós parto
Clark <i>et al</i> ⁽⁸⁹⁾ ,2009	JORDÂNIA	390	qualquer idade	15%	Mulheres que já engravidaram
Hammoury <i>et al</i> ⁽⁹⁸⁾ ,2009	LÍBANO	349	15-42a	11,4%	Puerpério
Oweis <i>et al</i> ⁽⁹⁰⁾ ,2010	JORDÂNIA	316	—	física: 10,4%;	Durante a gestação

				psicológica:23,4%; sexual:5,7	
Autor(ES)/ref/ano	Local	Amostra (n)	Idade	Prevalência %	Período de tempo considerado
Mohammadhosseini <i>et al</i> ⁽⁹⁵⁾ ,2010	IRÃ	300	–	42%	6 a 18 m pós parto
Inami <i>et al</i> ⁽⁹⁹⁾ ,2010	JAPÃO	400	–	31,4 contra japonesas, 21,4 não japonesas	Durante a gestação
Ko Ling Chan <i>et al</i> ⁽⁹⁶⁾ ,2011	CHINA	2225	–	18,8%	Entrevistaram o parceiro
Okour & Badameh ⁽⁹¹⁾ , 2011	JORDÂNIA	303	>20a	40,9%	Durante a gestação

Um dos primeiros estudos a investigar a prevalência da violência doméstica contra a gestante nos países asiáticos foi realizado por Peedicayil *et al*⁽⁸⁷⁾, no qual foram entrevistadas 9.938 mulheres indianas com idade entre 15 e 49 anos e com pelo menos um filho menor de 18 anos. As variáveis incluíram seis diferentes tipos de agressões: tapas, socos, chutes, espancamentos, uso de armas ou algum outro tipo de agressão que cause ferimentos. Violência moderada e severa foi considerada quando houve ao menos um destes três itens: chutes, socos, espancamentos. Identificou-se que 18% das mulheres foram agredidas com pelos menos um dos tipos de violência expostos anteriormente, 3% com todas as seis variáveis e 12,9% das mulheres sofreram violência moderada e severa.

Fatores culturais, regionais, sociais e familiares também podem interferir na prevalência da violência doméstica. Chama atenção em trabalho realizado por Khosla *et al*⁽¹²⁾ com 991 gestantes, na Índia, no qual encontraram elevada prevalência de violência (28,4%), que a mãe da gestante foi a principal agressora (61,3%), seguida do marido ou parceiro (48,2%) e da irmã (22,6%). Grande parte das agressões foi realizada por mais de uma pessoa. Além dos fatores culturais, a relutância da polícia e dos agentes da lei em intervir em tais situações força muitas mulheres indianas a esconder e não denunciar repetidos episódios de violência doméstica⁽⁸⁸⁾. Autores afirmam que:

Um elevado nível de violência contra mulheres grávidas pode ser interpretado no contexto das tradições regionais que reconhecem as ações contra a esposa. Em muitos casos, um homem pode ser encorajado a disciplinar sua esposa ou poderá ser descrito como incompetente.^{(91):1857}

Na Jordânia, Clark *et al*⁽⁸⁹⁾, em uma amostra de 390 gestantes, obtiveram prevalência de 15% de violência física, sendo o marido responsável por 83% das agressões. Outro estudo publicado em 2010, realizado no mesmo país, avaliou 316 gestantes. Neste, Oweis *et al*⁽⁹⁰⁾ obtiveram prevalência de 10,4% de violência física, 23,4% de emocional e 5,7% de sexual. Avaliando a prevalência de atos violentos em gestantes em uma comunidade beduína, Okour & Baderneh⁽⁹¹⁾ constataram elevada valor de violência (40,9%). A física foi a mais prevalente (34,7%), seguida da psicológica (28,1%) e da sexual (15,5%).

Em estudo realizado na cidade de Karachi, Paquistão, Fikree *et al*⁽⁹²⁾ obtiveram prevalência de 44% de violência física pelo companheiro, sendo 23% durante a gravidez. Dentre as mulheres que sofreram violência física durante a vida, todas relataram violência psicológica e 36% referiram violência sexual. No mesmo país, dois anos depois, Farid *et al*⁽⁹³⁾ entrevistaram 500 mulheres puérperas e obtiveram prevalência de 44% de violência durante a gestação. Destas, 43% sofreram abuso emocional e 12,6% relataram abuso físico. Semelhante ao que foi encontrado na Índia, essa pesquisa conduzida no Paquistão identificou a dinâmica familiar e a estrutura social patriarcal como responsáveis pela coerção sexual e pelo abuso verbal e físico. Concluíram assim que o envolvimento muito próximo e frequente dos membros da família, principalmente das sogras, aumenta os níveis de estresse, os conflitos conjugais e a vulnerabilidade dos abusos contra a esposa.

A mais alta prevalência de violência doméstica no continente asiático foi encontrada em estudo por Jahanfar & Malekzadegan⁽¹⁰¹⁾, realizado no Irã. Foram entrevistadas 1.800 mulheres, e a prevalência geral estimada foi de 60,6%. A violência física foi de 14,6%, a psicológica foi de 60,5% e a sexual foi de 23,5%. Seguindo a mesma tendência dos estudos anteriores, Mohammad Hosseini *et al*⁽⁹⁵⁾ encontraram prevalência de 51,7% considerando um ano antes da gravidez, 42% durante a gravidez e 53,3% na mensuração em um período compreendido entre 6 a 18 meses após a gestação. A prevalência geral de violência psicológica foi de 53,5%, a física foi de 26,7% e a sexual foi de 34,7%. O trabalho foi conduzido em Jahrom, Irã. Os autores concluíram que a presença de violência durante a gestação, ou em qualquer período, é um forte indicador para violências subsequentes.

Países como Taiwan, Tailândia e Malásia apresentaram as menores prevalências de violência doméstica contra a gestante, com taxas comparáveis às encontradas em países desenvolvidos^(2, 3, 71, 73, 74, 80, 82, 85, 102). Em estudo conduzido em Taiwan, com uma população de 1.143 puérperas, Yang *et al*⁽⁹⁷⁾ obtiveram prevalência de violência de 6,9%. Semelhantes a esses achados, Thananowan & Heidrich⁽⁹⁷⁾, em trabalho realizado em 2008 na Tailândia, obtiveram prevalência de 4,8% durante a gestação, e 13,1% relataram já terem sido agredidas previamente. A amostra de gestantes foi de 475 mulheres. Do mesmo modo, Jahanfar *et al*⁽⁹⁴⁾, em pesquisa realizada na cidade de Perak, Malásia, encontraram baixa prevalência de violência doméstica em grávidas: 4,5%. Em função dos baixos índices de violência observados

nesse artigo, a utilização de *screening* de violência doméstica nos serviços de saúde do país ainda será implantada.

Prevalências um pouco mais elevadas do que as achadas anteriormente foram encontradas em estudo de Lau *et al*⁽²⁴⁾. Após recrutarem 1.200 mulheres puérperas em Hong Kong, identificaram prevalência de 11,2% para violência durante a gestação. Destas, a grande maioria sofreu violência psicológica (79,1%), e quase metade (49,3%) relatou violência sexual. Os maridos foram os agressores em 82,1% dos casos. O questionário utilizado para estimar a violência foi o *Abuse Assessment Screen* (AAS). Em Sidon, Líbano, Hammoury *et al*⁽²⁴⁾ encontraram prevalência de 59% de mulheres que foram agredidas enquanto estavam casadas, 19,1% sofreram agressões no período de um ano antes da atual gestação e 11,4% foram agredidas durante a gestação.

Na Oceania foram encontrados apenas dois artigos^(5, 100), um realizado na Austrália⁽⁵⁾ e outro na Nova Zelândia⁽¹⁰⁰⁾. Sobre as características das mulheres que sofreram violência durante a gestação, encontramos no estudo de Webster⁽⁵⁾ que a média de idade foi de 26 anos. O outro estudo⁽¹⁰⁰⁾ desse continente não descreve as características das mulheres, apenas realiza regressão logística com as características (localização, idade, etnia, escolaridade, situação conjugal, número de gestações e renda familiar) e testa associação com violência durante a gestação.

O trabalho realizado por Webster *et al*⁽⁵⁾ na cidade de Brisbane, Austrália, procurou determinar a dimensão da violência física e psicológica em gestantes. Para isto, avaliaram 1.014 mulheres e obtiveram como resultados que 29,7% apresentavam história de abuso prévio e que 5,8% das gestantes sofreram abuso durante a gestação. Concluíram que 8,9% das gestantes continuaram sofrendo agressões durante a gestação e, destas, 31% necessitaram de atendimento médico. A pesquisa foi realizada por meio de questionário autoaplicado no ano de 1992.

No estudo realizado na Nova Zelândia, com uma amostragem representativa de 2.391 mulheres entre 18 e 64 anos que tiveram filhos, Fanslow *et al*⁽¹⁰⁰⁾ obtiveram prevalência de violência doméstica durante a gestação de 6% em mulheres de áreas urbanas e de 9% em mulheres provenientes de regiões rurais. A análise ajustada demonstrou que etnia, morar com parceiro e renda familiar foram estatisticamente associados com a experiência de violência durante a gestação.

Com a revisão realizada nesses continentes, conclui-se que a prevalência da violência doméstica durante o período gestacional variou de níveis considerados baixos – como encontraram Jahanfar *et al*⁽⁹⁴⁾, que

obtiveram 4,5% de violência – até valores extremamente elevados – como os obtidos por Jahanfar & Malekzadegan⁽¹⁰¹⁾ no Irã, onde observaram prevalência de 60,6%. Porém, na grande maioria dos artigos^(12, 87-89, 91-93, 95, 99, 101) observaram-se prevalências elevadas de violência contra a mulher gestante. Além de a gestação ser um período particularmente vulnerável para a mulher, os hábitos familiares patriarcais, as tradições regionais, as crenças religiosas extremamente rígidas e as culturas de dominação masculina e submissão feminina caracterizaram-se por serem as principais causas de violência doméstica observadas no continente asiático. Na Oceania os estudos demonstraram prevalências baixas, semelhantes a alguns estudos apresentados no continente asiático.

3.7 PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER DURANTE A GESTAÇÃO NO CONTINENTE EUROPEU

O continente europeu, formado por 48 países, abrangeu treze estudos^(7, 11, 18, 21, 37, 103-110), de acordo com a revisão realizada. Os países onde houve maior número de artigos publicados foram Inglaterra^(11, 22, 105, 106, 110), seguida por Suécia^(7, 21, 37) e Turquia^(18, 78, 107).

As mulheres que fizeram parte desses estudos apresentaram algumas características em comum, como faixa etária entre 21 e 36 anos^(7, 18, 21, 103, 107-109), situação conjugal de casada ou vivendo com companheiro^(7, 18, 37, 104, 106) e escolaridade como Ensino Fundamental^(18, 107-109) e Ensino Médio completos^(7, 37). Os estudos pesquisaram a violência doméstica como um todo^(11, 18, 37, 103-106, 108-110) ou por tipos específicos, entre elas a física^(7, 21, 107), a psicológica ou emocional^(21, 107) e a sexual^(7, 21, 107).

O quadro 3 representa os estudos epidemiológicos sobre prevalência doméstica na gestação realizados na Europa, relacionados em ordem cronológica, e suas principais características.

Quadro 3: Estudos epidemiológicos sobre prevalência da violência doméstica durante a gestação na Europa

Autor(ES)/ref/ano	Local	Amostra (n)	Idade	Prevalência %	Período de tempo considerado
Hedin <i>et al</i> ⁽⁷⁾ , 1999	SUÉCIA	207	17-41a	24,5% de violência no ano anterior à gestação; durante a gestação: 14,5% de violência psicológica; 2,9 de violência grave; 2,4% de violência moderada; 3,3% de violência sexual.	Durante a gestação
Hedin & Janson ⁽³⁷⁾ , 2000	SUÉCIA	207	17-41a	95% das mulheres que foram agredidas durante a gestação já tinham sido agredidas previamente.	Durante a gestação
Irion <i>et al</i> ⁽²¹⁾ , 2000	SUÍÇA	206	Idade média: 31a	7% de violência durante a gestação.	Puerpério
Savona-Ventura <i>et al</i> ⁽¹⁰³⁾ , 2001	República de Malta	405	–	11,7% de violência durante a gestação.	Puerpério
Johnson <i>et al</i> ⁽¹⁰⁴⁾ , 2003	INGLATERRA	475	–	17% de violência durante a gestação; 10% sofreram violência sexual.	Durante a gestação
Bacchus <i>et al</i> ⁽¹¹⁾ , 2004	INGLATERRA	200	17-44a	3% de violência durante a gestação.	Durante a gestação/puerpério

Bacchus <i>et al</i> ⁽¹⁰⁵⁾ , 2004	INGLATERRA	892	16a ou mais	2,5% de violência durante a gravidez; 1,8% de violência doméstica no início da gestação; 5,8% até 34 semanas de gestação e 5% até 10 dias pós parto.	Durante a gestação/puerpério
Bowen <i>et al</i> ⁽¹⁰⁶⁾ , 2005	INGLATERRA	7591 (questionários)	–	Violência durante a gestação (18semanas): física: 1%, emocional: 4,8%, qualquer violência: 4,8%. No puerpério (33sem): física: 2,9%, emocional: 10,8%, qualquer violência: 11%.	Durante a gestação/puerpério
Karaoglu <i>et al</i> ⁽¹⁰⁷⁾ , 2006	TURQUIA	824	Idade média: 26.5 a	31,7% de violência durante a gestação Violência emocional: 26,7%; violência sexual: 9,7%, violência física: 8,1% .	Durante a gestação
Autor(ES)/ref/ano	Local	Amostra (n)	Idade	Prevalência %	Período de tempo considerado

Deveci <i>et al</i> ⁽¹⁰⁸⁾ , 2007	TURQUIA	249	Idade média: 26.8 a	4,8% de violência durante a gestação (30,5% foram insultos verbais e 4,4% foram abusos sexuais).	Durante a gestação.
Devries <i>et al</i> ⁽¹¹⁰⁾ , 2010	INGLATERRA	-		3,8% - 8,8%.	Durante a gestação.
Rietveld <i>et al</i> ⁽¹⁰⁹⁾ , 2010	HOLANDA	82	-	5% de violência durante a gestação.	Durante a gestação/puerpério.
Arslantas <i>et al</i> ⁽¹⁸⁾ 2012	TURQUIA	253	-	11,1% de violência durante a gestação (o abuso físico foi o mais frequente: 18,2%).	Durante a gestação.

Dentre os estudos encontrados nesse continente, apenas um foi publicado na década de 1990. Trata-se da pesquisa de Hedin *et al*⁽⁷⁾, com uma amostra de 207 gestantes da população de Goteborg, Suécia, onde encontraram uma prevalência de 27,5% de agressões em alguma fase prévia de suas vidas e de 24,5% no último ano, desencadeadas pelos seus maridos ou namorados.

No início da década de 2000, outro trabalho publicado por Hedin *et al*⁽³⁷⁾, com a mesma população e amostragem de seu trabalho anterior em Goteborg, Suécia, identificou que 95% das mulheres que foram agredidas durante a gestação já tinham sido agredidas previamente, com 4,3% delas tendo sofrido agressões graves.

Elevadas prevalências de violência contra gestantes (31,7%) foram demonstradas por Karaoglu *et al*⁽¹⁰⁷⁾. A violência emocional foi de 26,7%, seguida da violência sexual (9,7%) e da física (8,1%).

Os namorados foram os principais agressores na pesquisa de Johnson *et al*⁽¹⁰⁴⁾, que avaliou 475 gestantes no ano de 2003. As mulheres responderam um questionário confidencial, sem a companhia de seus parceiros, em um hospital no norte da Inglaterra. Encontraram como prevalência de violência doméstica 17%.

Semelhante aos achados anteriores, em outro trabalho, realizado na Turquia no ano de 2012, Arslantas *et al*⁽¹⁸⁾ avaliaram 253 gestantes e obtiveram prevalência de violência doméstica de 24,1% em alguma fase da vida e 11,1% durante a gestação. Quanto aos tipos de violência, a mais prevalente foi o abuso físico (18,2%).

Em trabalho realizado por Irion *et al*⁽²¹⁾ em um hospital de ensino universitário na cidade de Genebra, Suíça, avaliou-se uma população de 3.000 gestantes. O estudo identificou uma prevalência de 7% e ressaltou as dificuldades de identificação das agressões pelos profissionais de saúde.

Deveci *et al*⁽¹⁰⁸⁾ publicaram trabalho realizado na cidade de Elazig, Turquia, com uma amostra de 249 gestantes. Contrariamente ao estudo de Karaoglu⁽¹⁰⁷⁾, realizado no mesmo país, encontraram baixa prevalência de violência durante a gestação (4,8%). Desse total, 30,5% foram insultos verbais e 4,4% abusos sexuais. Além disso, observaram que 25,7% das gestantes foram expostas a um ou mais tipos de violência em gestações prévias.

Percentual semelhante foi encontrado no estudo de Bacchus *et al*⁽¹¹⁾, sendo 23,5% durante a vida e 3% durante a gestação. O trabalho foi realizado com a participação de 200 gestantes maiores de 16 anos, na cidade de Londres, Inglaterra. O protocolo usado na investigação foi o *Abuse Assessment Screen* (AAS). O mesmo autor publicou outro

trabalho⁽¹⁰⁵⁾ com o objetivo de comparar se após a atuação de enfermeiras treinadas na investigação sistemática de violência na gestação haveria diferenças na prevalência de violência dos dados de gestantes já constantes nos laudos hospitalares. Após entrevistarem 892 gestantes e compararem com os dados de 265 laudos hospitalares, concluíram que a investigação dirigida e sistemática aumentou os níveis de detecção de violência doméstica contra as gestantes em 2,1% (IC_{95%} 0.1-3.4%; p = 0.03).

Encontramos um estudo longitudinal realizado por Bowen *et al*⁽¹⁰⁶⁾ em Londres ainda em 2005. As participantes desse estudo relataram sofrer mais violência no puerpério do que durante a gestação. Mulheres que referiram um episódio de violência durante a gravidez tiveram 2,73 (IC_{95%} 2.16-3.45) vezes mais chances de sofrer violência com 33 meses pós-parto, e mulheres que relataram cinco episódios de violência durante a gravidez tiveram 14,69 (IC_{95%} 7.35-29.37) vezes mais chances de sofrer violência com 33 meses pós-parto.

Dados publicados por Rietveld *et al*⁽¹⁰⁹⁾, na Holanda, revelaram prevalência de violência contra a mulher de 23% em alguma fase da vida, e 9% continuaram sofrendo violência doméstica. A amostra incluiu 300 mulheres, das quais 41% eram gestantes. Destas, 5% sofreram violência repetidamente, e a grande maioria delas (78%) achava importante o questionamento e a investigação de violência por parte dos profissionais de saúde.

Vale destacar alguns achados que se sobrepõem ao que é comumente encontrado nos estudos. Estes dizem respeito às pesquisas realizadas principalmente na Turquia, onde as mulheres entrevistadas apresentaram baixa escolaridade, chegando a 82% no estudo de Deveci *et al*⁽¹⁰⁸⁾, e 95,6% destas eram desempregadas. No estudo de Arslantas *et al*⁽¹⁸⁾, 20,9% das entrevistadas responderam que eram seus familiares que escolhiam seu cônjuge. Os autores ainda demonstraram que as mulheres que não desejaram seu casamento tinham maiores chances de sofrer violência durante a gestação. Concluíram assim que, em sociedades nas quais os papéis de gênero são dominantes, algumas medidas profiláticas são necessárias, tais como o apoio e incentivo à educação de meninas para aumentar a consciência entre elas no que diz respeito a direitos pessoais e legais que contribuam e possam influenciar decisivamente na redução da violência contra as mulheres.

3.8 PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER DURANTE A GESTAÇÃO NA AMÉRICA DO SUL, AMÉRICA CENTRAL E BRASIL

Optou-se por descrever conjuntamente os artigos referentes à prevalência da violência doméstica durante a gestação englobando a **América do Sul** e a **América Central**. Após revisão da literatura, foi encontrado apenas um artigo na América Central⁽⁴¹⁾, sendo os demais na América do Sul. Destes, um foi elaborado no Peru⁽¹¹¹⁾ e todos os outros foram realizados no Brasil^(8, 13-17, 19, 25, 29, 40, 112).

A amostragem dos artigos variou de 133 mulheres avaliadas por Mattar *et al*⁽²⁵⁾ a 2.392 mulheres em trabalho realizado por Perales *et al*⁽¹¹¹⁾ na cidade de Lima, Peru. Apenas cinco artigos delimitaram a idade das analisadas^(14,19,25,111,112), e o delineamento transversal foi o mais utilizado entre todos os estudos encontrados^(13, 17, 25, 40, 41,111,113). No que diz respeito à forma de coleta para a obtenção dos dados, a grande maioria utilizou entrevistas^(8, 14-16,19, 29,40, 41,111,112), dois utilizaram questionários^(13,17) e um utilizou tanto entrevista como questionário⁽²⁵⁾. Aproximadamente metade das avaliações foi realizada no período puerperal^(8, 13, 14, 17, 25, 40, 111), ou durante a gestação^(15,29,41,106,112). Um artigo avaliou durante a gestação e no período pós-parto⁽¹⁹⁾. O quadro 4 representa os estudos epidemiológicos sobre prevalência doméstica na gestação realizados na América do Sul e Central, relacionados em ordem cronológica, e suas principais características.

Quadro 4: Estudos epidemiológicos sobre prevalência da violência doméstica durante a gestação na América do Sul, América Central e Brasil

Autor(ES)/ref/ano	Local	Amostra (n)	Idade	Prevalência %	Período de tempo considerado
Moraes & Reichenheim ⁽⁸⁾ , 2002	Brasil	526	–	33,8%	Puerpério
Menezes <i>et al</i> ⁽⁴⁰⁾ , 2003	Brasil	420	–	7,4%	puerpério
Valladares <i>et al</i> ⁽⁴¹⁾ , 2005	Nicarágua	478	–	Viol. emoc: 32,4% Viol. física: 13,4% Viol. sexual: 6,7%	Durante a gestação
Kronbauer & Meneghel ⁽¹³⁾ , 2005	Brasil	251	–	17%	Puerpério
Mattar <i>et al</i> ⁽¹¹⁴⁾ , 2007	Brasil	133	15-46 a	Viol. Física: 3,7%	Puerpério
Durand & Schraiber ⁽¹⁴⁾ , 2007	Brasil	1492	15-49a	20%	Puerpério
Audi <i>et al</i> ⁽¹¹³⁾ , 2008	Brasil	1379	Média 23,8a	Viol. psico:19,1% Viol. física e sexual: 6,5%	Durante a gestação
Perales <i>et al</i> ⁽¹¹¹⁾ , 2009	Peru	2392	15-49a	21,5%	Puerpério
Manzolli <i>et al</i> ⁽¹⁶⁾ , 2010	Brasil	712	–	18,2%	Durante a gestação

Santos <i>et al</i> ⁽¹¹²⁾ , 2010	Brasil	331	10-42a	5,1%	Durante a gestação
Moraes <i>et al</i> ⁽¹⁷⁾ , 2010	Brasil	528	_	20%	Puerpério
Silva <i>et al</i> ⁽¹⁹⁾ , 2011	Brasil	960	18-49 a	31%	Durante a gestação/puerpério
Audi <i>et al</i> ⁽²⁹⁾ , 2011	Brasil	1379	_	Viol. psico: 19,1% Viol. física: 6,5% Viol. sexual: 6,5%	Durante a gestação

Um dos primeiros trabalhos que retrataram a prevalência da violência contra a mulher durante a gestação no Brasil apresentou elevada taxa de violência. Foi realizado na cidade do Rio de Janeiro, onde Moraes *et al*⁽⁸⁾ observaram prevalência de 33,8% para alguma forma de violência física e, destas, 16,5% das gestantes relataram agressões severas. Os autores apontam que:

é importante ressaltar que as agressões físicas violentas, pelo companheiro agressor, podem resultar em graves lesões corporais e que, se essas severas situações de violência não forem interrompidas, podem resultar com consequências extremas, inclusive morte.^(8):275)

Nesse mesmo artigo, 78,3%, 9,9% e 15,6% referiram agressões psicológicas, sexuais e físicas, respectivamente. O número de gestantes avaliadas foi de 526. As entrevistas foram realizadas em maternidades públicas, e o protocolo investigativo utilizado foi o *Conflict Tactics Scales* (CTS2).

Em 2007, em estudo realizado envolvendo 14 serviços de saúde pública na Grande São Paulo, Schraiber & Durand⁽¹⁴⁾ avaliaram 1.492 mulheres entre 15 e 49 anos. Perceberam, na análise dos dados, que 20% das mulheres que já engravidaram sofreram algum tipo de violência por parceiro íntimo durante a gestação. No entanto, entenderam ser possível que o estudo tenha subestimado as formas de violência mais brandas, como as psicológicas.

Ainda na Grande São Paulo, Moraes *et al*⁽¹⁷⁾ investigaram 528 puérperas selecionadas em processo de amostragem aleatória simples de três maternidades públicas. Encontraram cerca de 20% de violência física perpetrada pelo companheiro durante a gravidez.

Chamam atenção, nos achados semelhantes, prevalências (17% e 18,2%, respectivamente) encontradas em dois trabalhos realizados na cidade de Porto Alegre. O primeiro foi conduzido por Kronbauer e Meneghel⁽¹³⁾, em que os autores utilizaram nas entrevistas o instrumento *Coordinated Multi Country Study on Womens Health and Life Events* (WHO), em amostra constituída por 251 mulheres entre 18 e 49 anos. O segundo foi elaborado por Manzolli *et al*⁽¹⁶⁾, em amostra de 712 gestantes na qual utilizaram o instrumento *Abuse Assessment Screen* (AAS). Nesse estudo, 43,45% das gestantes referiram também ter sofrido violência em período prévio à gestação.

Estudo realizado na cidade de Recife, por Menezes *et al*⁽⁴⁰⁾, avaliou 420 mulheres no período puerperal em maternidade pública. Encontrou-se prevalência de violência doméstica de 13,1% antes da gestação ($IC_{95\%} 10.1-16.6$) e 7,4% durante a gravidez ($IC_{95\%} 5.2-10.2$). O padrão de violência modificou-se durante a gravidez, pois cessou em 43,6%, diminuiu em 27,3% e aumentou em 11% dos casos. Torna-se importante salientar as características metodológicas diferentes dessa investigação, que procurou avaliar o comportamento e as alterações dos padrões de violência antes e durante a gestação, evidenciando, nesse artigo, que as gestações tiveram efeito protetor contra a violência.

Prevalência inferior às encontradas em outros trabalhos nacionais^(8, 13, 14) ou internacionais^(41, 111) foi apresentada por Santos *et al*⁽¹¹²⁾ em estudo conduzido na cidade do Rio de Janeiro, o qual avaliou a presença de violência doméstica durante a gestação em 331 mulheres no período de 2006-2007. Obteve-se taxa de 5,1% de violência durante a gravidez e 2,1% de abuso sexual. Além disso, encontrou-se prevalência de 42,6% de maus-tratos ao longo da vida e 9,4% de violência no último ano.

No ano de 2007, Mattar *et al*⁽²⁵⁾ registraram baixas taxas de violência física durante a gestação: 3,7% em estudo realizado em uma maternidade da cidade de São Paulo, onde investigaram a associação entre violência doméstica e depressão pós-parto ($p=0,03$), num estudo transversal com 133 gestantes, utilizando na avaliação o instrumento *Abuse Assessment Screen* (AAS).

Em Lima, Peru, Perales *et al*⁽¹¹¹⁾ obtiveram prevalência de violência durante a gestação de 21,5 %, sendo abuso físico (11,9%), emocional (15,6%) e sexual (3,9%). Demonstram que dois terços das mulheres que sofreram qualquer tipo de abuso físico tiveram agressões físicas moderadas e graves. Além disso, concluíram que uma em cada duas mulheres entre 15 e 49 anos tinha sofrido algum tipo de violência durante a vida. O trabalho foi o primeiro documento sobre violência contra as gestantes realizado na capital peruana.

Na América Central, Valladares *et al*⁽⁴¹⁾ realizaram um estudo no município de Leon, Nicarágua, no ano de 2005. Os autores avaliaram 478 gestantes e encontraram prevalência de 32,4% para abuso emocional, 13,4% para abuso físico e 6,7% para violência sexual. Ainda identificaram, nessa publicação, que 17% dessas gestantes sofreram os três tipos de agressões. Além disso, metade das mulheres agredidas foi golpeada com chutes e socos diretamente na região abdominal. Porém, a grande maioria delas não procurou ajuda médico-hospitalar. Segundo os autores, as razões para tal decisão dessas gestantes foram:

Bondade, docilidade, aceitação da dominação masculina e desejo de manter a família unida, com o objetivo de promover o melhor ambiente familiar possível para a criança que está chegando.^(41):1247)

Constatou-se uma grande amplitude nas prevalências de violência contra a gestante no Brasil. Observaram-se desde baixas taxas de prevalência – como as encontradas na cidade do Rio de Janeiro por Mattar *et al*⁽¹¹⁴⁾ (3,7%) e por Santos *et al*⁽¹¹²⁾ (5,1%), ou na cidade de Recife por Menezes *et al*⁽⁴⁰⁾ (7,4%) – até taxas elevadas – como as apresentadas por Silva *et al*⁽¹⁹⁾ (31%) e Moraes e Reichenheim⁽⁸⁾ (33,8%).

Acredita-se que as grandes extensões territoriais do país possam influenciar em diferentes culturas de violência, dominação e submissão. Além disso, as baixas condições socioeconômicas da população em geral podem acentuar a vulnerabilidade da mulher brasileira.

Nos dois estudos realizados fora do Brasil, tanto o conduzido por Valladares *et al*⁽⁴¹⁾, na Nicarágua, como o de Perales *et al*⁽¹¹¹⁾, no Peru, também foram observadas elevadas taxas de prevalência de violência contra a gestante.

3.9 PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER DURANTE A GESTAÇÃO NO CONTINENTE AFRICANO

O **continente africano** apresentou três artigos^(10,23,28), sendo dois realizados na Nigéria^(23,28) e um na África do Sul⁽¹⁰⁾. As mulheres entrevistadas nesses estudos apresentaram média de idade entre 16 e 30 anos. Em relação à escolaridade, observamos discrepância, pois em um estudo 57,4% das mulheres tinham cursado apenas o Ensino Fundamental⁽²³⁾, porém em outro⁽²⁸⁾ 85,2% das mulheres concluíram o Ensino Superior.

O quadro 5 representa os estudos epidemiológicos sobre prevalência doméstica na gestação realizados no Continente Africano, relacionados em ordem cronológica, e suas principais características.

Quadro 5: Estudos epidemiológicos sobre prevalência da violência doméstica durante a gestação na África

Autor(ES)/ref/ano	Local	Amostra(N)	Idade	Prevalência %	Período de tempo considerado
Dunkle <i>et al</i> ⁽¹⁰⁾ , 2004	ÁFRICA DO SUL	1395	16-44a	55,5% de abuso físico e sexual; 7,9% de abuso sexual por não parceiros.	Durante a gestação
Ezechi <i>et al</i> ⁽²³⁾ , 2004	NIGÉRIA	418	–	47,1% relataram história de violência, 11,7% sofreram violência pela primeira vez na atual gestação, 49,2% sofreram violência antes e durante a atual gestação.	Durante a gestação
Efetie & Salami ⁽²⁸⁾ , 2007	NIGÉRIA	334	20-42a	37,4% de violência durante a gestação (psicológico:66,4%, físico:23,4%; sexual:10,2%).	Durante a gestação

Estudo com nigerianas realizado por Ezechi *et al*⁽²³⁾ investigou as características de 418 gestantes na cidade de Lagos, no ano de 2003, que responderam a um questionário estruturado sobre violência durante a gestação. Encontrou-se uma prevalência de 41,7% de violência em alguma fase de suas vidas. Destas, 11,7% sofreram violência pela primeira vez durante a gestação, 49,2% relataram violência antes e durante a gestação e 39,1% referiram violência antes da gravidez. O abuso verbal foi a forma mais comum de violência declarada (52,3%), e o marido ou namorado foi o autor da agressão em 78,7% dos casos.

O mesmo perfil de agressor foi encontrado em estudo de Efetie & Salami⁽²⁸⁾, na cidade de Abuja, Nigéria, onde o marido foi o principal agressor, responsável por 74,2% dos casos de violência. A prevalência de violência doméstica durante a gestação também foi elevada, a exemplo do estudo anterior: 37,4%. O abuso psicológico foi de 66,4%, sendo o mais prevalente, seguido das violências física (23,4%) e sexual (10,2%).

O estudo de Dunkle *et al*⁽¹⁰⁾ também questionou sobre a soropositividade das mulheres, e 32,8% responderam positivamente para a presença de HIV. Chamam atenção as elevadas taxas de abusos físicos e sexuais (30,1%) e de primeira relação sexual sem consentimento (7,3%). Essa pesquisa confirma a necessidade de cuidados de saúde pública para prevenção primária e secundária entre jovens mulheres na África do Sul.

O continente africano foi o segundo que menos publicou sobre essa temática. Apenas um estudo⁽¹⁰⁾ questionou sobre HIV nas entrevistadas. Apesar dos poucos artigos encontrados, observou-se que, a exemplo do continente asiático, há elevadas prevalências de violência contra a mulher durante o período gestacional. Acredita-se que as grandes extensões continentais favoreçam o desenvolvimento de uma vasta pluralidade de tradições regionais, culturais e religiosas e que, associados aos baixos padrões socioeconômicos, sejam esses os principais fatores e causas da violência contra a gestante no continente.

3.10 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM MULHERES DURANTE A GESTAÇÃO

A violência doméstica contra gestantes tem sido reconhecida como um grave problema de saúde mundial, gerando sérias consequências à saúde da mulher e do feto^(31,33). Vários fatores de risco podem estar associados à violência, podendo atuar isoladamente ou interagindo com outras variáveis, assim, dificultando a sua

individualização na origem da violência^(19,30-32). Depressão, ansiedade e estresse, por exemplo, podem estar associados ao uso de álcool e (ou) a drogas ilícitas que podem atuar de forma sinérgica na geração das agressões.

A identificação dos fatores de risco associados à violência doméstica, caracterizada pela violência psicológica, física e sexual, perpetrada durante o período gestacional, é de extrema importância, pois o entendimento dessas situações é fundamental à sua identificação, mas principalmente ao seu enfrentamento em unidades privadas ou públicas de saúde.

A revisão de literatura sobre a prevalência e fatores associados à violência na gestação realizada para esta tese selecionou 71 artigos. Destes, evidenciamos que 57 tratavam de fatores associados. Cabe destacar que inúmeras variáveis foram citadas, mas apresentaremos as mais relevantes para esta tese. O quadro 6 representa os fatores associados à violência, por parceiro íntimo, em mulheres durante a gestação conforme o maior número de vezes em que foram citados com significância estatística nos artigos avaliados.

Quadro 6: Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres durante a gestação e produção científica consultada

Fatores associados	Produção científica consultada
Baixa escolaridade	(8, 12, 13, 18, 29, 37, 40, 74, 85, 88, 92, 95, 97, 98, 106-108, 111)
Solteiras/separadas/não coabitar com o agressor	(11, 14, 24, 36-38, 70, 71, 74, 77, 80, 97, 106, 115)
Condições financeiras	(8, 9, 13, 24, 38, 79, 88, 90, 96, 106-108, 111)
Usuárias de álcool	(8, 12, 16, 71, 77, 78, 80, 81, 97, 100, 102, 115)
Depressão, estresse, ansiedade	(13, 38, 41, 74, 80-82, 106, 115, 116)
Famílias numerosas	(8, 13, 16, 80, 91, 93, 95, 102, 108)
Gravidez indesejada	(16, 24, 29, 38, 71, 74, 90, 98, 107)
Sofrer violência doméstica na infância	(9, 10, 14, 89, 95, 96, 99, 103, 116)
Ser jovem	(12, 24, 37, 38, 41, 74, 95, 96, 102)
Usuárias de drogas	(8, 12, 71, 78, 81, 96, 97, 106)
Fumantes	(12, 78, 80, 97, 105, 107, 115)
Baixo convívio e (ou) amparo social	(8, 12, 41, 82, 93)
Pré-natal incompleto	(4, 8, 78, 93, 117, 118)
Presenciar violência doméstica na	(9, 40, 76, 93, 117)

infância	
Sofrer violência antes da gestação	(9, 70, 95)
Não trabalhar fora	(8, 16, 38)

Dentre os artigos, a **baixa escolaridade** foi o mais encontrado fator associado com a violência durante a gestação^(8, 12, 13, 18, 29, 37, 40, 74, 85, 88, 92, 95, 97, 98, 106-108, 111). A associação entre violência doméstica e escolaridade foi avaliada apresentando, inúmeras vezes, diferentes pontos de corte. Menezes *et al*⁽⁴⁰⁾, por exemplo, obtiveram, como significativo para violência, o período de estudo compreendido entre 0-3 anos, em função da elevada frequência de baixa escolaridade, ao passo que Audi *et al*⁽¹¹⁷⁾ consideraram até 8 ou mais anos de estudo. Por sua vez, Hedin *et al*⁽³⁷⁾ foi de menos de 10 anos ou mais de estudo, evidenciando as diferentes classificações utilizadas.

Em relação ao aumento dos riscos e das chances de sofrer violência durante a gestação, os achados foram variados. Menezes *et al*⁽⁴⁰⁾ entenderam que o risco foi significativamente maior para os níveis mais baixos de escolaridade, sendo quase 10 vezes maior para 0-3 anos estudados, em comparação a 11 ou mais anos. Saltzman *et al*⁽⁷⁴⁾ observaram que mulheres com menos de 12 anos de educação tinham 4,4 vezes mais chances de sofrer violência que mulheres com mais de 12 anos de estudos. Por sua vez, Khosla *et al*⁽¹²⁾ relataram que os abusos são maiores nos casos em que a educação do marido encontra-se abaixo do décimo nível de educação (38,8%), relacionado a 23,5% em que a educação é maior do que o décimo nível.

Fikree *et al*⁽⁹²⁾ encontraram aproximadamente 2,5 vezes mais chances de sofrer abuso físico durante a gestação quando compararam mulheres com Ensino Médio com as de Ensino Superior. Hammoury *et al*⁽⁹⁸⁾ notaram que mulheres com apenas estudo secundário ou intermediário tiveram 6,86 vezes mais chances de sofrer violência do que mulheres com educação universitária. Achados semelhantes foram observados por Arslantas *et al*⁽¹⁸⁾, pois estes perceberam que mulheres com apenas escola primária ou nível menor de educação tinham os riscos aumentados em 4,03 vezes em comparação com quem tem níveis maiores de educação.

Chamam atenção os achados de Kronbauer e Meneghel⁽¹³⁾, que encontraram 86% de violência psicológica e 64% de violência física entre as mulheres sem instrução, e observaram que as mulheres com menos anos de estudo apresentaram prevalências maiores.

Uma grande proporção (50-75%) de mulheres que sofrem violência são **solteiras, separadas ou divorciadas**, comparadas com as

mulheres não violentadas⁽³⁷⁾. Além disso, mulheres não casadas e mulheres com história prévia de agressões pelo parceiro nos últimos 12 meses antes da gestação apresentam maior risco para sofrer violência durante a gravidez^(37, 80). Provavelmente a percepção, a tolerância e as respostas femininas são os fatores que levam muitas mulheres a viver sozinhas em vez de permanecerem em relacionamentos ruins, nos quais sofrem maus-tratos e violência⁽¹¹⁾.

Quanto às chances e aos riscos de sofrer violência, Saltzman *et al*⁽⁷⁴⁾ encontraram que mulheres não casadas, quando avaliadas em um período de 1 ano antes da gestação, apresentaram 3,4 vezes mais chances de sofrer violência do que as casadas, e 5,1 vezes mais chances quando apresentaram divórcio ou separação recente. Lau Y.⁽²⁴⁾ observou que mulheres solteiras tiveram 2,53 vezes mais chances de sofrer violência psicológica menor do que as mulheres não solteiras. Yang *et al*⁽⁹⁷⁾, em trabalho realizado em Taiwan com 1.143 mulheres no período puerperal, evidenciaram que as divorciadas ou separadas tiveram 3,03 vezes mais chances de sofrer violência física que as casadas.

Durand e Schraiber⁽¹⁴⁾, em estudo realizado em 14 serviços públicos de saúde da Grande São Paulo, entrevistando 1.922 usuárias, observaram que mulheres que namoram e mantêm relações sexuais apresentaram 1,48 vezes mais chances de sofrer violência pelo parceiro íntimo na gestação do que as casadas ou amigas. Do mesmo modo, as mulheres sem parceiro ou que namoram, mas não mantêm relações sexuais, apresentaram 1,84 vezes mais chances de serem agredidas do que as casadas ou amigas.

Na bibliografia consultada os autores apontam que mulheres com baixa escolaridade, solteiras ou separadas correm mais risco de sofrer violência pelo parceiro íntimo.

Em relação às **condições financeiras**, o desemprego – tanto da mulher quanto do companheiro – prejudica no cumprimento e nas realizações das necessidades diárias da família, o que, muitas vezes, torna-se motivo para discussões e desentendimentos entre o casal. Isso se torna evidente particularmente em famílias numerosas⁽²⁴⁾. Porém, é importante destacar que outros fatores que podem gerar violência estão associados à falta de recursos financeiros, como estresse, depressão, frustrações e desentendimentos do casal⁽⁹⁰⁾.

Quanto às chances da variável socioeconômica de *status* estar associada à violência doméstica durante a gestação, Castro *et al*⁽⁹⁾ observaram que gestantes de baixa classe social apresentam 2,31 vezes maior risco de sofrer violência durante a gestação que as de classe social econômica média. Reforçando a afirmação anterior, Lau Y.⁽²⁴⁾

identificou que mulheres com parceiros subempregados ou desempregados tiveram 2,46 vezes mais chances de sofrer agressões físicas menores e 2,97 vezes de sofrer agressões físicas severas do que as mulheres do grupo das não agredidas. Além disso, as que eram sustentadas financeiramente exclusivamente por seus parceiros tiveram 3,82 vezes mais chances de sofrer agressões físicas severas. Da mesma forma, a gestante desempregada corre mais risco de sofrer violência ^(8, 16, 38).

Em estudo realizado na cidade de Porto Alegre, Kronbauer & Meneghel⁽¹³⁾ observaram que as gestantes com renda *per capita* inferior a um salário mínimo apresentaram maiores prevalências de violência de gênero. Karaoglu *et al*⁽¹⁰⁷⁾, por sua vez, observou, após avaliar 824 gestantes, que nas famílias com renda familiar igual ou menor que um salário mínimo as mulheres tinham 1,91 mais chances de sofrer violência doméstica durante a gestação. Thananowan & Heidrich⁽³⁸⁾, Singh *et al*⁽⁸⁸⁾ e Romero-Gutiérrez *et al*⁽⁷⁹⁾ concluíram que, quanto menor a renda familiar, maiores são as chances de a gestante sofrer violência doméstica.

Acredita-se também que mulheres que convivem em bons ambientes sociais e familiares, além do fator inibitório das agressões em razão do poder socioeconômico da família, normalmente têm a quem recorrer e solicitar auxílio em situações de violência, seja na forma de orientações psicológicas, de amparo ou até jurídicas.

Ser **usuária de álcool**, tanto pelas gestantes quanto pelo companheiro, é uma das variáveis mais associadas ao desfecho na população estudada. Independentemente do uso de outras drogas, por quem pratica ou sofre a violência, ou ambos, pode ser tanto causa quanto efeito dos abusos físicos⁽⁸²⁾.

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a abstinência total do consumo de álcool durante a gestação em função dos riscos maternos, como alterações do estado de consciência (agitação, agressividade, sonolência, coma alcoólico), dependência, maior risco de sofrer acidentes e traumas, além de problemas fetais, como a Síndrome Fetal Alcoólica⁽¹¹⁹⁾. Além disso, mulheres usuárias de álcool normalmente costumam associar outros fatores de risco para a violência, como o fumo e drogas ilícitas^(8, 78, 81, 96, 97, 100, 115).

Dos fatores associados à violência física contra a gestante, Paredes-Solis *et al*⁽¹⁰²⁾ encontraram que grávidas que consomem álcool durante a gestação apresentam 3,64 mais chances de sofrer violência física nesse período do que aquelas que não consomem. Para Yang⁽⁹⁷⁾, o uso de álcool pelas gestantes foi um dos principais fatores associados

para a violência física durante a gestação. Doubova *et al*⁽¹¹⁶⁾, por sua vez, em trabalho realizado na Cidade do México, encontraram valores significativos para gestantes que usam álcool. Manzolli *et al*⁽¹⁶⁾ concluíram que gestantes que ingeriram álcool mais de uma vez por semana tiveram 2,18 mais chances de sofrer violência durante a gestação quando comparadas com as que não ingeriram.

Dentre as variáveis masculinas de risco para violência contra as gestantes, nos artigos avaliados, o álcool foi o mais prevalente^(12, 40, 74, 82, 87, 89, 108, 116), seguido do uso de drogas^(36, 74, 82, 87, 95, 117), da baixa escolaridade^(13, 87, 95, 108, 109) e do desemprego^(13, 39, 40, 97, 117). Deste modo, é possível comprovar os efeitos deletérios que sua utilização, isolada ou associada a outros fatores de risco, pode causar à mulher gestante.

A associação entre **estresse, ansiedade, depressão** e violência durante a gestação reflete condições emocionais desfavoráveis das gestantes e indica a profundidade das implicações psicológicas das mulheres agredidas⁽⁸²⁾. Deste modo, em função da fragilidade física e emocional comum a esse período, observa-se que as gestantes podem sofrer efeitos graves em termos de autoestima e autoimagem, tornando-se menos seguras do seu valor e mais propensas à depressão, inclusive aumentando as possibilidades de homicídios e suicídios⁽¹³⁾.

Muhajarine & D'Arcy⁽⁸²⁾ constataram que mulheres sob estresse durante a gravidez tiveram 1,6 mais chances de sofrer violência do que mulheres que não referiram estresse. Saltzman *et al*⁽⁷⁴⁾ observaram aumento substancial nos riscos de agressão quando associados a eventos estressantes, incluindo estar envolvida em brigas durante a gestação ou em discussões com o marido ou parceiro. Valladares *et al*⁽⁴¹⁾, por sua vez, em trabalho realizado na Nicarágua com 478 gestantes, detectaram aumento de 2,61 mais chances de violência, ao passo que Doubova *et al*⁽⁷⁷⁾, no México, perceberam que a presença de alterações emocionais foi, dentre os fatores obtidos associados à violência durante a gestação, o mais significativo (OR=4.17; IC95%:1.12-15.51).

Pertencer a uma **família numerosa**, para alguns autores, pode estar associado a sofrer violência durante a gestação, mas seus achados diferem quanto ao número de filhos relacionados ao evento. Alguns consideram dois⁽¹⁶⁾, três^(13, 87, 95) ou mais de cinco filhos⁽⁹¹⁾. Outro se refere ao número de filhas mulheres presentes no domicílio⁽⁹¹⁾. Além disso, diferem na avaliação realizada quanto ao número de crianças e quanto à sua faixa etária (abaixo de 5 anos)⁽⁸⁾. Moraes & Reichenheim⁽⁸⁾ notaram que gestantes que habitam em famílias com mais de três filhos com menos de 5 anos de idade apresentam maior risco de sofrer violência física durante a gestação.

Em estudo de Farid *et al*⁽⁹³⁾, realizado com 500 mulheres em Karachi, Paquistão, encontraram que, para cada adição de uma criança à família, aumenta em 1,34 a chance de ser agredida. No Brasil, Manzolli *et al*⁽¹⁶⁾ demonstraram que em famílias com cinco ou mais pessoas as chances de a gestante sofrer violência aumentam em 1,43. Na Jordânia, mulheres com seis ou mais gestações, incluindo a atual, apresentaram 5,4 mais chances de sofrer violência e 4,03 vezes mais chances se tinham quatro ou mais filhas mulheres, segundo estudo de Okur & Badarneh⁽⁹¹⁾.

Mulheres que não planejam a gestação têm maior probabilidade de sofrer violência nesse período. De acordo com os estudos, casais com **gravidez indesejada** podem apresentar maior nível de estresse, aumentando os riscos de violência em comparação com os casais que planejam as gestações^(24, 74, 107). Esse risco para agressões chega a 2,5^(38, 90) e 2,6⁽⁷⁴⁾ vezes mais. Porém, outros autores^(92, 107) obtiveram valores menores do que os relatados anteriormente (1.8;1.5 mais vezes de chances de sofrer violência, respectivamente). Para Chu *et al*⁽⁷¹⁾ a agressividade está muito mais relacionada ao fato de o marido ou parceiro desejar ou não a gestação do que da vontade da gestante. Neste estudo, encontraram prevalência de 18% de violência quando os maridos não queriam a gestação *versus* 4,1% de quando estes desejavam a gestação, e 4,1% quando as gestantes não queriam a gestação *versus* 2,1% de quando estas desejavam a gravidez. Outra explicação é que mulheres que apresentam violência por parceiro íntimo podem estar mais sujeitas a sexo forçado ou desprotegido, resultando em um maior número de gestações não planejadas⁽¹²⁰⁾.

A forte associação de **sofrer violência doméstica na infância** e durante a gestação foi documentada em vários artigos^(9, 10, 14, 89, 95, 96, 99, 103, 116). Clark *et al*⁽⁸⁹⁾ encontraram que 14% das entrevistadas relataram exposição à violência durante a infância. Doubova *et al*⁽¹¹⁶⁾ relataram que vivenciar violência na infância pode elevar em 3,08 vezes as chances de sofrer violência durante a gestação. Além disso, os autores referem que o abuso emocional durante a infância está mais fortemente associado ao abuso durante a gestação do que o abuso físico, ressaltando o grande potencial emocional que é adquirido nesse período. Portanto, esses achados indicam, fortemente, que um grande componente da violência nas relações adultas é adquirido na infância⁽⁹⁾.

No entanto, apesar de acreditar-se que os estudos tendem a confirmar um ciclo de abusos – isto é, a noção de que a vivência de abusos na infância leva a relacionamentos abusivos na idade adulta –,

cerca de 50% das mulheres e dos homens que vivenciaram violência na infância mantêm relacionamentos estáveis não abusivos⁽¹⁰³⁾.

O fator **mulheres jovens** em comparação com as mais “velhas” também foi relacionado à violência durante a gestação. Os artigos diferem quanto à idade considerada jovem: Hedin *et al*⁽³⁷⁾ e Valladares *et al*⁽⁴¹⁾ encontraram idade < 20 anos; Saltzman *et al*⁽⁷⁴⁾ observaram, por sua vez, que mulheres menores de 20 anos tinham 4,3 mais chances de sofrer violência quando comparadas a mulheres com 30 anos ou mais de idade. Lau⁽²⁴⁾ encontrou que mulheres com menos de 25 anos têm 3 vezes mais chances de sofrer violência psicológica severa e física menores do que a população que não sofreu violência em seu estudo. Paredes-Solis *et al*⁽¹⁰²⁾ relataram idade menor do que 30 anos relacionada à violência, e Mohammadhosseini *et al*⁽⁹⁵⁾ compararam a idade tenra da mulher com a idade com que casam (18 anos): quanto mais cedo casam, mais propensas estão a sofrer agressões durante a gestação.

Porém, diferentemente dos artigos anteriores, Chan *et al*⁽⁹⁶⁾ encontraram idade mais avançada relacionada aos atos de violência: mulheres com até 34 anos. Portanto, segundo os estudos anteriores, as mulheres agredidas tendem a ser jovens, mas para Lau⁽²⁴⁾ a dúvida é se a violência está aumentando de modo geral entre as mulheres jovens, ou se a violência se deve à imaturidade emocional ou à dependência econômica das jovens mulheres grávidas.

Gestantes **usuárias de drogas** também estão mais propensas a sofrer violência durante a gestação. Campbell *et al*⁽⁸¹⁾ perceberam, em seu estudo, que 28% das gestantes que sofreram violência faziam uso de drogas ilícitas durante a gestação. Além disso, ressaltam a forte associação que encontraram entre gestantes vítimas de violência usuárias de drogas com gestantes usuárias de álcool, o que foi descrito também por outros autores. Khosla *et al*⁽¹²⁾, por sua vez, reportam a violência à gestante quando o parceiro é usuário de drogas (ópio), e Bowen *et al*⁽¹⁰⁶⁾ encontraram associação de uso de drogas durante a gestação tanto com violência emocional quanto com violência física. Bailey & Daugherty⁽⁷⁸⁾ encontraram a impressionante prevalência de 81% de algum tipo de violência por parceiro íntimo durante a gestação, e detectaram 7 vezes mais chances de violência física e 2 vezes mais chances de violência psicológica em usuárias de drogas ilícitas. Adicionalmente a esses achados, relataram que tanto a violência física quanto a violência psicológica foram 2 a 3 vezes maiores em gestantes que associaram o uso de álcool ao uso de drogas.

A violência contra a gestante demonstra estar associada com eventos estressantes ou não saudáveis, como o uso de álcool, de drogas, a gravidez indesejada, os conflitos matrimoniais, a baixa educação e o desemprego, que atuam conjuntamente com o ***hábito de fumar***, na origem da violência, como um círculo vicioso. Khosla *et al*⁽¹²⁾ detectaram que o parceiro fumante é importante na origem da violência doméstica, aumentando em 2,23 vezes as chances em comparação com maridos não fumantes. Yang *et al*⁽⁴²⁾ observaram aumento de 1,91 de chance de sofrer violência na comparação com gestantes não fumantes. O uso isolado do fumo não pode ser considerado um fator isolado para a exposição à violência, porém Karaoglu *et al*⁽¹⁰⁷⁾ referem que gestantes fumantes são discriminadas pelos maridos, parceiros e familiares, gerando um risco potencial para a violência.

A associação de uma baixa assistência da família da mulher agredida e de um ***baixo convívio e amparo social*** são fatores importantes na perpetuação da violência. Os agressores mantêm propositadamente suas parceiras isoladas, a fim de esconder as marcas físicas de agressão e controlar os relacionamentos sociais. Além disso, mulheres que sofrem violência tendem a ter poucas pessoas com as quais possam falar, conviver, relaxar ou se divertir⁽⁸²⁾. Peedicayil *et al*⁽⁸⁷⁾ detectaram que gestantes com suporte social inadequado tiveram 1,8 mais chance de sofrer violência quando comparadas às mulheres não agredidas. No entanto, Khosla *et al*⁽¹²⁾, em estudo realizado com 991 gestantes, observaram um aumento drástico das chances de mulheres sem suporte social de sofrer violência (OR98.9; IC95%; 43.65-235.68).

Agressores desencorajam ou tentam evitar que suas parceiras realizem exames de pré-natal regularmente – ***pré-natal incompleto***. O objetivo deles é manter a situação encoberta com relação aos sistemas de saúde, tanto que é extremamente importante, para profissionais de saúde, considerar a presença de violência em gestantes que apresentam início tardio de acompanhamento pré-natal ou um número de consultas pré-natais defasadas do ideal^(4, 8, 23, 78, 117, 118). Audi *et al*⁽¹¹⁷⁾, em trabalho realizado na cidade de Campinas com 1.379 mulheres, observaram que o relato de dificuldades para o comparecimento às consultas de pré-natal aumentou em mais de 2 vezes a chance de a gestante ser vítima de violência física e sexual. Em outro estudo realizado no Brasil, em três maternidades públicas do município do Rio de Janeiro, Moraes *et al*⁽¹⁷⁾ encontraram dados semelhantes: mulheres que relataram ter sido vítimas de abuso físico durante a gestação tinham 2,2 vezes mais chances de apresentar uma assistência pré-natal inadequada do que as sem história de violência física.

A associação de fatores como baixa remuneração do casal, desemprego, relacionamento conflituoso, uso de álcool ou drogas pode potencializar a violência familiar. Do mesmo modo, como é comum a presença de filhos menores em famílias numerosas, é comum também que eles **presenciem atos de violência na infância**. Assim, cria-se um círculo vicioso de risco para elas, pois passam a fazer parte, quando adultas, de um grupo de mulheres que correm elevado risco de sofrer e cometer violência familiar^(9, 40, 76, 88, 93, 117). Para Castro *et al*⁽⁹⁾ as evidências são claras: presenciar a violência na infância (para as mulheres) e sofrer violência na infância (para os parceiros) está associado com vítimas de violência e perpetradores de violência, respectivamente, durante a gestação. Esta é uma evidência de que a violência por parceiro íntimo não é um fenômeno independente, mas é fortemente associado à violência durante a infância⁽⁹⁾.

Gestantes que **sofrem violência antes da gestação** apresentam maior risco de sofrer violência durante a gravidez^(9, 70, 95). Comparadas com mulheres que não sofreram violência no ano anterior à gestação, mulheres que sofreram violência antes da gravidez tiveram 9,47 mais chances de ser agredidas durante a gravidez⁽⁹⁾. Do mesmo modo, Lutgendorf *et al*⁽⁷⁰⁾ encontraram 5,99 mais chances em gestantes que sofreram violência no ano anterior à gravidez; assim, concluem que mulheres que sofrem violência prévia à gestação apresentam elevado risco de sofrer violência também durante a gravidez, em função da ciclicidade dos atos de violência. Mohammadhosseini *et al*⁽⁹⁵⁾ obtiveram significativa associação entre violência prévia à gestação com abusos durante a gravidez (OR=27.31), bem como com a perpetuação da violência após a gestação (OR=10.31).

Violência doméstica é mais documentada em **gestantes desempregadas**^(8, 16, 38). Manzolli *et al*⁽¹⁶⁾, em estudo realizado no Rio Grande do Sul abrangendo 627 gestantes, obtiveram que as mulheres desempregadas apresentam mais de 1,5 de chance de sofrer violência durante a gestação do que as empregadas. Relatam que a associação da violência com a adversidade é bem estabelecida, pois a exposição às privações pode condicionar as gestantes mais suscetíveis a tornar-se vítimas de violência doméstica.

Por meio dos inúmeros fatores associados à violência na gestação, pudemos demonstrar aqueles que são mais relevantes e pesquisados nas bibliografias relacionadas a esse tema. Destacamos os que certamente trazem mais danos às mulheres e seus filhos e, com base nessa revisão, pensou-se em como conduzir o modelo das análises que fazem parte dos resultados desta tese, permitindo realizar possíveis

comparações entre o que já foi pesquisado e o que encontrou-se na Grande Florianópolis.

3.11 CARACTERIZAÇÃO DO AUTOR DA AGRESSÃO CONTRA A MULHER DURANTE A GESTAÇÃO

Este subitem tem por objetivo apresentar as principais características dos perpetradores das agressões contra as mulheres durante a gestação. Ao examinar a distribuição geográfica dos 71 artigos encontrados na revisão de literatura, observou-se que 32,4% das pesquisas foram conduzidas na América do Norte. Ásia, Europa, América do Sul e África vieram a seguir. Por fim, América Central e Oceania apresentaram a menor produção, com 2,8%.

Quando a unidade de análise foi o país, verificou-se que foram realizados em 26 diferentes países. Os Estados Unidos destacam-se com 14 estudos^(4, 6, 22, 27, 36, 42, 69, 70, 74, 75, 78, 81, 83, 85), sendo dois deles comparativos com o México^(27, 75). O Brasil aparece em segundo lugar com 11 publicações^(8, 13, 14, 16, 17, 19, 29, 31, 40, 112, 114) e uma pesquisa multicêntrica⁽¹¹⁰⁾.

Os pesquisadores investigaram a ocorrência de violência pelo parceiro íntimo em diversos períodos: 35,26% analisaram durante toda a vida conjugal da mulher; 30,98% analisaram somente durante a gestação; 25,35% analisaram um ano antes de a mulher engravidar e durante a gestação; os demais investigaram em diferentes períodos de tempo.

No momento em que os trabalhos foram agrupados por autor da agressão, 17 pesquisas^(4, 12, 23, 28, 36, 38, 42, 70, 74, 82, 83, 88, 104, 105, 107, 114, 121) identificaram outros perpetradores que não o parceiro íntimo, como ex-parceiros, pais, sogros, amigos e vizinhos. Dessas pesquisas, as que foram realizadas na África^(28, 70) apresentaram os sogros como o grupo que mais comete violência contra a gestante, depois dos parceiros íntimos. No Brasil, apenas um estudo⁽¹¹⁴⁾ apresentou outros agressores, sendo o pai e (ou) a mãe.

Em relação às características dos parceiros íntimos, verificou-se que a média de idade em dez estudos^(7, 9, 75, 77, 84, 87, 90, 91, 108, 113) variou de 27 a 37 anos, e apenas um estudo⁽⁹⁶⁾ apresentou média de idade bem mais elevada (50 anos) em comparação com os demais.

Constatou-se que, ao investigar escolaridade, as pesquisas trazem informações não padronizadas e, dentre estas, cinco pesquisas^(7, 9, 77, 79, 84) expressaram em média de anos estudados, sendo esta de 9,1 anos de estudo; oito apoiaram-se^(15, 89, 90, 93, 96, 107-109) em níveis de ensino:

Fundamental, Médio e Superior; e cinco, em anos de estudos concluídos^(7, 13, 80, 95, 97). Cada pesquisa agrupou os resultados em diferentes classes, tornando assim difícil a comparação entre eles.

As informações sobre a ocupação do parceiro íntimo são escassas. O percentual de parceiros que desenvolve atividade laboral foi pesquisada em treze estudos^(9, 15, 24, 40, 77, 80, 92, 93, 96-98, 107, 108) e variou de 77% a 98%. O tipo de emprego/cargo foi avaliado em apenas cinco estudos, cujos continentes são: Ásia^(90, 93, 94), América do Norte⁽⁹⁾ e Europa⁽¹⁰⁷⁾, sendo a ocupação mais comum o operário. Apenas um artigo⁽²⁴⁾ investigou o período de trabalho, em que 82% dos parceiros íntimos empregados trabalhavam em regime integral. Um artigo⁽⁷⁰⁾ investigou a prevalência de violência física por parceiro íntimo dentro de uma população militar.

Na avaliação do uso de álcool ou de outras drogas pelo parceiro autor da agressão, constatou-se em nove estudos^(12, 15, 37, 80, 90, 93, 95, 97, 103) que a proporção de parceiros que fumam cigarros variou de 20% a 79%, e a dos que usam álcool^(12, 15, 37, 77, 80, 84, 97, 103, 108) oscilou de 4,1% a 88%, sendo a maior taxa apenas pesquisada entre os parceiros que cometeram algum ato de violência física contra suas parceiras. O uso de drogas ilícitas foi mais pesquisado na Ásia^(12, 87, 95, 96), que indagou diretamente a utilização de ópio pelo parceiro, variando de 2% a 5%; em seguida, na América do Norte^(36, 42, 71), que apresentou as maiores percentagens, chegando a 50% de uso entre os agressores; por fim, na América Latina⁽¹⁵⁾, com 6%. Três artigos^(86, 87, 96) mencionaram apenas a presença ou não de associação entre o uso de álcool ou outras drogas e a violência cometida, sem mencionar a proporção encontrada.

A associação entre as características do parceiro e a violência sofrida na gestação foi constatada por meio das análises de regressão, sendo considerados estatisticamente significativos os artigos que encontraram valor de $p < 0,05$ para as medidas de associação.

Dentre as variáveis testadas, a idade apresentou dados interessantes: quanto menor a idade do parceiro, maior a probabilidade de cometer violência^(9, 75, 96). O uso do álcool destacou-se como grande protagonista no aumento de chances de a mulher sofrer violência, pois vários estudos^(12, 15, 77, 80, 82, 84, 86, 89, 96, 97) encontraram fortes associações, nas quais as razões de chance variaram de (OR 1,28-4,02). Outros fatores importantes para o aumento do risco da mulher sofrer violência foram o parceiro estar desempregado^(24, 40, 71, 75, 80, 97), o companheiro fazer uso de drogas^(36, 85, 92, 99) fumar cigarros⁽¹²⁾, sofrer violência na infância⁽⁹⁾, morar em cidades⁽⁹¹⁾, receber auxílio do seguro social⁽¹²⁾ e baixo nível escolar⁽⁹⁶⁾.

Ao analisar os periódicos, observamos que as pesquisas que investigaram as prevalências da violência física por parceiro íntimo na gestante não aprofundaram suas investigações quanto ao perfil do autor da agressão. Destacaram-se a falta de padronização dos instrumentos e os diferentes tipos de escalas, o que dificulta a comparação e a avaliação do perfil do agressor entre estudos e países.

4. MÉTODO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se, o presente projeto, de um estudo transversal e de base hospitalar.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nos setores de alojamento conjunto das Maternidades Públicas da Grande Florianópolis, que é uma mesorregião do estado brasileiro de Santa Catarina, formada por 21 municípios. Os hospitais envolvidos foram o Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes (HRSJHMG), Hospital Universitário Ernani Polidoro de São Thiago (HU) e Maternidade Carmela Dutra (MCD). Todos os 3 hospitais, nos quais a pesquisa foi realizada, por estarem vinculados às atividades universitárias (Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – e Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC), têm como missão oferecer serviços de saúde, ensino e pesquisa, com qualidade e resolutividade, de acordo com as necessidades dos usuários internos e externos, com princípios de respeito, humanização e ética. Os pacientes atendidos foram da rede pública de saúde, o que significa o atendimento de pessoas de baixa classe socioeconômica.

O HRSJHMG, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde, localizado na grande Florianópolis, foi inaugurado em 1987, conta com 36 leitos de maternidade, em regime de alojamento conjunto, na unidade de Internação Obstétrica e Centro Obstétrico. Conta também com Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, e é referência estadual, além de Banco de Leite Humano, Ambulatório, Unidade de internação de gestação de alto risco, Centro de coleta de sangue de cordão umbilical, Triagem Obstétrica, serviço de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Serviço Social.

O HU vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, inaugurado em 1980, conta com 16 leitos de maternidade, em regime de alojamento conjunto, Centro Obstétrico, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Central de aleitamento Materno, Ambulatório, Unidade de internação de gestação de alto risco, Triagem Obstétrica e Serviço Social.

A MCD é vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, está localizada em Florianópolis, foi inaugurada em 1955, e conta com 43 leitos de maternidade em regime de alojamento conjunto na unidade de

Internação Obstétrica, Centro Obstétrico, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, pelo qual é referência estadual, além de Banco de Leite Humano, Ambulatório, Unidade de internação de gestação de alto risco, Centro de coleta de sangue de cordão umbilical, Triagem Obstétrica e Serviço Social.

4.3 PARTICIPANTES

4.3.1 População em estudo

Foram incluídas 753 mulheres puérperas cujos filhos nasceram no período compreendido entre 01/03/14 a 31/05/14, e que estavam internadas no setor de alojamento conjunto das maternidades do HRSJHMG, HU e MCD.

4.3.2 Amostra e seleção da população

No HRSJHMG e na MCD são realizados aproximadamente 300 partos/mês, perfazendo uma média de 3600 partos/ano. Já, na maternidade do HU, são realizados, aproximadamente, 110 partos/mês, perfazendo, nesta maternidade, 1320 partos/ano. A amostra foi calculada no programa OpenEpi^R (*Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health*) Version 2.3.1, com os seguintes parâmetros: tamanho da amostra baseada no total de nascimentos mensais das três maternidades (710 nascimentos por mês), durante 3 meses, totalizando 2130 puérperas; nível de confiança de 95%; margem de erro de 2,5 pontos percentuais e prevalência esperada de desfecho de 20%, calculada de acordo com *a média aproximada obtida de prevalência de violência durante a gestação em estudos brasileiros anteriores que apresentaram metodologias semelhantes* (13, 14, 16, 19, 40, 115, 117, 118). **Por fim, foi adicionado** 10% ao valor final amostrado para compensar numericamente as eventuais recusas.

Seguindo estes parâmetros, foi estabelecido o tamanho da amostra igual a 741 participantes. Deste modo, proporcionalmente **ao número de partos, foram** avaliadas 247 mulheres puérperas/ mês, durante 3 meses, sendo entrevistadas mensalmente 104 pacientes no HRSJHMG; 104 pacientes na MCD e 39 pacientes no HU.

As entrevistas foram realizadas em dias alternados com o objetivo de entrevistar todas as puérperas que tiveram filhos, nesses hospitais, durante o período da pesquisa.

4.3.3 Critérios de inclusão e exclusão

4.3.3.1 Critérios de inclusão

a) Puérperas, de qualquer faixa etária, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), que se encontravam no puerpério e pariram recém-nascidos com mais de 20 semanas ou com mais de 500 g de peso ao nascer, em acompanhamento pós-natal nas maternidades do HRSJHMG, HU, MCD, no período estipulado. Mulheres que tiveram filhos natimortos também foram incluídas na pesquisa.

4.3.3.2 Critérios de exclusão

- a) Puérperas que se recusaram a participar da pesquisa
- b) Pacientes puérperas adolescentes as quais os responsáveis se negaram a permitir a sua participação na pesquisa.
- c) Puérperas internadas na UTI dos hospitais selecionados
- d) Puérperas sem condições físicas ou mentais para responder à entrevista

4.4 VARIÁVEIS

No quadro 7, estão apresentadas as variáveis dependentes e independentes. Como variável dependente foi considerado sofrer violência física ou psicológica ou sexual. Também encontram-se as variáveis sociodemográficas e econômicas como a idade, cor da pele, escolaridade, parceiro íntimo, morar com os pais e trabalhar. Além destes, estão descritos um bloco de variáveis sobre o companheiro (faixa etária, nível de escolaridade, trabalho, uso de substâncias lícitas e ilícitas e envolvimento em brigas); outro bloco de variáveis sobre os tipos de violência (psicológica, física e sexual) e, finalmente, um bloco de variáveis sobre agressões por outras pessoas (não realizadas pelo companheiro).

Quadro 7: Descrição das variáveis demográficas, socioeconômicas relacionadas ao companheiro e à violência.

Variáveis	Dependente/ Independente	Natureza	Utilização
Sofrer violência (física, psicológica, sexual)	Dependente	Qualitativa nominal	Sofreram algum tipo de violência Não sofreram nenhum tipo de violência
Variáveis Demográficas			
Idade (em anos completos)	Independente	Quantitativa discreta	< 19 anos 20-30 anos >31 anos
Cor da pele	Independente	Qualitativa nominal	Branca Preta Amarela Parda Indígena
Escolaridade	Independente	Qualitativa Ordinal	Analfabeto 1º grau incompleto 1º grau completo 2º grau incompleto 2º grau completo Superior incompleto Superior completo
Parceiro íntimo	Independente	Qualitativa nominal	Sim Não
Mora com os pais	Independente	Qualitativa nominal	Sim Não
Trabalha	Independente	Qualitativa nominal	Sim Não
Bloco sobre o companheiro			
Idade companheiro	Independente	Quantitativa discreta	Anos
Escolaridade companheiro	Independente	Qualitativa Ordinal	Analfabeto 1º grau incompleto 1º grau completo 2º grau incompleto 2º grau completo Superior incompleto Superior completo

Companheiro trabalha	Independente	Qualitativa nominal	Sim Não
Tipo Trabalho	Independente	Qualitativa Ordinal	Profissional, técnico, não especializado, militar, outro
Usa Álcool	Independente	Qualitativa Nominal	Sim Não
Usa Droga ilegais	Independente	Qualitativa Nominal	Sim Não
Envolvimento em brigas	Independente	Qualitativa nominal	Sim Não
Frequência Briga em casa	Independente	Qualitativa Ordinal	Todos os Dias, 1 a 2 x por semana, 1 a 3 x por mês, Menos de 1 x por mês, Nunca, Não sabe
Bloco sobre o tipo de violência			
Violência moral/ psicológica	Independente	Qualitativa nominal	Sim Não
Violência física	Independente	Qualitativa nominal	Sim Não
Violência sexual	Independente	Qualitativa nominal	Sim Não
Bloco sobre agressão por parte de outra pessoa			
Agressão em outra gestação	Independente	Qualitativa nominal	Sim Não
Agressão física por outro	Independente	Qualitativa nominal	Sim Não
Violência sexual por outro	Independente	Qualitativa nominal	Sim Não
Violência psicológica por outra pessoa	Independente	Qualitativa nominal	Sim Não
Violência antes de engravidar	Independente	Qualitativa Nominal	Não Psicológica Física Sexual
Período da violência	Independente	Qualitativa Nominal Ordinal	Primeiro Trimestre Segundo Trimestre Terceiro Trimestre

4.5 COLETA DE DADOS

4.5.1 Procedimentos

Foi informado às pacientes o objetivo da pesquisa, o caráter sigiloso dos dados obtidos, e a forma como as informações seriam coletadas. O termo de consentimento individual forneceu às entrevistadas as informações gerais sobre a pesquisa, tornando-as livres a realizar quaisquer questionamentos durante a entrevista e informando-as de que poderiam desistir de serem entrevistadas, a qualquer momento, em todas as etapas da pesquisa.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi aplicado o questionário na forma de entrevista (apêndice A). Esta ocorreu no período pós-natal, durante a internação puerperal. As entrevistas foram realizadas sem a presença dos acompanhantes, em sala específica, com privacidade. Esta entrevista foi realizada por duas universitárias qualificadas, especialmente treinadas e orientadas a encaminhar as mulheres em situações de risco para acompanhamento profissional.

As entrevistadoras foram orientadas a ler as perguntas exatamente como estão redigidas nos questionários e esclarecer as dúvidas existentes durante a entrevista e no final. Os dados foram digitados no programa Excel, para posterior análise, e considerados de conteúdo sigiloso devido à complexidade do tema, ou seja, a identidade das mães não foi revelada.

4.5.2 Instrumento de coleta de dados

Foi adotado questionário adaptado denominado – Estudo Multi-Países sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica (*World Health Organization Violence Against Women- WHO VAW*), validado no Brasil⁽¹²²⁾.

O questionário abordou as condições sócio demográficas como idade, escolaridade, cor da pele, situação afetivo conjugal, fonte de renda. Além disso, investigou as situações de violência psicológicas, físicas e sexuais. Foi definido “sofrer violência” quando a mulher respondesse sim, a pelo menos um dos itens do bloco sobre violência. “Violência psicológica” foi caracterizada como sofrer atitudes ameaçadoras, humilhantes e intimidatórias. “Violência física” foi definida a partir de agressões como tapas, empurrões, socos, chutes, surras, queimaduras, uso de armas brancas ou de fogo. A “violência

sexual” foi considerada como qualquer agressão de ordem sexual forçada e por meio da força física. “Parceiro íntimo” foi definido como o companheiro ou ex companheiro com os quais as mulheres vivem ou viviam e mantinham relações sexuais.

Os pesquisadores elaboraram perguntas avaliando o número de gestações, número de partos, abortos, filhos vivos, filhos mortos, recusa de uso de preservativos pelo parceiro e saúde mental. Também foram avaliadas as características da última gravidez, como: o planejamento da gestação, o pré natal, o uso de álcool, fumo, drogas e o aumento do peso. O instrumento utilizado para a detecção dos Distúrbios Psiquiátricos Menores foi o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), validado no Brasil. Foi considerado positivo para “distúrbios psiquiátricos menores” quando foram respondidas sim a sete ou mais perguntas do referido questionário⁽¹²⁰⁾.

4.5.3 Limitações

Potenciais limitações aos quais a pesquisa esteve sujeita:

(1) Limitações de informação: quando a puérpera não se sentir à vontade e não responder corretamente sobre a agressão sofrida, por desconforto psicológico, medo de quebra de sigilo ou do parceiro.

(2) Limitações de seleção: quando o responsável se negar a responder ao questionário por ter participação na violência.

(3) Limitações de prevalência: quando a prevalência pode ser superior àquela encontrada, uma vez que mulheres, vítimas de violência grave, podem ter morrido durante a gestação, e não terem, desta forma, possibilidade de participar da pesquisa.

4.5.4 Análise estatística

Foram calculadas as prevalências de cada tipo de violência e verificada a prevalência da violência geral, segundo as categorias das variáveis exploratórias. Em seguida, por meio da Regressão Logística, testaram-se os fatores associados à violência geral. Assim, obtiveram-se as Razões de Chance (RC) nas análises bivariadas e multivariadas, com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). A partir dos resultados da regressão bivariada foram incluídas na análise multivariada todas as variáveis que apresentaram $p < 0,20$, permanecendo no modelo final aquelas que apresentaram $p < 0,05$. O modelo de entrada das variáveis na análise foi: variáveis sociodemográficas (idade, cor da pele, escolaridade), socioeconômicas (renda e trabalho), saúde

reprodutiva (abortos, gravidez planejada, número de consultas), uso de álcool, fumo, uso de drogas e condições de saúde mental, agressão em gestações anteriores e violência 12 meses antes da gestação. Envolvimento do parceiro em brigas e a frequência com que ele briga com a parceira.

4.5.5 Aspectos éticos

Este projeto está fundamentado nos princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes somente foram incluídos no estudo após a assinatura do TCLE (Apêndice B) e sua identidade não será revelada, sendo salva em sigilo. Os dados foram coletados somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), protocolo n/ 763.774. A pesquisa previu acompanhamento médico e psicológico para as puérperas que necessitassem de apoio.

4.5.6 Estudo piloto

Realizou-se um estudo pré-teste, denominado Estudo Piloto no HRSJHMG, com o objetivo de testar, uniformizar e padronizar as técnicas de entrevistas e análise de dados. Foram realizadas 150 entrevistas em março/2014, e não houve necessidade, em nenhum caso, de acompanhamento e/ou intervenção médica ou psicológica. As entrevistas do estudo piloto foram incluídas na pesquisa.

6. ORÇAMENTO

Material	Quantidade	Valor Unitário	Total
(1) Folhas A4	200	0,05	10,00
(2) Fotocópias Artigos Projeto Artigo	2000	0,10	200,00
(3) Encadernação Projeto	3	20,00	60,00
(4) Encadernação final	3	25,00	75,00
(5) CD	2	10,00	20,00
(6) Despesas com deslocamento	1	1500,00	1500,00
Total			1865,00

7. RESULTADOS

Os resultados são apresentados no formato de dois artigos científicos. O primeiro, **“Violência doméstica contra gestantes em uma região metropolitana do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados”**, será submetido ao periódico Revista de Saúde Pública¹, Qualis A2. O segundo artigo, **“Padrão da violência por parceiro íntimo na gestação e o perfil do autor da agressão: estudo em maternidades públicas no Sul do Brasil”**, será submetido ao periódico Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil², Qualis B2.

¹ As instruções aos autores com as normas de submissão encontram-se no ANEXO B

² As instruções aos autores com as normas de submissão encontram-se no ANEXO C

Artigo 1 – Violência doméstica contra gestantes em uma região metropolitana do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados

Domestic violence against pregnant women in a metropolitan area in southern Brazil: prevalence and associated factors

RESUMO

OBJETIVOS: estimar a prevalência e identificar os fatores associados à violência na gestação.

MÉTODOS: realizou-se um estudo transversal, de base hospitalar, com 753 mulheres que tiveram o parto em três maternidades públicas da Grande Florianópolis (SC) entre março e maio de 2014. As mulheres foram entrevistadas no puerpério, utilizando-se questionário adaptado do Estudo Multipaíses, da Organização Mundial da Saúde, e validado no Brasil. Foram calculadas as prevalências de cada tipo de violência e verificou-se a prevalência da violência geral segundo as categorias das variáveis exploratórias. Em seguida, por meio da Regressão Logística, testaram-se os fatores associados à violência.

RESULTADOS: a prevalência geral de violência na gestação foi de 17,8%. Quanto à natureza, a violência psicológica (17,5%) foi a de maior prevalência, seguida da física (5,4%). Foram considerados fatores associados ao fato de a violência ser contra a gestante de cor de pele não branca, de ela ter realizado aborto anteriormente, consumir álcool, apresentar transtorno mental comum e não ter planejado a gravidez. Ter sofrido violência nos 12 meses que antecederam a gestação aumentou em 14,7 vezes a probabilidade de sofrer violência; ter sofrido agressões em gestações anteriores apresentou chance 35,9 vezes maior quando comparadas com mulheres que não sofreram esse tipo de agressão.

CONCLUSÕES: observaram-se elevadas prevalências de violência doméstica durante a gestação e fatores associados relevantes.

Palavras-chave: violência doméstica; maus-tratos conjugais; estudos transversais; prevalência.

ABSTRACT

OBJECTIVES: to estimate the prevalence and to identify the factors associated with violence during pregnancy.

METHODS: interviews were conducted with 753 women who delivered in three public hospitals in Florianópolis (SC) between March and May

2014. The women were interviewed in postpartum, using questionnaire adapted from Multi-country study by the World Health Organization and validated in Brazil. The prevalence of each type of violence were calculated and verified the prevalence of violence under the general categories of explanatory variables. Then, by means of logistic regression, we tested the factors associated with violence.

RESULTS: the overall prevalence of violence during pregnancy was 17.8%. Psychological violence (17.5%) was the most prevalent followed by physical (5.4%). The factors associated to violence against pregnant women were: colour skin that wasn't white, have previously performed abortions, drinking alcohol, presenting common mental disorder and not having planned the pregnancy. Have experienced violence in the 12 months prior to pregnancy increased by 14.7 times the probability of experiencing violence and abuse suffered in previous pregnancies showed a 35.2-fold higher prevalence compared with women who did not experience violence.

CONCLUSIONS: a high prevalence of domestic violence during pregnancy, as well, different factors associated with them.

Keywords: domestic violence; spousal abuse; cross-sectional studies; prevalence.

INTRODUÇÃO

O contínuo aumento da violência configura-se como aspecto representativo e problemático na reorganização da vida social, ocorrendo de maneira mais acentuada em grandes centros urbanos e regiões metropolitanas. Tem, como consequências, diferentes espectros na vida cotidiana⁽¹⁾, podendo atingir crianças, jovens e adultos, e por isso se tornou uma das principais preocupações no Brasil e no mundo⁽¹⁾.

A violência intrafamiliar é considerada qualquer ação ou omissão que afete o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de algum membro da família. Nesse contexto, destacam-se os casos perpetrados contra a mulher, pois, em função das elevadas prevalências e das graves consequências a que elas estão expostas, a violência intrafamiliar é vista como um grave problema de saúde pública⁽²⁾.

As situações de violência tornam-se mais graves quando ocorrem à mulher durante o período gestacional, considerando que seus efeitos durante a gestação têm risco adicional ao filho em vida intrauterina, que cresce em situação de violência⁽³⁾. Como consequências obstétricas podem ocorrer hemorragias, dor abdominal, descolamento prematuro de placenta, baixo peso ao nascer, perdas fetais, doenças sexualmente transmissíveis, depressão, baixa autoestima e ideação suicida⁽⁴⁾.

Observam-se grandes variações nas prevalências de violência contra gestante, como as encontrada por Martin & Garcia⁽⁵⁾ nos Estados Unidos da América, de 11% de violência física, 22% de emocional antes da gestação, e 10% e 19%, respectivamente, durante a gestação. E metade (53%) das mulheres que sofreram agressões durante a gestação não tinha sido agredida previamente. Por sua vez, Devi et al⁽⁶⁾, na Índia, identificou elevada prevalência de violência (28,4%), sendo a mãe da gestante a principal agressora (61,3%), seguida do marido ou parceiro (48,2%) e da irmã (22,6%). Neste estudo, grande parte das agressões foi realizada, em conjunto, por vários membros da família. Os namorados foram os principais agressores na Inglaterra, em pesquisa de Johnson et al⁽⁷⁾, que avaliou 475 gestantes e encontrou prevalência (17%) de violência doméstica e 10% de violência sexual.

No Brasil, a violência contra as gestantes frequentemente apresenta prevalências elevadas. Em estudo de Silva et al⁽³⁾, antes da gestação a prevalência foi de 32,4%, durante foi de 31% e, após a gestação, de 22,6%. A prevalência geral foi de 47,4%. Concluiu-se que as mulheres que sofreram violência antes de engravidar apresentam 11,6 vezes mais chances de sofrer violência durante a gestação (IC95% 8.3-

16.2), e as que sofreram violência durante a gravidez apresentaram 8,2 vezes mais chances de sofrer violência no período pós-parto (IC95% 5.1-11.7). Outro estudo brasileiro⁽⁸⁾ encontrou prevalência de 19,1% para violência psicológica e de 6,5% para violência física/sexual. Durand & Schraiber⁽⁹⁾, em estudo que envolveu 14 serviços de saúde pública na Grande São Paulo, verificaram que 20% das mulheres que já engravidaram sofreram algum tipo de violência por parceiro íntimo durante a gestação. Porém, Mattar et al⁽¹⁰⁾ registraram baixas taxas de violência física durante a gestação: 3,7% em estudo realizado em uma maternidade da cidade de São Paulo.

Vários fatores podem estar associados à violência, como a idade reprodutiva, a baixa escolaridade, as grávidas solteiras, o baixo nível socioeconômico, a raça/etnia negra, ser jovem, a idade da primeira relação sexual ser inferior aos 19 anos, ter presenciado ou sofrido violência na infância, o uso de drogas, bem como a recusa do parceiro em usar preservativos^(2, 3). Outro aspecto relevante desse fenômeno refere-se ao fato de mulheres que sofrem violência durante a gestação apresentarem maior risco de sofrer homicídios (3 vezes maior) na comparação com aquelas que não sofrem violência durante esse período⁽¹¹⁾.

Nem sempre a agressão sofrida durante a gestação chega a ser relatada no decurso da assistência pré-natal. Identificar a violência por parceiro íntimo nesse período é de enorme importância, pois a comprovação dessa situação pode levar à tomada de inúmeras providências necessárias no âmbito da assistência à saúde física, psicológica e familiar da gestante.

Deste modo, devido à grande discussão existente atualmente sobre o tema, é fundamental identificar mulheres que sofrem algum tipo de violência na gestação e suas repercussões. Na literatura, não foram identificados estudos de base populacional, realizados nas maternidades públicas da Grande Florianópolis, a respeito de violência por parceiro íntimo durante a gestação. Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivos estimar a prevalência e identificar os fatores associados à violência na gestação das mulheres que foram atendidas nessas maternidades.

MÉTODOS

Local de estudo

Foi realizado estudo transversal de base hospitalar na região metropolitana da Grande Florianópolis, estado de Santa Catarina, nos

setores de alojamento conjunto das maternidades públicas do Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes (HRSJHMG), do Hospital Universitário Ermani Polidoro de São Thiago (HU) e da Maternidade Carmela Dutra (MCD). Os três hospitais estão vinculados a atividades universitárias e fazem parte da rede pública de saúde.

Amostra e seleção da população

A população de estudo consistiu em todas as mulheres puérperas que aceitaram participar da pesquisa, cujos filhos nasceram no período compreendido entre 01/03/2014 e 31/05/2014. No HRSJHMG e na MCD são realizados aproximadamente 300 partos ao mês, perfazendo uma média de 3.600 partos por ano. Na maternidade do HU são realizados, aproximadamente, 110 partos ao mês, perfazendo, nessa maternidade, 1.320 partos por ano. Baseando-se em uma assistência de 2.130 partos ocorridos nesse período, obteve-se o cálculo do tamanho da amostra igual a 741 participantes, considerando-se uma frequência esperada de desfecho de 20%, de acordo com a média aproximada obtida em estudos brasileiros de metodologias semelhantes^(3, 9). Para definição do tamanho da amostra utilizou-se o cálculo para prevalência de acordo com os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95%, margem de erro de 2,5% e adicionado 10% para recusas. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no programa Epi Info, versão 6.04 (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos*).

Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário, em entrevistas face a face, sem a presença do acompanhante, em sala específica, com privacidade, por duas entrevistadoras universitárias, especialmente treinadas e orientadas a encaminhar as mulheres em situações de risco para acompanhamento profissional. As mulheres foram informadas, pelas entrevistadoras, sobre o objetivo da pesquisa, o caráter sigiloso dos dados obtidos, como as informações seriam coletadas – deixando-as à vontade para esclarecimentos durante a entrevista –, e que elas poderiam desistir de serem entrevistadas a qualquer momento.

Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado questionário adaptado da Organização Mundial da Saúde (OMS), denominado Estudo Multipaíses sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica (*World Health Organization Violence Against Women – WHOVAW*), validado no Brasil⁽¹²⁾.

O questionário abordou condições sociais e demográficas como idade, escolaridade, cor da pele, situação afetivo-conjugal e fonte de renda. Além disso, investigou as situações de violências psicológicas, físicas e sexuais. Para identificar a ocorrência de violência por parceiro íntimo era necessária resposta afirmativa a pelo menos um dos itens do bloco sobre violência. A violência psicológica foi caracterizada por sofrer atitudes ameaçadoras, humilhantes e intimidatórias. A violência física foi definida com questões relativas a agressões como tapas, empurrões, socos, chutes, surras, queimaduras ou uso de armas brancas ou de fogo. A violência sexual estava relacionada a qualquer agressão de ordem sexual forçada e por meio da força física⁽¹⁾. Parceiro íntimo foi definido como o companheiro ou ex-companheiro com os quais as mulheres vivem ou viviam e mantém ou mantinham relações sexuais⁽¹³⁾.

As variáveis demográficas e socioeconômicas obtidas foram (idade: < 19; 20 a 30; > 31), cor da pele autorreferida, escolaridade em anos de estudo (0-8; 9-11; > 12), trabalho atual (se está empregada atualmente) e renda da mulher em reais (estratificada em tercís).

Quanto às variáveis relacionadas à saúde reprodutiva e obstétricas, questionou-se a experiência atual de relacionamento íntimo, a realização de aborto, o planejamento da gestação, o número de consultas de pré-natal e outras gestações. Em referência ao comportamento, as mulheres foram questionadas quanto ao uso ou não de álcool, fumo e drogas durante a gestação. A variável relacionada à saúde mental (transtorno mental comum) foi detectada por meio da utilização do questionário *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), validado no Brasil⁽¹⁴⁾. Esse instrumento consiste de 20 perguntas. As respostas a cada pergunta (do tipo sim/não) referiram-se ao período de 30 dias antes da realização da entrevista, e cada resposta afirmativa pontuou com valor um. O escore final foi obtido por meio do somatório desses valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de TMC, variando de zero (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). O ponto de corte utilizado foi de sete ou mais respostas positivas, e apresenta sensibilidade de 86,3% e especificidade de 89,3%⁽¹⁵⁾.

Aspectos éticos:

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, protocolo n.º 763.774.

Análise dos dados

Foram calculadas as prevalências de cada tipo de violência e foi verificada a prevalência da violência geral segundo as categorias das variáveis exploratórias. Em seguida, por meio da Regressão Logística, testaram-se os fatores associados à violência geral. Assim, obtiveram-se as Razões de Chance (OR) nas análises bivariadas e multivariadas, com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). A partir dos resultados da regressão bivariada foram incluídas na análise multivariada todas as variáveis que apresentaram $p < 0,20$, permanecendo no modelo final aquelas que apresentaram $p < 0,05$. O modelo final de análise seguiu esta ordem: idade, cor da pele, trabalho, abortos, gravidez planejada, uso de álcool, transtorno mental comum e agressão em outra gestação.

RESULTADOS

Descrição da amostra

Foram convidadas a participar do estudo 758 mulheres (17 a mais que o cálculo estipulado, por tempo e recursos disponíveis). Destas, 5 recusaram-se, alegando estarem cansadas, totalizando assim 753 entrevistadas.

Mais da metade (58,7%) das mulheres entrevistadas tinha entre 20 e 30 anos, autodeclarou-se de cor branca (68,1%), com baixa escolaridade (56%), sem emprego (52,8%) e sem casa própria (76%). Em relação à vida sexual e reprodutiva, predominaram mulheres com relacionamento íntimo (89,2%), porém sem planejamento prévio para engravidar (63,5%). Chama a atenção que a grande maioria (84,5%) realizou 6 e mais consultas durante o acompanhamento de pré-natal, e 20% afirmaram ter realizado aborto.

Para as variáveis de saúde mental e de comportamento, o transtorno mental comum foi relatado por 13,6% das entrevistadas, ao passo que o consumo de álcool e o uso de drogas e tabaco durante a gestação foram referidos por 10,1%, 1,65% e 15,5%, respectivamente.

Quanto à violência, 3,1% das mulheres declararam que haviam sido agredidas em gestações anteriores, e aproximadamente 4% referiram terem sido agredidas no ano que precedeu a atual (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das mulheres segundo características sociodemográficas, econômicas, de saúde reprodutiva, saúde mental, hábitos não saudáveis de vida e situações de violência vivenciadas pela gestante. Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2014.

Variável	N	% (IC 95%)
Idade (anos)		
< 19	149	19,8 (16,9 – 22,6)
20-30	442	58,7 (55,1 – 62,2)
> 31	162	21,5 (18,5 – 24,4)
Cor da pele		
Branca	513	68,1 (64,7 – 71,4)
Não branca	240	31,9 (28,5 – 35,2)
Escolaridade (anos de estudo)		
0-8	252	33,4 (30,0 – 36,8)
9-11	422	56,0 (52,4 – 59,5)
12 ou mais	79	10,6 (8,2 – 12,6)
Trabalho atual		
Não	398	52,8 (49,2 – 56,4)
Sim	355	47,2 (43,5 – 50,7)
Renda em reais		
Tercil 1	102	35,0 (29,53 – 40,5)
Tercil 2	105	36,0 (30,5 – 41,6)
Tercil 3	84	29,0 (23,6 – 34,1)
Relacionamento íntimo		
Não	81	10,8 (8,5 – 12,9)
Sim	672	89,2 (87,0 – 91,4)
Outras gestações		
Não	302	40,1 (36,5 – 43,6)
Sim	451	59,9 (56,3 – 63,4)
Gravidez planejada		
Não	478	63,5 (60,0 – 69,2)
Sim	275	36,5 (33,0 – 39,9)
N.º consultas pré-natal		
0-5	114	15,5 (12,8 – 18,0)
6 ou mais	625	84,5 (81,9 – 87,1)
Abortos		
0 Não	609	80,9 (78,0 – 83,6)
1-3 Sim	144	19,1 (16,3 – 21,9)
Transtorno mental comum		
Não	651	86,4 (84,0 – 88,9)
Sim	102	13,6 (11,0 – 15,9)
Consumo de álcool		

Não	677	89,9 (87,7 – 92,0)
Sim	76	10,1 (7,9 – 12,2)
Consumo de drogas		
Não	741	98,4 (97,5 – 99,3)
Sim	12	1,6 (0,6 – 2,4)
Tabagista		
Não	636	84,5 (81,8 – 87,0)
Sim	117	15,5 (12,9 – 18,1)
Agressão em gestações anteriores		
Não	436	96,9 (95,2 – 98,4)
Sim	14	3,1 (1,5 – 4,7)
Violência 12 meses antes da gestação		
Não	722	96,3 (94,9 – 97,6)
Sim	28	3,7 (2,3 – 5,0)

Sofrer violência de qualquer natureza durante a última gestação foi referenciado por 17,8% das mulheres entrevistadas, sendo a violência psicológica (17,5%) a de maior prevalência, seguida da física (5,4%). Uma entrevistada referiu sofrer práticas sexuais humilhantes durante a última gravidez.

A Tabela 2 mostra as variáveis que compuseram as características sociodemográficas e econômicas, a história reprodutiva, o pré-natal, a saúde mental, o uso de álcool e o tabagismo dessas gestantes, bem como as análises bivariadas, com seus respectivos OR, intervalos de confiança e valores de *p*.

Não houve associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre sofrer violência e idade da gestante, o fato de ela ser tabagista e o número de consultas de pré-natal. Pode-se considerar como fatores de proteção para sofrer violência ter idade maior do que 19 anos e trabalhar. Por outro lado, foram considerados fatores associados à violência contra a gestante ela ser de cor de pele não branca, ter realizado aborto anteriormente, consumir álcool, apresentar transtorno mental comum e não ter planejado a gravidez. Ter sofrido violência nos 12 meses que antecederam a gestação aumentou em 14,7 vezes a probabilidade de essa gestante sofrer violência e, de modo mais alarmante, ter sofrido agressões em gestações anteriores apresentou uma prevalência 35,9 vezes maior na comparação com mulheres que não sofreram esse tipo de agressão (Tabela 2).

Tabela 2 – Análise bivariada das características sociodemográficas, econômicas, da história reprodutiva, da saúde mental, de hábitos não saudáveis de vida e de situações de violência vivenciadas pela gestante. Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2014.

Variável	RC (IC_{95%}) bruta	p	RC (IC_{95%}) ajustada*	p
Idade		0,348		0,551
< 19	1,00		1,00	
20-30	0,63 (0,39-0,99)	0,05	0,63 (0,39-1,00)	
> 30	0,76 (0,44-1,33)		0,85 (0,48-1,49)	
Cor da pele		0,001		0,001
Branca	1,00			
Não branca	1,89 (1,29-2,77)		1,93 (1,31- 2,85)	
Trabalha				0,019
Não	1,00	0,007	1,00	
Sim	0,58 (0,40-0,86)		0,62 (0,41-0,92)	
Abortos		0,013		0,004
Não	1,00		1,00	
Sim	1,47 (1,08-2,00)		1,92 (1,23-3,01)	
Consumo de álcool		0,000		0,000
Não	1,00		1,00	
Sim	3,13 (1,88-5,21)		2,66 (1,58-4,50)	
Tabagista		0,002		0,090
Não	1,00			
Sim	2,07 (1,31-3,26)		1,41 (0,85-2,34)	
Transtorno mental comum		0,000		0,007
Não	1,00		1,00	
Sim	2,31 (1,44-3,70)		1,97 (1,20-3,23)	
Gravidez planejada		0,006		0,018
Sim	1,00		1,00	
Não	1,80 (1,18-2,73)		1,69 (1,10-2,59)	
N.º consultas		0,059		0,370

0-5	1,00	1,00	
6 ou mais	0,62 (0,38-1,01)	0,79 (0,47-1,31)	
Agressão em gestações anteriores		0,000	0,001
Não	1,00	1,00	
Sim	58,74 (7,57-455,65)	35,98 (4,51-278,58)	
Violência 12 meses antes da gestação		0,000	0,000
Não	1,00	1,00	
Sim	25,32 (9,42-8,01)	14,73 (4,96-43,69)	

RC: razão de chance – (IC95%) – intervalo de confiança de 95%

* Ajustada pelas variáveis: idade, cor da pele, trabalho, abortos, gravidez planejada, uso de álcool, transtorno mental comum e agressão em outra gestação, violência últimos 12 meses antes da gestação.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstram que a prevalência de sofrer violência por parceiro íntimo durante a gestação é, em ordem de significância, maior em mulheres que fazem uso de álcool, não brancas, que já realizaram abortos, seguida das mulheres que apresentam transtorno mental comum, que não planejaram a gravidez e que não trabalham. Quanto ao histórico de violência por parceiro íntimo dessas mulheres, o episódio ocorrido durante gestações anteriores e no ano que precede a última gestação é significativo para o aumento da probabilidade de novos episódios de violência na última gestação, principalmente quando essa violência ocorreu também em uma gestação anterior. Quanto à natureza da violência sofrida durante a última gestação, fica evidente a maior perpetração da violência psicológica em relação à física e à sexual.

Como se pode perceber nos resultados, a ligação da violência com a pobreza, a ausência de suporte social e a adversidade é bem estabelecida, pois a exposição às privações, ao *déficit* no suporte social inadequado e às condições mínimas de sobrevivência decorrentes de baixos salários podem submeter as gestantes à violência doméstica⁽¹⁶⁾. Inicialmente os estudos relatavam que todas as classes sociais sofriam violência igualmente⁽¹⁷⁾. Porém, observou-se que as mulheres de etnia

negra e pobres estão mais expostas à violência. Segundo resultados contidos no Mapa da Violência, de 2010, morrem 48% mais mulheres negras do que brancas vítimas de homicídios, e essa diferença vem aumentando ao longo dos anos⁽¹⁸⁾. Não trabalhar fora e o desemprego também foram associados às situações de violência vivenciadas pelas mulheres⁽¹⁹⁾.

A gravidez não planejada também corrobora com os maus-tratos à gestante, uma vez que a agressividade está muito mais relacionada ao fato de o parceiro prevalecer quanto ao desejo ou não da gestação⁽²⁰⁾. Além disso, mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo podem estar mais sujeitas ao sexo forçado ou desprotegido, incorrendo em um maior número de gestações não planejadas⁽²¹⁾.

Outro fator que se destaca à violência durante a gestação é a realização prévia de aborto. Em estudo de metodologia semelhante⁽²²⁾, as mulheres com histórico de violência apresentaram uma prevalência de 23% para abortos espontâneos e, em relação aos abortos voluntários, 16% das mulheres abortaram por conta da agressão sofrida. As influências e repercussões na saúde mental dessas mulheres podem levá-las a desenvolver sintomas depressivos e estresse pós-traumático, por causa dos sentimentos de culpa e arrependimento. Diante disto, é fundamental uma visão clínica, por parte dos profissionais da saúde, a fim de visualizar e identificar a violência doméstica associada ao aborto⁽²³⁾.

Em relação ao comportamento de risco da mulher durante a gestação, o consumo de álcool no presente estudo aumentou em mais de duas vezes e meia as chances de essa mulher sofrer violência, dados estes corroborados por outros estudos^(16, 24). O álcool parece corroborar a conduta violenta não de maneira direta, mas provavelmente por interferir nos padrões de comportamento, facilitando a violência, uma vez que acentua o desequilíbrio de controle e poder exercidos pelo parceiro⁽²⁵⁾. No entanto, os reais mecanismos responsáveis por essa associação ainda não estão elucidados, não estando claro se o abuso de álcool funciona como um fator causal direto ou indireto, ou ainda como um modificador do efeito de outros fatores⁽²⁶⁾. Deste modo, a mulher intoxicada pelos efeitos do álcool pode tanto exercer atitudes ativas de violência quanto estar mais propensa a sofrer algum tipo de violência⁽²⁷⁾.

O tabagismo durante a gestação não apresentou associação com sofrer violência durante a gestação – dado que se apresenta em estudo similar⁽⁴⁾. Ainda assim, alguns autores relatam que o ato de fumar é mais frequente em mulheres vítimas de violência⁽²⁸⁾, sendo uma tendência da mulher em estabelecer comportamento de risco para a sua saúde,

motivada por fatores relacionados à própria perda da autoestima, que conduzem a progressivo desinteresse no seu bem-estar e no de seu filho⁽²⁹⁾.

Em relação às alterações emocionais, apresentar transtorno mental comum aumentou em quase duas vezes as chances de sofrer violência. Entretanto, por ser uma análise de corte transversal, não possibilitou verificar casualidade entre as variáveis e as associações, também observadas em estudo realizado com mulheres, que referiram violência durante a gestação, atendidas em serviço público de saúde⁽²⁾.

Quanto à violência por parceiro íntimo, o presente estudo encontrou prevalência semelhante em estudos conduzidos também no Brasil, como no de Durand & Schraiber⁽⁹⁾ e no de Moraes et al⁽³⁰⁾. Já em estudos de outros países a prevalência se mostrou bem menor^(31, 32).

A violência psicológica nesse estudo foi a mais prevalente entre as naturezas da violência por parceiro íntimo, seguida da física e da sexual. Em outro estudo conduzido no Brasil, por Mattar e colaboradores⁽³³⁾, a probabilidade da violência física também foi considerada baixa, mas há estudos que demonstram justamente o contrário, como o de Moraes et al⁽³⁴⁾, que observaram prevalência de 33,8% para alguma forma de violência física durante a gestação.

A comparação entre taxas de violência em diferentes estudos é dificultada pelo tamanho das amostras, pelo tipo de estudo empregado, pela diversidade de instrumentos utilizados e pelas diferentes terminologias para cada tipo de violência^(35, 36). Além desses fatores, é importante destacar que as entrevistas realizadas nesse estudo foram realizadas no período puerperal, o que pode ser considerado contraditório nas avaliações das prevalências de violência que ocorreram durante a gestação. As entrevistas nesse período proporcionaram, como fator positivo nesta análise, uma amplitude de total abrangência na investigação dos episódios de violência durante todo o ciclo gestacional. Porém, o período puerperal imediato, logo após o parto, é de grande envolvimento emocional e de felicidade para a puérpera, o que pode influenciar como fator de tendência a subnotificações dos episódios de violência que poderiam ter ocorrido durante a gestação.

Outro achado importante desse estudo é a forte significância estatística entre sofrer violência no ano anterior à gestação e em gestações anteriores com a recorrência desse episódio na última gestação. Esses achados são descritos em outro estudo encontrado na literatura⁽³⁷⁾, e corroboram o perfil violento e agressivo do parceiro, independentemente de a mulher estar ou não grávida.

Como aspecto positivo desse estudo é importante destacar que, de acordo com a literatura consultada, este é o primeiro estudo transversal realizado em três maternidades de referência no atendimento às gestantes, ligadas a atividades universitárias, que avaliou a prevalência da violência doméstica contra as gestantes na Grande Florianópolis. Essas características, associadas ao tamanho da amostra, ao reduzido percentual de recusas (0,6%) e ao fato de que os dados foram coletados com a utilização de questionário validado e adaptado⁽¹²⁾, aumentam a fidedignidade dos resultados.

O local de coleta de dados é outro fator de fidedignidade, uma vez que a grande maioria dos partos realizados na região estudada ocorre em ambiente hospitalar, e o presente estudo foi conduzido em três hospitais públicos, permitindo, assim, inferir que a população de puérperas entrevistadas é semelhante à das gestantes. As entrevistas, por sua vez, foram individuais, realizadas em ambiente privado, sem a participação dos acompanhantes. Esses cuidados também resultaram no aumento dos relatos de violência por parte das entrevistadas⁽³⁸⁾.

Como limitações deste trabalho podemos citar o estudo metodológico utilizado, do tipo transversal, que não permite determinar relação entre causa e efeito. Além disso, a natureza íntima e delicada do tema, por estar ligada a situações traumáticas, como a vergonha e a culpa, pode ter influenciado na subnotificação dos resultados. Devemos questionar também a fidedignidade das informações, visto que os dados das coletas foram determinados somente sob a ótica das mulheres. Além disso, a banalização do fenômeno da violência, a possível relação não empática no momento da entrevista e a insegurança da puérpera sobre a confiança nos dados pode ter influenciado nas subnotificações.

Em conclusão, observam-se elevadas prevalências de violência doméstica durante a gestação e sua associação a uma complexa rede de fatores associados, como etnia, não trabalhar fora, consumo de álcool ou gravidez não planejada, que estão interligados e que atuam em sua gênese. Salientamos a necessidade do conhecimento desses fatores por parte dos profissionais de saúde, a fim de que possam atuar no seu diagnóstico e enfrentamento. Além disso, por ser o primeiro trabalho epidemiológico com esse formato e esses objetivos realizados em nossa região, acreditamos que podemos contribuir para a elaboração de políticas públicas e intervenções governamentais que tenham como objetivos melhorar o processo de assistência à mulher no período gravídico-puerperal.

Diante das elevadas prevalências de violência por parceiro íntimo durante a gestação encontradas no presente estudo, e em inúmeros

outros realizados sobre a mesma temática, torna-se essencial que se identifiquem e investiguem os fatores de risco associados. Deste modo, poderão ser traçadas políticas preventivas.

REFERÊNCIAS

1. Krug EG DL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde In: OMS, editor. Genebra.2002. p. 380.
2. Audi CAF CA, Santiago SM. The association between domestic violence during pregnancy and low birth weight or prematurity. *Jornal de Pediatria* 2008, 60-67.
3. Silva EP, Ludermir AB, Araujo TV, Valongueiro SA. Frequency and pattern of intimate partner violence before, during and after pregnancy. *Rev Saúde Pública*. 2011 Dec;45(6):1044-53. PubMed PMID: 22127653. Epub 2011/12/01. eng por.
4. Selic P, Pesjak K, Kersnik J. The prevalence of exposure to domestic violence and the factors associated with co-occurrence of psychological and physical violence exposure: a sample from primary care patients. *BMC public health*. 2011;11(1):621.
5. Martin KR, Garcia L. Unintended pregnancy and intimate partner violence before and during pregnancy among Latina women in Los Angeles, California. *J Interpers Violence*. 26. United States2011. p. 1157-75.
6. Khosla AH, Dua D, Devi L, Sud SS. Domestic violence in pregnancy in North Indian women. *Indian J Med Sci*. 2005 May;59(5):195-9. PubMed PMID: 15985727. Epub 2005/06/30. eng.
7. Johnson JK, Haider F, Ellis K, Hay DM, Lindow SW. The prevalence of domestic violence in pregnant women. *BJOG*. 110. England2003. p. 272-5.
8. Audi CA, Segall-Correa AM, Santiago SM, Perez-Escamilla R. Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. *Midwifery*: 2011 Elsevier Ltd; 2011.
9. Durand JG, Schraiber LB. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. *Rev bras epidemiol*. 2007;10(3):310-22.
10. Mattar R SE, Camano L, Abrahão AR, Colás OR, Neto JA, et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento de depressão pós-parto. *Rev. Bras. Ginecol Obstet*. 2007, 29(9):470-7.
11. McFarlane J, Parker B, Soeken K. Abuse during pregnancy: frequency, severity, perpetrator, and risk factors of homicide. *Public*

- Health Nurs. 1995 Oct;12(5):284-9. PubMed PMID: 7479535. Epub 1995/10/01. eng.
12. Schraiber LB, Latorre MdRDO, França Jr I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Revista de Saúde Pública*. 2010;44:658-66.
 13. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, World Health Organization, 2005.
 14. Mari Jj Fau - Williams P, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. 19860430 DCOM- 19860430(0007-1250 (Print)). eng.
 15. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):380-90. .
 16. Manzolli P, Nunes MA, Schmidt MI, Pinheiro AP, Soares RM, Giacomello A, et al. Violence and depressive symptoms during pregnancy: a primary care study in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010 Oct;45(10):983-8. PubMed PMID: 19856140. Epub 2009/10/27. eng.
 17. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Revista de Saúde Pública*. 2005;39:695-701.
 18. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012: Novos padrões da violência homicida no Brasil. 1ª ed. São Paulo; 2012.
 19. Jasinsk JL. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2004;51(1):47-64. .
 20. Chu SY, Goodwin MM, D'Angelo DV. Physical violence against U.S. women around the time of pregnancy, 2004-2007. *Am J Prev Med*. 38. Netherlands: Published by Elsevier Inc.; 2010. p. 317-22.
 21. Hammoury N, Khawaja M. Screening for domestic violence during pregnancy in an antenatal clinic in Lebanon. *European Journal of Public Health*. 2007;17(6):605-6.
 22. Diniz, Normélia MF et al. Violência doméstica e institucional em serviços de saúde: experiências de mulheres. *Rev Bras Enferm*, v. 57, n. 3, p. 354-6, 2004.
 23. Diniz NMF, Gesteira SMdA, Lopes RLM, Mota RS, Pérez BAG, Gomes NP. Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres

- atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. Revista Brasileira de Enfermagem. 2011;64:1010-5.
24. Diaz-Olavarrieta C, Paz F, Abuabara K, Martinez Ayala HB, Kolstad K, Palermo T. Abuse during pregnancy in Mexico City. *Int J Gynaecol Obstet.* 97. Ireland2007. p. 57-64.
 25. Hedin LW, Janson PO. Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000 Aug;79(8):625-30. PubMed PMID: 10949224. Epub 2000/08/19. eng.
 26. Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, et al. Risk factors for injury to women from domestic violence against women. *N Engl J Med* 1999; 341:1892-8. .
 27. Menezes TC, Amorim MMRd, Santos LC, Faúndes A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Rev bras ginecol obstet.* 2003;25(5):309-16.
 28. Grimstad H, Schei B, Backe B, Jacobsen G. Physical abuse and low birthweight: a case control study. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104:1281-7.
 29. Bhatt, R. V. "Domestic violence and substance abuse. "*International Journal of Gynecology &*"; *Obstetrics* 63 (1998): S25-S31.
 30. Moraes CL, Arana FDN, Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal
Violencia física entre parejas íntimas en la gestación como factor de riesgo para la mala calidad del prenatal
Physical intimate partner violence during gestation as a risk factor for low quality of prenatal care. *Rev saúde pública.* 2010;44(4):667-76.
 31. Johnson, J. K. et al. he prevalence of domestic violence in pregnant women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 110, n. 3, p. 272 - 275, 2003.
 32. Valladares, E. et al. Violence against pregnant women: prevalence and characteristics. A population-based study in Nicaragua. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 112, n. 9, p. 1243 - 1248, 2005.
 33. Mattar R, Silva EYK, Camano L, Abrahão AR, Colás OR, Andalaft Neto J, et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto^{ipt}. *Rev bras ginecol obstet.* 2007 09;29(9):470-7.
 34. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet.* 79. Ireland2002. p. 269-77.

35. Jasinski JL. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2004 Jan;5(1):47-64. PubMed PMID: 15006296. Epub 2004/03/10. eng.
36. Campbell, J.; García-Moreno, C.; Sharps, P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence against Women*, v. 10, n. 7, p. 770 - 789, 2004.
37. Lutgendorf MA, Busch JM, Doherty DA, Conza LA, Moone SO, Magann EF. Prevalence of domestic violence in a pregnant military population. *Obstet Gynecol*. 113. United States 2009. p. 866-72.
38. Paredes-Solís S, Villegas-Arrizón A, Meneses-Rentería A, Rodríguez-Ramos IE, Reyes-de Jesús L, Andersson N. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México. *Salud pública Méx*. 2005;47(5):335-41.

ARTIGO 2 - Padrão da violência por parceiro íntimo na gestação e o perfil do autor da agressão: estudo em maternidades públicas no Sul do Brasil

RESUMO:

OBJETIVO: O objetivo do presente estudo foi identificar a prevalência da violência por parceiro íntimo, sua natureza, o padrão da violência antes e durante a gestação, bem como o perfil do autor da agressão.

MÉTODOS: Realizou-se um estudo transversal, de base hospitalar, com 753 mulheres que tiveram o parto em três maternidades públicas da Grande Florianópolis, SC, entre março e maio de 2014. As mulheres foram entrevistadas no puerpério, utilizando-se questionário adaptado do estudo Multipaíses da Organização Mundial de Saúde e validado no Brasil. Calcularam-se as prevalências de cada tipo de violência e verificou-se a prevalência da violência geral, padrão e características do agressor, segundo as categorias das variáveis exploratórias. Em seguida, por meio de Regressão Logística, testaram-se os fatores associados à violência geral.

RESULTADOS: A prevalência de violência por parceiro íntimo no ano precedente à atual gestação foi de 3,7%, e durante foi de 17,8%. A violência psicológica (17,5%) mostrou-se mais prevalente, sendo os atos mais frequentes os insultos (15%) e os sustos (4%); em seguida veio a violência física (5,4%), caracterizada por empurrões (4,3%) e tapas (3,5%); por fim, a violência sexual (0,1%). As variáveis que permaneceram mais fortemente associadas ao desfecho foram o consumo de álcool, de drogas, o envolvimento em brigas, ter realizado agressões em gestações anteriores e ter agredido sua parceira nos últimos doze meses antes da atual gestação.

CONCLUSÕES: O presente estudo encontrou elevadas prevalências de violência perpetrada pelo companheiro em gestantes usuárias de maternidades públicas da Grande Florianópolis, SC. Observou-se aumento da violência durante a gestação comparativamente ao ano precedente ao da atual gestação. Os principais fatores associados ao fato de o companheiro perpetrar violência doméstica contra a gestante foram o consumo de álcool, de drogas, o envolvimento em brigas, ter realizado agressões em gestações anteriores e ter agredido a parceira nos últimos 12 meses antes da atual gestação. Para atenção às gestantes em situação de violência são necessários mecanismos de prevenção e identificação tanto às vítimas quanto aos perpetradores.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Violência por parceiro íntimo. Período pós-parto. Fatores associados.

Pattern of intimate partner violence during pregnancy and the Profile of perpetrators: Study at public hospitals in southern Brazil

ABSTRACT:

OBJECTIVES: The aim of this study was to identify the prevalence of intimate partner violence, its nature, the pattern of violence before and during pregnancy and the profile of the perpetrator.

METHODS: Interviews were conducted with 753 women who delivered in three public hospitals in Florianópolis, SC, between March and May 2014. The women were interviewed in postpartum, using questionnaire adapted from Multi-country study by the World Health Organization and validated in Brazil. The prevalence of each type of violence were calculated and verified the prevalence of overall violence pattern. Were also calculate the perpetrator characteristics, according to the categories of explanatory variables. Then using logistic regression we tested the factors associated with general violence.

RESULTS: The prevalence of intimate partner violence during pregnancy was 17.8%, and in the year preceding the current pregnancy was 3.7%. Psychological violence (17.5%) was more prevalente, the frequent acts were insults (15%) and frighten the partner (4%); followed by physical violence (5.4%) characterized by jerks (4.3%) and slap (3.5%). Sexual violence was 0.1%. The variables that remained more strongly associated with the outcome were alcohol, drugs, involvement in physical fights, assaults the woman in previous pregnancies, assaulting the partner in the last twelve months before the current pregnancy.

CONCLUSIONS: This study found high prevalence of violence by intimate partner, in pregnant women, attending Public Maternity in Florianópolis, SC. There was an increase of violence during pregnancy compared with the previous year to the current pregnancy. The main factors associated with intimate partner violence against pregnant women were alcohol, drugs, involvement in physical fights, assaults the woman in previous pregnancies, assaulting the partner in the last twelve months before the current pregnancy. For healthcare to pregnant woman exposed to violence are necessary mechanisms for prevention and screen of of victims and perpetrators.

Keywords: Violence against women. Intimate partner violence. Postpartum Period. Associated factors.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um problema complexo, que destrói vidas e compromete o desenvolvimento pleno e integral de mulheres no Brasil e no mundo. Porém, mais grave ainda se tornam as situações de violência quando ocorrem à mulher durante o período gestacional, trazendo um risco adicional ao filho em vida intrauterina, que cresce em situação de violência^(1, 2).

As prevalências de violência durante a gestação variam de acordo com o local onde as pesquisas são realizadas. Estudo conduzido na China⁽³⁾ identificou prevalência de violência durante a gestação de 11,2%, destas - a maior parte sofreu violência psicológica (79,1%). Prevalência semelhante (11,7%) foi encontrada em mulheres nigerianas que sofreram violência pela primeira vez durante a gestação⁽⁴⁾. Em contrapartida, em estudos com gestantes Apalaches provenientes de uma comunidade rural dos Estados Unidos a prevalência chegou a 81% e, destas, 80% relataram violência psicológica e 28%, física⁽⁵⁾.

Em estudos conduzidos no Brasil, constatou-se grande diferença nas prevalências de violência contra a gestante, como as encontradas na cidade do Rio de Janeiro por Mattar et al⁽⁶⁾ (3,7%) e por Santos et al⁽⁷⁾ (5,1%) e até números elevados como os apresentados por Silva et al⁽¹⁾ (31%) e Moraes e Reichenhein⁽⁸⁾ (33,8%).

Os episódios de violência podem cessar, diminuir ou se tornar recorrentes quando a mulher engravida, podendo ainda haver continuidade durante a gravidez. Por exemplo, Saltzman et al⁽⁹⁾ encontraram prevalência de 7,2% para episódios de violência durante os doze meses que precedem a gestação e 5,3% durante. De maneira alarmante, esse número pode chegar a 95% o número de mulheres agredidas durante a gestação e que haviam sido agredidas previamente⁽¹⁰⁾.

O perfil das gestantes que sofrem violência por parceiro íntimo está relacionado com o baixo nível de suporte social, ser jovem, ser de raça/etnia negra, apresentar baixa escolaridade, ter a iniciação sexual antes dos 19 anos, fazer uso de álcool ou drogas durante a gestação e ter a recusa do parceiro em usar preservativos^(1, 11).

Sofrer violência durante a gestação aumenta a incidência de infecções renais, de menor ganho de peso durante a gestação, de reações

adversas neonatais - como parto prematuro -, de baixo peso ao nascer e de tamanho pequeno para a idade gestacional⁽¹²⁾.

Mesmo com consequências tão importantes, os membros da família ainda são considerados como os principais agressores, sendo o parceiro íntimo figura de destaque, chegando de 78% a 82%^(3, 4) dos casos. O parceiro íntimo apresenta um perfil associado principalmente a baixa escolaridade, desemprego, uso de álcool e drogas e envolvimento em brigas⁽¹³⁾.

Diante desse quadro, é importante salientar a importância e a necessidade de se intensificar estudos para conhecer melhor as características da violência por parceiro íntimo (VPI). Neste sentido, o objetivo do presente estudo foi de identificar a prevalência da VPI, sua natureza, o padrão dessa violência antes e durante a gestação e o perfil do autor da agressão.

MÉTODOS

Foi realizado estudo transversal de base hospitalar na Grande Florianópolis, SC, nos setores de alojamento conjunto das Maternidades Públicas do Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes (HRSJHMG), do Hospital Universitário Ernani Polidoro de São Thiago (HU) e da Maternidade Carmela Dutra (MCD). Os três hospitais estão vinculados a atividades universitárias e fazem parte da rede pública de saúde.

Para o cálculo do tamanho da amostra utilizou-se o número de nascimentos nas maternidades. No HRSJHMG e na MCD são realizados aproximadamente 300 partos por mês, perfazendo uma média de 3.600 partos por ano. No HU são realizados, aproximadamente, 110 partos por mês, perfazendo, nessa maternidade, 1.320 partos por ano.

Baseando-se em uma população de 2.130 partos ocorridos no período da coleta (01/03/2014 e 31/05/2014), utilizou-se o cálculo para amostra de prevalência. Seguindo alguns parâmetros - nível de confiança de 95%, margem de erro de 2,5% e adição de 10% para recusas -, obteve-se o cálculo do tamanho da amostra igual a 741 participantes, considerando-se uma frequência esperada de desfecho de 20%, de acordo com a média aproximada obtida em estudos brasileiros de metodologias semelhantes^(1, 14-16).

Os critérios de inclusão foram: puérperas, de qualquer faixa etária, cujos filhos nasceram com mais de 20 semanas completas e pesando mais de 500g, ou que tiveram filhos natimortos, no período compreendido entre 01/03/2014 e 31/05/2014. Foram excluídas da

pesquisa mulheres internadas em Unidades de Tratamentos Intensivos (UTIs).

Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário, em entrevistas face a face, sem a presença do acompanhante, em sala específica, com privacidade, por duas entrevistadoras, especialmente treinadas e orientadas a encaminhar para acompanhamento profissional as mulheres em situações de risco. As mulheres foram informadas, pelas entrevistadoras, sobre o objetivo da pesquisa, o caráter sigiloso dos dados obtidos e de como as informações que seriam coletadas, deixando-as à vontade para esclarecimentos durante a entrevista e, informando-as também de que poderiam desistir de serem entrevistadas a qualquer momento.

O instrumento da pesquisa consistiu em um questionário adaptado da Organização Mundial da Saúde (OMS), denominado “Estudo Multipaíses sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica” (World Health Organization Violence Against Women - WHO VAW), validado no Brasil⁽¹⁷⁾.

O questionário abordou as condições sociodemográficas como idade, escolaridade, cor da pele, situação afetivo-conjugal e fonte de renda. Além disso, investigou as situações de violência psicológica, física e sexual. Para identificar a ocorrência de violência por parceiro íntimo era necessária resposta afirmativa a pelo menos um dos itens do bloco sobre violência. A violência psicológica foi caracterizada por sofrer atitudes ameaçadoras, humilhantes e intimidatórias. A violência física foi definida com questões relativas a agressões como tapas, empurrões, socos, chutes, surras, queimaduras ou com uso de armas brancas ou de fogo. Por sua vez, a violência sexual, estava relacionada a qualquer agressão de ordem sexual forçada e por meio da força física⁽¹⁸⁾. Parceiro íntimo ficou definido como companheiro ou ex-companheiro com quem as mulheres vivem ou viviam e mantinham relações sexuais⁽¹⁹⁾.

As variáveis demográficas e socioeconômicas obtidas das puérperas foram idade (≤ 19 , 20 a 30 e ≥ 31), cor da pele autorreferida, escolaridade em anos de estudo (0-8; 9-11; >12), trabalho atual (se está empregada atualmente) e renda da mulher em reais (estratificada em tercís). Quanto às variáveis relacionadas à saúde reprodutiva e obstétrica questionou-se a experiência atual de relacionamento íntimo, a realização de aborto, o planejamento da gestação, o número de consultas de pré-natal e outras gestações. Em referência ao comportamento, foram questionadas quanto ao uso ou não de álcool, fumo e drogas durante a gestação.

Sobre as características do parceiro íntimo, pesquisou-se a idade em anos completos, a escolaridade em anos de estudo, se tem trabalho atual (sim ou não), se faz uso de álcool ou de drogas ilícitas (sim ou não), se costuma envolver-se em brigas com outras pessoas que não a companheira (sim ou não) e a frequência com que o casal briga entre si (nunca, 1 a 2 vezes por semana, 1 a 3 vezes por mês, menos de 1 vez por mês ou todos os dias).

Foram calculadas as prevalências de cada tipo de violência e verificou-se a prevalência da violência geral segundo as categorias das variáveis exploratórias. Em seguida, por meio da Regressão Logística, testaram-se os fatores associados à violência geral. Assim, obtiveram-se as Razões de Chance (OR) nas análises bivariadas e multivariadas com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). Com base nos resultados da regressão bivariada foram incluídas na análise multivariada todas as variáveis que apresentaram $p < 0,20$, permanecendo no modelo final aquelas que apresentaram $p < 0,05$. O modelo de regressão logística foi ajustado na seguinte ordem das variáveis relacionadas ao companheiro: gestante ter sofrido violência durante a gestação (desfecho), idade, escolaridade, trabalho, uso de bebidas alcoólicas, uso de drogas, envolvimento em brigas e frequência com que briga com a parceira.

O projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, protocolo nº 763.774.

RESULTADOS

Foram convidadas a participar desse estudo 758 mulheres, mas 5 recusaram-se a responder às perguntas, totalizando 753 entrevistas realizadas, o que fez extrapolar o número amostral em 12 entrevistas.

Mais da metade (58,7%) das mulheres entrevistadas tinha entre 20 e 30 anos, autodeclarou-se de cor branca (68,1%), com baixa escolaridade (56%), sem emprego (52,8%) e sem casa própria (76%). Em relação à vida sexual e reprodutiva, predominaram mulheres com relacionamento íntimo (89,2%), porém sem planejamento prévio para engravidar (63,5%). Chama a atenção que a grande maioria (84,5%) realizou 6 ou mais consultas durante o acompanhamento de pré-natal, e 20% afirmaram ter realizado aborto. O consumo de álcool e o uso de drogas e tabaco durante a gestação foram referidos por 10,1%, 1,65% e 15,5%, respectivamente.

A violência durante a gestação apresentou prevalência de 17,8%, sendo a de natureza psicológica a mais prevalente (17,5%). Os atos mais frequentes foram os insultos (15%) e sustos (4%). Em seguida veio a violência física (5,4%), caracterizada por empurrões (4,3%) e tapas (3,5%). Apenas uma entrevistada referiu práticas sexuais humilhantes durante a gravidez.

Quanto ao padrão da violência, encontrou-se prevalência de 3,7% de relatos de violência no último ano, e a grande maioria não relatou ter sofrido agressões em gestações anteriores (96,9%).

Tabela 1 – Distribuição das mulheres segundo características sociodemográficas, de saúde reprodutiva e de agressões em gestações anteriores. Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2014.

Variável	n	% (IC 95%)
Idade (anos)		
≤19	149	19,8 (16,9 – 22,6)
20-30	442	58,7 (55,1 – 62,2)
≥31	162	21,5 (18,5 – 24,4)
Cor da pele		
Branca	513	68,1 (64,7 – 71,4)
Não branca	240	31,9 (28,5 – 35,2)
Escolaridade (anos de estudo)		
0-8	252	33,4 (30,0 – 36,8)
9-11	422	56,0 (52,4 – 59,5)
12 ou mais	79	10,6 (8,2 – 12,6)
Trabalho atual		
Não	398	52,8 (49,2 – 56,4)
Sim	355	47,2 (43,5 – 50,7)
Renda em reais		
Tercil 1	102	35,0 (29,53 – 40,5)
Tercil 2	105	36,0 (30,5 – 41,6)
Tercil 3	84	29,0 (23,6 – 34,1)
Relacionamento íntimo		
Não	81	10,8 (8,5 – 12,9)
Sim	672	89,2 (87,0 – 91,4)
Outras gestações		
Não	302	40,1 (36,5 – 43,6)
Sim	451	59,9 (56,3 – 63,4)
Gravidez planejada		
Não	478	63,5 (60,0 – 69,2)
Sim	275	36,5 (33,0 – 39,9)
N.º consultas pré-natal		

0-5	114	15,5 (12,8 – 18,0)
6 ou mais	625	84,5 (81,9 – 87,1)
Abortos		
0	609	80,9 (78,0 – 83,6)
1-3	144	19,1 (16,3 – 21,9)
Consumo de álcool		
Não	677	89,9 (87,7 – 92,0)
Sim	76	10,1 (7,9 – 12,2)
Consumo de drogas		
Não	741	98,4 (97,5 – 99,3)
Sim	12	1,6 (0,6 – 2,4)
Tabagista		
Não	636	84,5 (81,8 – 87,0)
Sim	117	15,5 (12,9 – 18,1)
Sofrer agressão em gestações anteriores		
Não	436	96,9 (95,2 – 98,4)
Sim	14	3,1 (1,5 – 4,7)
Sofrer violência 12 meses antes da gestação		
Não	722	96,3 (94,9 – 97,6)
Sim	28	3,7 (2,3 – 5,0)

A tabela 2 refere-se à distribuição do parceiro segundo características sociodemográficas e econômicas e hábitos de vida. Observou-se que mais da metade dos companheiros apresentava idade entre 20 e 30 anos (55,7%), baixa escolaridade - pois apenas 10,4% tinham o Ensino Superior - e estavam empregados (92,8%). Quanto ao consumo de álcool e drogas, respectivamente 54,1% e 7,8% faziam uso. Em relação ao comportamento violento cerca de dois terços não se envolveu em brigas, e 58,6% dos casais brigam até, no máximo, três vezes ao mês.

Tabela 2 – Distribuição dos parceiros agressores segundo características sociodemográficas e econômicas e hábitos de vida. Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2014.

Variável	n	% (IC95%)
Idade (anos)		
≤19	57	7,7 (5,7 – 9,6)
20-30	413	55,7 (52,0 – 59,2)
≥31	272	36,6 (33,1 – 40,1)
Escolaridade (anos de estudo)		

0-8	286	39,3 (35,7 – 42,8)
9-11	366	50,3 (46,6 – 53,9)
12 ou mais	76	10,4 (8,2 – 12,6)
Trabalho atual		
Não	53	7,2 (5,3 – 9,0)
Sim	684	92,8 (90,9 – 94,6)
Consumo de álcool		
Não	341	45,9 (42,3 – 49,5)
Sim	401	54,1 (50,4 – 57,6)
Consumo de drogas		
Não	682	92,2 (90,2 – 94,1)
Sim	58	7,8 (5,8 – 9,7)
Envolvimento em brigas		
Não	567	76,9 (73,8 – 79,9)
Sim	170	23,1 (20,0 – 26,1)
Frequência das brigas		
Nunca	152	20,5 (17,5 – 23,4)
1 a 2 vezes por semana	117	15,8 (13,1 – 18,4)
1 a 3 vezes por mês	182	24,5 (21,4 – 27,6)
Menos de 1 vez por mês	253	34,1 (30,7 – 37,5)
Todos os dias	33	4,4 (2,9 – 5,9)
Não sabe	4	0,5 (0,1 – 1,0)

Na tabela 3 são apresentadas as análises bivariadas entre as características do agressor e sofrer violência por parceiro íntimo na gestação. Na análise bruta todas as variáveis foram estatisticamente associadas ($p < 0,20$); na análise ajustada as variáveis idade, escolaridade e frequência das brigas entre o casal não apresentaram associação significativa ($p > 0,05$). Podem-se considerar como fatores de proteção para sofrer violência na gestação os homens com idade maior de 19 anos, com escolaridade maior que 9 anos de estudo, que estejam empregados. As variáveis que apresentaram uma significância estatística na análise ajustada foram o consumo de álcool e drogas e variáveis relacionadas ao comportamento violento do parceiro, como o envolvimento em brigas, além de episódios de violência em gestações anteriores e 12 meses anteriores à gestação atual. Vale destacar que os parceiros que fazem uso de bebidas alcoólicas apresentaram três vezes mais chances de cometer violência quando comparados aos que não usam álcool. O mesmo ocorreu com usuários de drogas e para aqueles que já se envolveram em brigas, aumentando em mais de quatro vezes, as chances de agressão.

Com relação à frequência das brigas entre os parceiros, a análise aponta que gestantes que brigam com seus companheiros de 1 a 2 vezes

por semana apresentaram seis vezes mais chances de sofrer violência nesta gestação, se comparadas àquelas que nunca brigam. Chama a atenção o fato de que, para aquelas que referiram brigar todos os dias a chance de sofrer violência passa para quase 25 vezes mais.

Mulheres que sofreram agressões em gestações anteriores apresentaram 46 vezes mais chances de sofrer violência nesta gestação, assim como mulheres cujos companheiros as agrediram no ano anterior à gestação apresentaram aproximadamente 6 vezes mais chances de sofrer violência nesta gravidez.

Tabela 3 - Análise de regressão bruta e ajustada da associação entre violência e fatores sociodemográficos, econômicos e de comportamento do parceiro íntimo, Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2014.

Variável	RC (IC _{95%}) bruta			p	RC (IC _{95%}) ajustada*			p
Idade				0,100				0,180
<19	1,00				1,00			
20-30	0,42	(0,23	-		0,41	(0,22	-	
	0,79)				0,77)			
>30	0,44	(0,23	-		0,44	(0,23	-	
	0,83)				0,86)			
Escolaridade (anos de estudo)				0,188				0,238
0-8	1,00				1,00			
9-11	0,57	(0,37	-		0,60	(0,39	-	
	0,86)				0,91)			
12 ou mais	0,98	(0,52	-1,		1,10	(0,58	-	
	82)				2,07)			
Trabalha				0,000				0,000
Não	1,00				1,00			
Sim	0,31	(0,17	-		0,32	(0,17	-	
	0,56)				0,58)			
Consumo de álcool				0,000				0,000
Não	1,00				1,00			
Sim	3,05	(2,00	-		3,02	(1,95	-	
	4,67)				4,68)			
Consumo de drogas				0,000				0,000
Não	1,00				1,00			
Sim	7,24	(4,14	-		4,58	(2,51	-	
	68)				8,38)			
Envolvimento em brigas				0,000				0,000
Não	1,00				1,00			

Sim	5,77 8,66)	(3,84 –		4,24 6,61)	(2,72 –	
Frequência das brigas			0,020			0,657
Nunca	1,00			1,00		
1 a 2 vezes por semana	8,25 17,35)	(3,92 –		6,75 15,34)	(2,97 –	
1 a 3 vezes por mês	2,69 5,72)	(1,26 –		2,00 4,57)	(0,87 –	
Menos de 1 vez por mês	1,48 3,20)	(0,69 –		1,37 3,15)	(0,59 –	
Todos os dias	44,37 123,34)	(15,96 –		24,80 83,87)	(7,33 –	
Agressão em gestações anteriores			0,000			0,000
Não	1,00			1,00		
Sim	58,74 455,65)	(7,57-		46,47 402,58)	(5,36-	
Violência 12 meses antes da gestação			0,000			0,000
Não	1,00			1,00		
Sim	25,32 8,01)	(9,42-		5,98 28,27)	(1,26-	

RC: razão de chance – (IC95%) – intervalo de confiança de 95%

* Ajustada pelas variáveis: idade, escolaridade, trabalha, consumo de álcool, consumo de drogas, envolvimento em brigas, frequência das brigas do casal, agressão em gestações anteriores, violência 12 meses antes da gestação.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo apontam que a violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes é uma realidade, e que sofrer violência em gestações anteriores e num período de 12 meses prévios à gestação aumenta essa probabilidade de maneira significativa. As características que envolvem os parceiros agressores estão relacionadas principalmente ao consumo de álcool e drogas, além do comportamento violento desse parceiro como o envolvimento prévio em brigas.

O estudo apontou que a prevalência de ocorrência de violência por parceiro íntimo entre as gestantes foi de 17,8%. Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores^(20, 21) (20% e 18,8%). Porém, podem ocorrer amplas variações nos resultados como nos estudos de Santos et al⁽⁷⁾ e Chu et al⁽²²⁾ que relataram valores menores (5,1% e 3,6%, respectivamente), e nos de Romero-Gutiérrez et al⁽²³⁾ e

Bailey & Daugherty⁽⁵⁾ que encontraram prevalências altíssimas (43,8% e 81%, respectivamente).

Dentre os tipos de violência identificados, a psicológica foi a mais prevalente (17,5%), representada por atos como insultos e sustos - resultado corroborado por Martin & Garcia⁽²⁴⁾. Acredita-se que isso ocorra porque durante a gestação as agressões psicológicas não comprometem fisicamente a mãe e o feto. Deste modo, o parceiro desinformado procura impor seu domínio por meio de agressões invisíveis. Estudos demonstram que alguns parceiros até modificam sua forma de agredir quando a mulher engravida, trocando, neste período, a violência física por agressões psicológicas⁽²⁵⁾. Esse tipo de violência pode levar a danos extremamente lesivos, às vezes mais comprometedores para a saúde da mulher do que a violência física, como a baixa autoestima, a depressão e o suicídio⁽²⁶⁾.

No que diz respeito à violência física, os atos mais comuns encontrados foram empurrões e tapas. Porém uma grande variedade de tipos de agressões foi citada, como pontapés, chutes e socos, atingindo diversas partes do corpo das gestantes. Alguns estudos^(27, 28) relatam ser a região abdominal materna frequentemente atingida. Para tal explicação, relatam que a área abdominal é visada por ser um espaço de ocupação do corpo feminino que pertence a ele, e, neste período gestacional, gera incapacidade parcial de uso sexual, o que ocasiona raiva profunda e, deste modo, leva a incorrer em agressão física.

Chama atenção que, no presente estudo, as prevalências de violência contra as mulheres avaliadas antes da gestação aumentaram de 3,7% para 17,8% durante a gestação. Achados semelhantes foram encontrados por Ezechi et al⁽⁴⁾ no ano de 2003, em que obtiveram uma frequência de violência de 39,1% antes da gravidez, com 49,2% relatando violência antes e durante a gestação. Outros autores^(22, 25) encontraram baixa prevalência de violência durante a gestação, porém Chu et al⁽²²⁾ também observaram que 71% das gestantes referiram que os episódios de violência aumentaram assim que engravidaram. Em contrapartida, autores evidenciaram que a gravidez apresenta efeito protetor contra a violência, como o estudo de Manzolli et al⁽¹⁵⁾ que obteve prevalência de 43,4% no período prévio à gestação e 18,2% durante a gestação. Do mesmo modo, Menezes et al⁽¹⁴⁾ encontraram prevalências de 13,1% e 7,4% antes e durante a gestação, respectivamente.

Pode-se perceber que os estudos apresentam grandes diferenças nas prevalências e nos padrões, não existindo um padrão fixo de violência. Observa-se, muitas vezes, ser a gestação um fator

desencadeante das agressões, bem como é agravante. Deste modo, as agressões não cessam durante a gravidez, como poderiam supor algumas grávidas que eram agredidas antes da gravidez. No entanto, é necessário ter cautela e fazer uma análise detalhada na interpretação desses valores, pois eles podem ocorrer em função das diferentes características metodológicas empregadas nas pesquisas, das diversidades das populações estudadas, dos períodos de coleta e do instrumento investigativo utilizado, do número de entrevistas realizadas, bem como das várias definições de violência.

Quanto às características do parceiro íntimo autor da agressão contra a mulher durante a gestação, observou-se, após análise multivariada, que as variáveis que permaneceram mais fortemente associadas ao desfecho foram o consumo de álcool, de drogas, o envolvimento em brigas, ter realizado agressões em gestações anteriores e ter agredido sua parceira nos últimos 12 meses antes da atual gestação.

A idade do parceiro não apresentou associação com sofrer violência contra a mulher gestante. Esse achado é controverso ao encontrado por Kronbauer & Meneguel⁽²⁹⁾ em estudo no qual observaram que a idade esteve associada tanto à violência psicológica quanto a física ($p=0,001$; $0,008$, respectivamente).

A associação entre violência doméstica e escolaridade foi avaliada, apresentando como ponto de corte parceiros com Ensino Médio, conferindo 40% de proteção quando comparados aos parceiros que só tinham Ensino Fundamental. Devi et al⁽³⁰⁾ relataram que os abusos são maiores nos casos em que a educação do marido encontra-se abaixo do décimo nível de educação (38,8%), relacionado a 23,5% em que a educação é maior do que o décimo nível. O mesmo se evidencia com as mulheres. Menezes et al⁽¹⁴⁾ entenderam que o risco foi significativamente maior para os níveis mais baixos de escolaridade, sendo quase 10 vezes maior para 0-3 anos estudados, em comparação a 11 ou mais anos. É possível que a deficiência escolar do casal traga dificuldades de relacionamento, pois pode dificultar a resolução de problemas cotidianos. Além disso, quanto menor a escolaridade do parceiro, maiores são as dificuldades para a sua qualificação profissional, gerando desemprego ou empregos mal remunerados. Presume-se, deste modo, a existência de dificuldades financeiras, estresse e violência entre o casal, estando a mulher em nítida desvantagem, em razão da força física do companheiro.

Nos achados do presente estudo, o marido empregado promoveu grande proteção ao risco de a mulher sofrer violência ($RC = 0,32$ (IC95% $0,17 - 0,58$)). Os achados da literatura ratificam que o

desemprego, associado à pobreza e ao aumento das adversidades expõe o casal a privações, impondo dificuldades econômicas e financeiras que dificultam o atendimento das necessidades diárias da família, o que muitas vezes pode gerar discussões e desentendimentos entre o casal⁽³¹⁾.

Outros indicadores de risco para a violência contra a gestante observados - e que normalmente atuam associados - foram o uso de álcool e o consumo de drogas ilícitas pelo parceiro. Tais variáveis aumentaram em mais de 3 vezes as chances de agressão. Essas substâncias atuam alterando o estado de consciência, desinibindo o controle da agressividade e incitando o poder do parceiro, resultando em atitudes reprobatórias e violentas. Podem ser tanto a causa como o efeito por quem pratica, assim como também por quem sofre a violência⁽¹⁴⁾.

O envolvimento do parceiro em brigas com outras pessoas aumentou em mais de quatro vezes as chances de a gestante sofrer violência. O histórico de violência do parceiro pode demonstrar suas características agressivas prévias e sua inabilidade em contornar, amigavelmente, situações conflituosas do cotidiano. Deste modo, o parceiro costuma usar os mesmos recursos para solucionar desgastes familiares.

Brigas entre o casal também podem desencadear violência. Observou-se que, quanto maior o número de brigas por período (semanas/meses), maiores são as possibilidades de agressão por parte do companheiro, fato corroborado em outras pesquisas^(9, 32).

Parceiros que agrediram suas companheiras em gestações prévias, assim como, no ano precedente à atual gravidez, apresentaram elevadas probabilidades de agredir sua parceira durante a atual gestação (46 e 6 vezes, respectivamente). Lutgendorf et al⁽³³⁾ encontraram 5,99 mais chances em gestantes que sofreram violência no ano anterior à gravidez; assim, concluíram que mulheres que sofrem violência prévia à gestação apresentam elevado risco de sofrer violência também durante a gravidez, em função da ciclicidade dos atos de violência.

Mesmo diante de todas as argumentações e análises realizadas previamente, é importante ressaltar limitações metodológicas neste estudo. Primeiro, tratando-se de estudo transversal, a relação entre causa e efeito não pode ser determinada. Além disso, devemos levar em consideração o período utilizado na realização das entrevistas. Os dados, ao serem coletados no puerpério, podem estar sob interferência de vieses de informação e esquecimento, visto que essa fase é caracterizada por grande influência emocional da mulher, em função da chegada de um filho. Do mesmo modo, o desconhecimento de certos tipos de violência,

como a psicológica, e a banalização social e cultural desse fenômeno podem influenciar na percepção da violência.

Frente ao exposto, ressaltamos que este é o primeiro estudo que avaliou a prevalência, os tipos, os atos, os padrões de comportamento e principalmente, que caracterizou quem é o autor da violência doméstica contra gestantes, em maternidades públicas, de uma região metropolitana do Sul do país.

Com base nos resultados do presente estudo, constatamos grandes dificuldades enfrentadas pelas gestantes que sofreram violência, independentemente de esta ser do tipo físico, sexual ou psicológico. Os problemas se agravam pelo fato de o principal agressor ser o parceiro íntimo que não raras vezes agredia sua companheira antes de esta engravidar. Deste modo, salienta-se a importância de sua identificação, principalmente, durante a gestação. Esse período, por ser uma fase em que a mulher dispõe muito tempo envolvida com os profissionais de saúde, torna-se fundamental para o desenvolvimento de intervenções por meio de políticas públicas de saúde.

Como sugestão, inicialmente se pode citar uma maior discussão sobre o tema, além da divulgação por meio de campanhas - por exemplo, a respeito dos elevados índices de prevalência da VPI durante a gestação e da necessidade de combater os inúmeros fatores associados como o álcool e as drogas ilícitas. Além disso, há necessidade de se aprimorar nas estratégias ou programas de enfrentamento eficazes do problema nos órgãos reguladores das políticas públicas de saúde⁽³⁴⁾ e em mecanismos de proteção e acolhimento representados, principalmente, pela Lei Maria da Penha, por delegacias de defesa da mulher e por casas abrigos.

Finalmente, é importante ressaltar a necessidade de realizar métodos rotineiros eficazes de *screening* na investigação da violência contra a gestante. Segundo o Ministério da Saúde, os profissionais dessa área, estão em uma posição estratégica para detectar riscos e identificar as possíveis vítimas de violência intrafamiliar. Com frequência, são os primeiros a serem informados sobre possíveis episódios de violência⁽³⁴⁾. Por isso, urge a necessidade de esses profissionais estarem devidamente treinados no que diz respeito a procedimentos de abordagem, terapêuticas e orientações quanto às instituições que prestam serviços de saúde, educação, jurídicos e policiais, tanto às mulheres agredidas quanto ao autor da agressão.

REFERÊNCIAS

1. Silva EP, Ludermir AB, Araujo TV, Valongueiro SA. Frequency and pattern of intimate partner violence before, during and after pregnancy. *Rev Saude Publica*. 2011 Dec;45(6):1044-53. PubMed PMID: 22127653. Epub 2011/12/01. eng.por.
2. Lettiere A. NM, Bittar DB. Violence against women and its implications for maternal and child health. *Acta Paul Enferm*. 2012, (4):524-29.
3. Lau Y. Does pregnancy provide immunity from intimate partner abuse among Hong Kong Chinese women? *Soc Sci Med*. 61. England2005. p. 365-77.
4. Ezechi OC, Kalu BK, Ezechi LO, Nwokoro CA, Ndububa VI, Okeke GC. Prevalence and pattern of domestic violence against pregnant Nigerian women. *J Obstet Gynaecol*. 24. England2004. p. 652-6.
5. Bailey BA, Daugherty RA. Intimate partner violence during pregnancy: incidence and associated health behaviors in a rural population. *Matern Child Health J*. 2007 Sep;11(5):495-503. PubMed PMID: 17323125. Epub 2007/02/27. eng.
6. Mattar R SE, Camano L, Abrahão AR, Colás OR, Neto JA, et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento de depressão pós parto. *Rev. Bras. Ginecol Obstet*. 2007, 29(9):470-7.
7. Santos AG; Lovisi GM;Valente CCB; Legay L; Abelha L. Violência doméstica durante a gestação:um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet.*,2010, Rio de Janeiro,18(4):483-93.
8. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 79. Ireland2002. p. 269-77.
9. Saltzman LE, Johnson CH, Gilbert BC, Goodwin MM. Physical abuse around the time of pregnancy: an examination of prevalence and risk factors in 16 states. *Matern Child Health J*. 2003 Mar;7(1):31-43. PubMed PMID: 12710798. Epub 2003/04/25. eng.
- 10.Hedin LW, Janson PO. Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000 Aug;79(8):625-30. PubMed PMID: 10949224. Epub 2000/08/19. eng.
- 11.Flury M, Nyberg E, Riecher-Rossler A. Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Med Wkly*. 2010;140:w13099.

12. Benagiano G, Carrara S, Filippi V. Social and ethical determinants of human sexuality: 2. Gender-based violence. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2010;15(4):220-31.
13. Peedicayil A, Sadowski LS, Jeyaseelan L, Shankar V, Jain D, Suresh S, et al. Spousal physical violence against women during pregnancy. *BJOG*. 111. England 2004. p. 682-7.
14. Menezes TC, Amorim MMRd, Santos LC, Faúndes A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Rev bras ginecol obstet*. 2003;25(5):309-16.
15. Manzolli P, Nunes MA, Schmidt MI, Pinheiro AP, Soares RM, Giacomello A, et al. Violence and depressive symptoms during pregnancy: a primary care study in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010 Oct;45(10):983-8. PubMed PMID: 19856140. Epub 2009/10/27. eng.
16. Santos AGd, Nery IS, Rodrigues DC, Melo AdS. Violência contra gestantes em delegacias especializadas no atendimento à mulher de Teresina-PI. Violence against pregnant women in special police departments for assistance to women in Teresina-PI. Violencia contra embarazadas en comisarías especializadas en atención a la mujer de teresina-pi. *Rev RENE*. 2010;11(n.esp):109-16.
17. Schraiber LB, Latorre MdrDO, França Jr I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Revista de Saúde Pública*. 2010;44:658-66.
18. Krug EG DL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde In: OMS, editor. Genebra. 2002. p. 380.
19. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, World Health Organization, 2005.
20. Chan KL, Brownridge DA, Tiwari A, Fong DY, Leung WC, Ho PC. Associating pregnancy with partner violence against Chinese women. *J Interpers Violence*. 26. United States 2011. p. 1478-500.
21. Durand JG, Schraiber LB. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. *Rev bras epidemiol*. 2007;10(3):310-22.
22. Chu SY, Goodwin MM, D'Angelo DV. Physical violence against U.S. women around the time of pregnancy, 2004-2007. *Am J Prev Med*. 38. Netherlands: Published by Elsevier Inc.; 2010. p. 317-22.
23. Romero-Gutierrez G, Cruz-Arvizu VH, Regalado-Cedillo CA, Ponce-Ponce de Leon AL. Prevalence of violence against pregnant

- women and associated maternal and neonatal complications in Leon, Mexico. *Midwifery*. 27. Scotland: 2010 Elsevier Ltd; 2011. p.750-3.
24. Martin KR, Garcia L. Unintended pregnancy and intimate partner violence before and during pregnancy among Latina women in Los Angeles, California. *J Interpers Violence*. 26. United States 2011. p. 1157-75.
25. Diaz-Olavarrieta C, Paz F, Abuabara K, Martinez Ayala HB, Kolstad K, Palermo T. Abuse during pregnancy in Mexico City. *Int J Gynaecol Obstet*. 97. Ireland 2007. p. 57-64.
26. Selic P, Pesjak K, Kersnik J. The prevalence of exposure to domestic violence and the factors associated with co-occurrence of psychological and physical violence exposure: a sample from primary care patients. *BMC public health*. 2011;11(1):621.
27. Saito AS, Cooke M, Creedy DK, Chaboyer W. Thai women's experience of intimate partner violence during the perinatal period: A case study analysis. *Nursing & Health Sciences*. 2009;11(4):382-7.
28. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. A Qualitative Exploration of the Nature of Domestic Violence in Pregnancy. *Violence Against Women*. 2006;12(6):588-604.
29. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Revista de Saúde Pública*. 2005;39:695-701.
30. Khosla AH, Dua D, Devi L, Sud SS. Domestic violence in pregnancy in North Indian women. *Indian J Med Sci*. 2005 May;59(5):195-9. PubMed PMID: 15985727. Epub 2005/06/30. eng.
31. Krug EG, Dalhberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS; 2003.
32. Arslantas H, Adana F, Ergin F, Gey N, Bicer N, Kiransal N. Domestic violence during pregnancy in an eastern city of Turkey: a field study. *J Interpers Violence*. 27. United States 2012. p. 1293-313.
33. Lutgendorf MA, Busch JM, Doherty DA, Conza LA, Moone SO, Magann EF. Prevalence of domestic violence in a pregnant military population. *Obstet Gynecol*. 113. United States 2009. p. 866-72.
34. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde Violência intrafamiliar. Orientações para a prática em serviço. Cadernos de Atenção Básica Nº 8. Série A – Normas e Manuais Técnicos; nº 131. Brasília/DF 2002.

8. CONCLUSÕES

A partir das análises realizadas nesta tese de doutorado, pode-se concluir que:

1. *Os resultados do presente estudo demonstram elevada prevalência de sofrer violência, por parceiro íntimo, durante a gestação.*
2. *Os dados demonstram que a violência é maior em mulheres que sofreram agressões nos 12 meses precedentes à atual gestação, mulheres que consomem álcool, que têm cor da pele não branca, que já sofreram agressões em gestações anteriores, seguida de mulheres que já realizaram abortos, apresentam transtorno mental comum, não planejam a gravidez e não trabalham fora.*

Na distribuição das mulheres, poucas (3,7%) relataram ter sofrido violência nos doze meses antes da gestação, assim como em gestações anteriores (3,1%). Porém, as que sofreram violência nesses períodos apresentam, respectivamente, 15 e 36 vezes mais chances de sofrer violência na atual gestação. Gestantes com cor da pele não branca, usuárias de álcool e que apresentam transtorno mental comum aumentam em aproximadamente 2 vezes as chances de sofrer violência na gestação.

3. *Quanto à natureza, a violência psicológica mostra-se mais prevalente do que a violência física e sexual.*

Quando analisadas separadamente, as gestantes apresentam 3 vezes mais chances de sofrer violência psicológica do que de violência física. Os atos mais frequentes são os insultos e os sustos e, na violência física, são os empurrões e os tapas.

4. *No que diz respeito ao padrão da violência, observa-se aumento da violência na gestação atual, quando comparada ao ano precedente.*

A gravidez não protege a gestante contra a violência. No presente estudo, as prevalências de violência contra as mulheres avaliadas antes da gestação aumentam em mais de quatro vezes durante a gestação.

5. O consumo de álcool pelo parceiro, a utilização de drogas ilícitas, o envolvimento em brigas, ter agredido sua companheira em gestações anteriores ou nos últimos 12 meses aumentam as chances de agredi-la, novamente, na atual gestação.

Após análise multivariada, as razões de chance entre uso de álcool, drogas, envolvimento em brigas, ter agredido sua companheira em gestações anteriores ou nos últimos 12 meses, tanto na análise bruta quanto na análise ajustada, estiveram significativamente associadas com cometer violência. Chama atenção que parceiros que já cometeram agressões em gestações prévias e companheiros que já agrediram no ano precedente à atual gravidez apresentam, respectivamente, 46 e 6 vezes mais chances de cometer violência na gestação atual.

REFERÊNCIAS

1. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012. Os novos padrões da violência homicida no Brasil [Internet]. São Paulo: Instituto Sangari; 2011. 243 p. [acesso 05 jan 2014]. Disponível em: http://www.sangari.com/mapadaviolencia/pdf2012/mapa2012_web.pdf.
2. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
3. Krug EG DL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde In: OMS, editor. Genebra.2002. p. 380.
4. Parker B, McFarlane J, Soeken K, Torres S, Campbell D. Physical and emotional abuse in pregnancy: a comparison of adult and teenage women. *Nurs Res*. 1993 May-Jun;42(3):173-8. PubMed PMID: 8506167. Epub 1993/05/01. eng.
5. Webster J, Sweett S, Stolz TA. Domestic violence in pregnancy. A prevalence study. *Med J Aust*. 1994 Oct 17;161(8):466-70. PubMed PMID: 7935117. Epub 1994/10/17. eng.
6. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Silva C, Reed S. Severity of abuse before and during pregnancy for African American, Hispanic, and Anglo women. *J Nurse Midwifery*. 44. United States1999. p. 139-44.
7. Hedin LW, Grimstad H, Moller A, Schei B, Janson PO. Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among Swedish couples. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1999 Apr;78(4):310-5. PubMed PMID: 10203298. Epub 1999/04/15. eng.
8. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 79. Ireland2002. p. 269-77.
9. Castro R, Peek-Asa C, Ruiz A. Violence against women in Mexico: a study of abuse before and during pregnancy. *Am J Public Health*. 2003 Jul;93(7):1110-6. PubMed PMID: 12835194. PMCID: 1447918. Epub 2003/07/02. eng.
10. Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, Yoshihama M, Gray GE, McIntyre JA, et al. Prevalence and patterns of gender-based violence and revictimization among women attending antenatal clinics in Soweto, South Africa. *Am J Epidemiol*. 160. United States2004. p. 230-9.

11. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 113. Ireland2004. p. 6-11.
12. Khosla AH, Dua D, Devi L, Sud SS. Domestic violence in pregnancy in North Indian women. *Indian J Med Sci.* 2005 May;59(5):195-9. PubMed PMID: 15985727. Epub 2005/06/30. eng.
13. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Revista de Saúde Pública.* 2005;39:695-701.
14. Durand JG, Schraiber LB. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. *Rev bras epidemiol.* 2007;10(3):310-22.
15. Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MdGG, Pèrez-Escamila R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. *Violencia domestica durante el embarazo: prevalencia y factores asociados.* *Rev saúde pública.* 2008;42(5):877-85.
16. Manzolli P, Nunes MA, Schmidt MI, Pinheiro AP, Soares RM, Giacomello A, et al. Violence and depressive symptoms during pregnancy: a primary care study in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010 Oct;45(10):983-8. PubMed PMID: 19856140. Epub 2009/10/27. eng.
17. Moraes CL, Arana FDN, Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal
Violencia física entre parejas íntimas en la gestación como factor de riesgo para la mala calidad del prenatal
Physical intimate partner violence during gestation as a risk factor for low quality of prenatal care. *Rev saúde pública.* 2010;44(4):667-76.
18. Arslantas H, Adana F, Ergin F, Gey N, Bicer N, Kiransal N. Domestic violence during pregnancy in an eastern city of Turkey: a field study. *J Interpers Violence.* 27. United States2012. p. 1293-313.
19. Silva EP, Ludermir AB, Araujo TV, Valongueiro SA. Frequency and pattern of intimate partner violence before, during and after pregnancy. *Rev Saude Publica.* 2011 Dec;45(6):1044-53. PubMed PMID: 22127653. Epub 2011/12/01. eng/por.

20. Lettiere A. NM, Bittar DB. Violence against women and its implications for maternal and child health. *Acta Paul Enferm.* 2012, (4):524-29.
21. Irion O, Boulvain M, Straccia AT, Bonnet J. Emotional, physical and sexual violence against women before or during pregnancy. *BJOG.* 2000 Oct;107(10):1306-8. PubMed PMID: 11028586. Epub 2000/10/12. eng.
22. Harrykissoo SD, Rickert VI, Wiemann CM. Prevalence and patterns of intimate partner violence among adolescent mothers during the postpartum period. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 156. United States 2002. p. 325-30.
23. Ezechi OC, Kalu BK, Ezechi LO, Nwokoro CA, Ndububa VI, Okeke GC. Prevalence and pattern of domestic violence against pregnant Nigerian women. *J Obstet Gynaecol.* 24. England 2004. p. 652-6.
24. Lau Y. Does pregnancy provide immunity from intimate partner abuse among Hong Kong Chinese women? *Soc Sci Med.* 61. England 2005. p. 365-77.
25. Mattar R, Silva EYK, Camano L, Abrahão AR, Colás OR, Andalaft Neto J, et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. *Rev bras ginecol obstet.* 2007 09;29(9):470-7.
26. Shamu S, Abrahams N, Temmerman M, Musekiwa A, Zarowsky C. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. *PLoS one.* 2011;6(3):e17591.
27. Martin KR, Garcia L. Unintended pregnancy and intimate partner violence before and during pregnancy among Latina women in Los Angeles, California. *J Interpers Violence.* 26. United States 2011. p. 1157-75.
28. Efetie ER, Salami HA. Domestic violence on pregnant women in Abuja, Nigeria. *J Obstet Gynaecol.* 27. England 2007. p. 379-82.
29. Audi CA, Segall-Correa AM, Santiago SM, Perez-Escamilla R. Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. *Midwifery: 2011 Elsevier Ltd;* 2011.
30. Flury M NE, Riecher-Rössler A. Domestic Violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Med Weekly.* 2010, 1-6.

31. Audi CAF CA, Santiago SM. The association between domestic violence during pregnancy and low birth weight or prematurity. *Jornal de Pediatria* 2008, 60-67.
32. Naved RT, Persson LA. Factors associated with physical spousal abuse of women during pregnancy in Bangladesh. *Int Fam Plan Perspect.* 34. United States 2008. p. 71-8.
33. Shoffner DH. We don't like to think about it: intimate partner violence during pregnancy and postpartum. *The Journal of perinatal & neonatal nursing.* 2008;22(1):39-48.
34. Rodriguez MA, Valentine J, Ahmed SR, Eisenman DP, Sumner LA, Heilemann MV, et al. Intimate partner violence and maternal depression during the perinatal period: a longitudinal investigation of Latinas. *Violence Against Women.* 16. United States 2010. p. 543-59.
35. Selic P, Pesjak K, Kersnik J. The prevalence of exposure to domestic violence and the factors associated with co-occurrence of psychological and physical violence exposure: a sample from primary care patients. *BMC public health.* 2011;11(1):621.
36. Smikle CB, Sorem KA, Satin AJ, Hankins GD. Physical and sexual abuse in a middle-class obstetric population. *South Med J.* 1996 Oct;89(10):983-8. PubMed PMID: 8865791. Epub 1996/10/01. eng.
37. Hedin LW, Janson PO. Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000 Aug;79(8):625-30. PubMed PMID: 10949224. Epub 2000/08/19. eng.
38. Thananowan N, Heidrich SM. Intimate partner violence among pregnant Thai women. *Violence Against Women.* 14. United States 2008. p. 509-27.
39. Mendoza Flores ME, Martínez Hernández G, Pizano Zárate ML, Lartigue Becerra T. Violencia de género, embarazo y autoestima en un área urbana de la ciudad de México. *Rev enferm herediana.* 2008 06;1(1):40-7.
40. Menezes TC, Amorim MMRd, Santos LC, Faúndes A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Rev bras ginecol obstet.* 2003;25(5):309-16.
41. Valladares E, Pena R, Persson LA, Hogberg U. Violence against pregnant women: prevalence and characteristics. A population-based study in Nicaragua. *BJOG.* 112. England 2005. p. 1243-8.
42. McFarlane J, Parker B, Soeken K. Abuse during pregnancy: frequency, severity, perpetrator, and risk factors of homicide.

- Public Health Nurs. 1995 Oct;12(5):284-9. PubMed PMID: 7479535. Epub 1995/10/01. eng.
43. Minayo MCdS, Souza ERd. Violence and health care as an interdisciplinary field and an arena for collective action. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 1997;4(3):513-31.
 44. Flury M, Nyberg E, Riecher-Rossler A. Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Med Wkly*. 2010;140:w13099.
 45. World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva WHO, 2010.
 46. Tavares dos Santos JV. A violência como dispositivo de excesso de poder. *Sociedade e estado*. 1995;10(2):281-98.
 47. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012: Novos padrões da violência homicida no Brasil. 1ª ed. São Paulo; 2012.
 48. D'Oliveira, Ana Flávia P. L.; Falcão, Maria Thereza Couto; Figueiredo, Wagner dos Santos e Schraiber, Lilia Blima. Violência dói e não é direito. A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo; Editora UNESP. 2005.
 49. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde Violência intrafamiliar. Orientações para a prática em serviço. Cadernos de Atenção Básica Nº 8. Série A – Normas e Manuais Técnicos; nº 131. Brasília/DF 2002
 50. Gomes R, Minayo MCdSyS, Cláudio Filipe R. (2005). Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: Ministério da Saúde, Impacto da violência na saúde dos brasileiros (PP.117-140). Brasília: Ministério da Saúde.
 51. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e realidade*. 1991;20(2).
 52. Gomes R. A dimensão simbólica da violência de gênero: uma discussão introdutória. *Athenea Digital: revista de pensamento e investigación social*. 2008 (14):237-43.
 53. Bourdieu PAdmRdJBB.
 54. da Silva LL, Coelho EBS, de Caponi SNC, Silva LL. Violência silenciosa: Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface-Comunic, Saúde, Educ*. 2007;11(21):93-103.

55. de Oliveira DC, de Souza L. Gênero e violência conjugal: concepções de psicólogos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2006;6(2):34-50.
56. Ganster-Breidler M. Gender-based Violence and the Impact on Women's Health and Well-being in Papua New Guinea. *Contemporary PNG Studies*. 2010;13:17.
57. Gumani M, Mudhovozi P. Gender-based violence: opportunities and coping resources for women in abusive unions. *Gender and Behaviour*. 2013;11(2):5569-78.
58. Benagiano G, Carrara S, Filippi V. Social and ethical determinants of human sexuality: 2. Gender-based violence. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2010;15(4):220-31.
59. Chacham AS, Maia MB, Camargo MB. Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2012;29:389-407.
60. Monteiro CFdS, Costa NSS, Nascimento PSV, Aguiar YAd. A violência intra-familiar contra adolescentes grávidas. *Rev bras enferm*. 2007;60(4):373-6.
61. Brasil. Ministério da Saúde. ***Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências***. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
62. Oliveira APG, Cavalcanti VRS. Violência doméstica na perspectiva de gênero e Políticas Públicas. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*. 2007;17(1):39-51.
63. Machado, Lia Zanotta. Eficácia e Desafios das Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres: o futuro dos direitos à não violência. IN: *Pesquisa Nacional Sobre as Condições de Funcionamento das Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres*. Brasília: CNDM/ Ministério da Justiça, 2001.
64. Catarina PpnedvreUFdS, organização EBSCeaFUFdSC, 2014. 51 p.
65. IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2005. n. 10.
66. Jardim, RTJ; Brauner, MCC. Esterilização Feminina: na ótica dos direitos reprodutivos, da ética e do controle de natalidade. *Trabalho e Ambiente, Caxias do Sul*. 2005; 3 (5).

67. Brasil. Lei Maria da Penha: Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação Edições Câmara, 2010. 34 p. [882143] CAM.
68. Rocha, LMLN. Violência de gênero e políticas públicas no Brasil: um estudo sobre as casas-abrigo para mulheres em situação de violência doméstica. 2005. 353f. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís do Maranhão, 2005.
69. Helton AS, McFarlane J, Anderson ET. Battered and pregnant: a prevalence study. *Am J Public Health.* 1987 Oct;77(10):1337-9. PubMed PMID: 3631370. PMCID: PMC1647151. Epub 1987/10/01. eng.
70. Lutgendorf MA, Busch JM, Doherty DA, Conza LA, Moone SO, Magann EF. Prevalence of domestic violence in a pregnant military population. *Obstet Gynecol.* 113. United States 2009. p. 866-72.
71. Chu SY, Goodwin MM, D'Angelo DV. Physical violence against U.S. women around the time of pregnancy, 2004-2007. *Am J Prev Med.* 38. Netherlands: Published by Elsevier Inc.; 2010. p. 317-22.
72. Campbell Jc Fau - Poland ML, Poland MI Fau - Waller JB, Waller Jb Fau - Ager J, Ager J. Correlates of battering during pregnancy. 19920923 DCOM- 19920923(0160-6891 (Print)). eng.
73. Aquino NMRD, Sun SY, Oliveira EMd, Martins MdG, Silva JdFd, Mattar R. Violência sexual e associação com a percepção individual de saúde entre mulheres gestantes
Violencia sexual y asociación con la percepción individual de salud entre mujeres gestantes. *Rev saúde pública.* 2009;43(6):954-60.
74. Saltzman LE, Johnson CH, Gilbert BC, Goodwin MM. Physical abuse around the time of pregnancy: an examination of prevalence and risk factors in 16 states. *Matern Child Health J.* 2003 Mar;7(1):31-43. PubMed PMID: 12710798. Epub 2003/04/25. eng.
75. Castro R, Peek-Asa C, Garcia L, Ruiz A, Kraus JF. Risks for abuse against pregnant Hispanic women: Morelos, Mexico and Los Angeles County, California. *Am J Prev Med.* 25. Netherlands 2003. p. 325-32.
76. Castro R, Ruiz A. [Prevalence and severity of domestic violence among pregnant women, Mexico]. *Rev Saude Publica.* 38. Brazil 2004. p. 62-70.
77. Doubova SV, Pámanes-González V, Billings DL, Torres-Arreola LDP. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Rev saúde pública.* 2007;41(4):582-90.

78. Bailey BA, Daugherty RA. Intimate partner violence during pregnancy: incidence and associated health behaviors in a rural population. *Matern Child Health J.* 2007 Sep;11(5):495-503. PubMed PMID: 17323125. Epub 2007/02/27. eng.
79. Romero-Gutierrez G, Cruz-Arvizu VH, Regalado-Cedillo CA, Ponce-Ponce de Leon AL. Prevalence of violence against pregnant women and associated maternal and neonatal complications in Leon, Mexico. *Midwifery.* 27. Scotland: 2010 Elsevier Ltd; 2011. p. 750-3.
80. Diaz-Olavarrieta C, Paz F, Abuabara K, Martinez Ayala HB, Kolstad K, Palermo T. Abuse during pregnancy in Mexico City. *Int J Gynaecol Obstet.* 97. Ireland2007. p. 57-64.
81. Campbell JC, Poland ML, Waller JB, Ager J. Correlates of battering during pregnancy. *Res Nurs Health.* 1992 Jun;15(3):219-26. PubMed PMID: 1509114. Epub 1992/06/01. eng.
82. Muhajarine N, D'Arcy C. Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. *CMAJ.* 1999 Apr 6;160(7):1007-11. PubMed PMID: 10207339. PMCID: PMC1230192. Epub 1999/04/20. eng.
83. Martin SL, Mackie L, Kupper LL, Buescher PA, Moracco KE. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. *JAMA.* 285. United States2001. p. 1581-4.
84. Castro R, Ruíz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. *Rev saúde pública.* 2004;38(1):62-70.
85. Bohn DK, Tebben JG, Campbell JC. Influences of income, education, age, and ethnicity on physical abuse before and during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2004 Sep-Oct;33(5):561-71. PubMed PMID: 15495701. Epub 2004/10/22. eng.
86. Paredes-Solís S, Villegas-Arrizón A, Meneses-Rentería A, Rodríguez-Ramos IE, Reyes-de Jesús L, Andersson N. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México. *Salud pública Méx.* 2005;47(5):335-41.
87. Peedicayil A, Sadowski LS, Jeyaseelan L, Shankar V, Jain D, Suresh S, et al. Spousal physical violence against women during pregnancy. *BJOG.* 111. England2004. p. 682-7.
88. Singh P, Rohtagi R, Soren S, Shukla M, Lindow SW. The prevalence of domestic violence in antenatal attendee's in a Delhi hospital. *J Obstet Gynaecol.* 28. England2008. p. 272-5.

89. Clark CJ, Hill A, Jabbar K, Silverman JG. Violence during pregnancy in Jordan: its prevalence and associated risk and protective factors. *Violence Against Women*. 15. United States 2009. p. 720-35.
90. Oweis A, Gharaibeh M, Alhourani R. Prevalence of violence during pregnancy: findings from a Jordanian survey. *Matern Child Health J*. 2010 May;14(3):437-45. PubMed PMID: 19326196. Epub 2009/03/28. eng.
91. Okour AM, Badarneh R. Spousal violence against pregnant women from a Bedouin community in Jordan. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011 Dec;20(12):1853-9. PubMed PMID: 21870963. Epub 2011/08/30. eng.
92. Fikree FF, Jafarey SN, Korejo R, Afshan A, Durocher JM. Intimate partner violence before and during pregnancy: experiences of postpartum women in Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc*. 2006 Jun;56(6):252-7. PubMed PMID: 16827246. Epub 2006/07/11. eng.
93. Farid M, Saleem S, Karim MS, Hatcher J. Spousal abuse during pregnancy in Karachi, Pakistan. *Int J Gynaecol Obstet*. 101. Ireland 2008. p. 141-5.
94. Jahanfar S, Kamarudin EB, Sarpin MA, Zakaria NB, Abdul Rahman RB, Samsuddin RD. The prevalence of domestic violence against pregnant women in Perak, Malaysia. *Arch Iran Med*. 10. Iran 2007. p. 376-278.
95. Mohammadhosseini E, Sahraean L, Bahrami T. Domestic abuse before, during and after pregnancy in Jahrom, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J*. 2010 Jul;16(7):752-8. PubMed PMID: 20799532. Epub 2010/08/31. eng.
96. Chan KL, Brownridge DA, Tiwari A, Fong DY, Leung WC, Ho PC. Associating pregnancy with partner violence against Chinese women. *J Interpers Violence*. 26. United States 2011. p. 1478-500.
97. Yang MS, Yang MJ, Chou FH, Yang HM, Wei SL, Lin JR. Physical abuse against pregnant aborigines in Taiwan: prevalence and risk factors. *Int J Nurs Stud*. 43. England 2006. p. 21-7.
98. Hammoury N, Khawaja M, Mahfouz Z, Afifi RA, Madi H. Domestic violence against women during pregnancy: the case of Palestinian refugees attending an antenatal clinic in Lebanon. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009 Mar;18(3):337-45. PubMed PMID: 19281317. Epub 2009/03/14. eng.
99. Inami E, Kataoka Y, Eto H, Horiuchi S. Intimate partner violence against Japanese and non-Japanese women in Japan: a cross-

- sectional study in the perinatal setting. *Jpn J Nurs Sci.* 7. Japan2010. p. 84-95.
100. Fanslow J, Silva M, Robinson E, Whitehead A. Violence during pregnancy: associations with pregnancy intendedness, pregnancy-related care, and alcohol and tobacco use among a representative sample of New Zealand women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 48. Australia2008. p. 398-404.
 101. Jahanfar S, Malekzadegan Z. The prevalence of domestic violence among pregnant women who were attended in Iran University of Medical Science Hospitals. *Journal of Family Violence.* 2007;22(8):643-8.
 102. Paredes-Solis S, Villegas-Arrizon A, Meneses-Renteria A, Rodriguez-Ramos IE, Reyes-De Jesus L, Andersson N. [Violence during pregnancy: a population based study in Ometepec, Guerrero, Mexico]. *Salud Publica Mex.* 2005 Sep-Oct;47(5):335-41. PubMed PMID: 16323526. Epub 2005/12/06. Violencia fisica intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, Mexico. spa.
 103. Savona-Ventura C, Savona-Ventura M, Drengsted-Nielsen S, Johansen KS. Domestic abuse in a central Mediterranean pregnant population. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 98. Ireland2001. p. 3-8.
 104. Johnson JK, Haider F, Ellis K, Hay DM, Lindow SW. The prevalence of domestic violence in pregnant women. *BJOG.* 110. England2003. p. 272-5.
 105. Bacchus L, Mezey G, Bewley S, Haworth A. Prevalence of domestic violence when midwives routinely enquire in pregnancy. *BJOG.* 111. England2004. p. 441-5.
 106. Bowen E, Heron J, Waylen A, Wolke D. Domestic violence risk during and after pregnancy: findings from a British longitudinal study. *BJOG.* 112. England2005. p. 1083-9.
 107. Karaoglu L, Celbis O, Ercan C, Ilgar M, Pehlivan E, Gunes G, et al. Physical, emotional and sexual violence during pregnancy in Malatya, Turkey. *Eur J Public Health.* 16. England2006. p. 149-56.
 108. Deveci SE, Acik Y, Gulbayrak C, Tokdemir M, Ayar A. Prevalence of domestic violence during pregnancy in a Turkish community. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 2007 Jul;38(4):754-60. PubMed PMID: 17883018. Epub 2007/09/22. eng.

109. Rietveld L, Lagro-Janssen T, Vierhout M, Lo Fo Wong S. Prevalence of intimate partner violence at an out-patient clinic obstetrics-gynecology in the Netherlands. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2010 Mar;31(1):3-9. PubMed PMID: 20121462. Epub 2010/02/04. eng.
110. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stockl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters*. 18. Netherlands: 2010 Reproductive Health Matters. Published by Elsevier Ltd; 2010. p. 158-70.
111. Perales MT, Cripe SM, Lam N, Sanchez SE, Sanchez E, Williams MA. Prevalence, types, and pattern of intimate partner violence among pregnant women in Lima, Peru. *Violence Against Women*. 15. United States 2009. p. 224-50.
112. Santos AG; Lovisi GM; Valente CCB; Legay L; Abelha L. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet.*, 2010, Rio de Janeiro, 18(4):483-93.
113. Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MdGG, Pêrez-Escamila R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42:877-85.
114. Mattar R SE, Camano L, Abrahão AR, Colás OR, Neto JA, et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento de depressão pós parto. *Rev. Bras. Ginecol Obstet*. 2007, 29(9):470-7.
115. Santos AGd, Nery IS, Rodrigues DC, Melo AdS. Violência contra gestantes em delegacias especializadas no atendimento à mulher de Teresina-PI
Violence against pregnant women in special police departments for assistance to women in Teresina-PI
Violencia contra embarazadas en comisarías especializadas en atención a la mujer de teresina-pi. *Rev RENE*. 2010;11(n.esp):109-16.
116. Doubova Dubova SV, Pamanes-Gonzalez V, Billings DL, Torres-Areola Ldel P. [Partner violence against pregnant women in Mexico City]. *Rev Saude Publica*. 41. Brazil 2007. p. 582-90.
117. Audi CA, Segall-Correa AM, Santiago SM, Andrade Mda G, Perez-Escamila R. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. *Rev Saude Publica*. 42. Brazil 2008. p. 877-85.
118. Moraes CL, Arana FD, Reichenheim ME. Physical intimate partner violence during gestation as a risk factor for low quality of prenatal care. *Rev Saude Publica*. 44. Brazil 2010. p. 667-76.

119. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
120. Hammoury N, Khawaja M. Screening for domestic violence during pregnancy in an antenatal clinic in Lebanon. *European Journal of Public Health*. 2007;17(6):605-6.
121. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. A Qualitative Exploration of the Nature of Domestic Violence in Pregnancy. *Violence Against Women*. 2006;12(6):588-604.
122. Schraiber LB, Latorre MdRDO, França Jr I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Revista de Saúde Pública*. 2010;44:658-66.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

CONDIÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	
1) Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> < 19 anos <input type="checkbox"/> 20-30 anos <input type="checkbox"/> >31 anos
2) Qual é a sua escolaridade?	<input type="checkbox"/> Analfabeta 1 Grau <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Completo 2 Grau <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Completo Superior <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Completo
3) Você considera que a cor de sua pele é:	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena
4) Qual é o município e o bairro onde você mora?	Bairro: Município:
5) Qual é a sua situação afetivo conjugal?	<input type="checkbox"/> Atualmente casada <input type="checkbox"/> Vivendo com um companheiro <input type="checkbox"/> Tem companheiro com relação sexual e não vive junto <input type="checkbox"/> Não está casada, nem vivendo com alguém ou namorando
7) Vive junto com os pais?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8) Você trabalha ou tem fonte de renda?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual?
FATORES DE SAÚDE SEXUAL, REPRODUTIVA E MENTAL	
9) Quantas vezes você já engravidou?	<input type="checkbox"/>
10) Quantos partos você já teve?	<input type="checkbox"/>
11) Quantos abortos você já teve?	<input type="checkbox"/>
12) Quantos filhos vivos você tem?	<input type="checkbox"/>
13) Quantos filhos mortos você tem?	<input type="checkbox"/>
14) Algum de seus filhos nasceu com baixo peso? (< 2500 g)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
15) Com que idade você iniciou suas relações sexuais?	<input type="checkbox"/>
17) Já houve recusa do uso de preservativo pelo seu parceiro?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
18) Escore no SRQ-20	<input type="checkbox"/> ≥7 <input type="checkbox"/> <7
18.1 Você tem dores de cabeça	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

frequente?	
18.2 Tem falta de apetite?	()sim ()não
18.3 Dorme mal?	()Sim ()Não
18.4 Assusta-se com facilidade?	()Sim ()Não
18.5 Tem tremores nas mãos?	()Sim ()Não
18.6 Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	()Sim ()Não
18.7 Tem má digestão?	()Sim ()Não
18.8 Tem dificuldade de pensar com clareza?	()Sim ()Não
18.9 Tem se sentido triste ultimamente?	()Sim ()Não
18.10 Tem chorado mais do que costume?	()Sim ()Não
18.11 Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	()Sim ()Não ()Sim ()Não
18.12 Tem dificuldades para tomar decisões?	()Sim ()Não
18.13 Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)	()Sim ()Não
18.14 É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	()Sim ()Não
18.15 Tem perdido o interesse pelas coisas?	()Sim ()Não
18.16 Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	()Sim ()Não
18.17 Tem tido ideia de acabar com a vida?	()Sim ()Não
18.18 Sente-se cansada o tempo todo?	()Sim ()Não
18.19 Você se cansa com facilidade?	()Sim ()Não
18.20 Têm sensações desagradáveis no estômago?	()Sim ()Não
CARACTERÍSTICAS DA ÚLTIMA GRAVIDEZ	
Planejamento da gravidez 19) A gravidez foi planejada?	()Sim () Não ()por ela ()por ele () ambos
Realização de pré-natal 20) Você fez acompanhamento pré-natal nesta gestação?	() não fez pré-natal () fez pré-natal () número consultas
Trimestre do início do pré-natal 21) Em que trimestre você iniciou as consultas de pré-natal?	() 1 a 3meses () 4 a 6meses () 7 a 9meses

Uso de cigarro durante a gravidez 22) Você fumou durante a gravidez?	
Uso de álcool durante gravidez 23) Você usou bebidas alcoólicas durante a gravidez?	
Uso de drogas durante a gravidez 24) Você usou drogas durante a gravidez?	()sim ()não
Ganho de peso durante a gravidez 25) Quantos kg você engordou durante a gravidez?	() kg
SOBRE O COMPANHEIRO	
26) Qual a idade do companheiro?	() anos
27) Qual a escolaridade do companheiro?	() analfabeto () 1 grau () incompleto() comp () 2 grau () incompleto() comp () Superior () incompleto () comp
28) Ele está trabalhando?	() sim () não
29) Que tipo de trabalho ele faz?	() profissional () técnico () não especializado () militar () outro
30) Faz uso de bebida alcoólica?	() sim () não
31) Ele faz uso de drogas?	() sim () não
32) Ele já se envolveu em alguma briga?	() sim () não
33) Com que frequência vocês brigam?	() todos os dias () 1 a 2 vezes por semana () 1 a 3 vezes por mês () menos de 1 vez por mês () nunca () não sabe
SOBRE O RELACIONAMENTO	
Agora vou fazer algumas perguntas para você sobre seu relacionamento. Para cada uma delas, por favor, resposta se não aconteceu, se aconteceu 1 vez, poucas vezes ou muitas vezes.	
VIOLÊNCIA MORAL/PSICOLÓGICA	0- não 1- 1vez 2-poucas vezes 3-muitas vezes
34) Ele alguma vez insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma enquanto estava grávida?	() 0- não 1- 1vez 2-poucas vezes 3-muitas vezes

35) Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas enquanto estava grávida?	() 0- não 1- 1vez 2-poucas vezes 3-muitas vezes
36) Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito?	() 0- não 1- 1vez 2-poucas vezes 3-muitas vezes
37) Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?	() 0- não 1- 1vez 2-poucas vezes 3-muitas vezes
VIOLÊNCIA FÍSICA	
38) Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?	() 0- não 1- 1vez 2-poucas vezes 3-muitas vezes
39) Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão?	() 0- não 1- 1vez 2-poucas vezes 3-muitas vezes
40) Machucou-a com um soco ou algum objeto?	() 0- não 1- 1vez 2-poucas vezes 3-muitas vezes
41) Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	() 0- não 1- 1vez 2-poucas vezes 3-muitas vezes
42) Estrangulou ou queimou você de propósito?	() 0- não 1- 1vez 2-poucas vezes 3-muitas vezes
43) Ameaçou usar ou usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma de fogo contra você?	() 0- não 1- 1vez 2-poucas vezes 3-muitas vezes
VIOLÊNCIA SEXUAL	
44) Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	() 0- não 1- 1vez 2-poucas vezes 3-muitas vezes
45) Você teve relações por medo do que ele pudesse fazer?	() 0- não 1- 1vez 2-poucas vezes 3-muitas vezes
46) Forçou-a à prática sexual humilhante ou degradante?	() 0- não 1- 1vez 2-poucas vezes 3-muitas vezes
47) Você já foi agredida em outra gestação pelo parceiro atual?	() Sim () Não () física () Sexual () Psicológica
48) Você já sofreu de algum tipo de violência pelo parceiro atual nos últimos 12 meses antes de engravidar?	() Sim () Não () Física () Sexual ())Psicológica

49) Em que período da gestação você sofreu violência?	<input type="checkbox"/> 1 a 3 m <input type="checkbox"/> 4 a 6m <input type="checkbox"/> 7 a 9m
50) Como você considera a intensidade da violência durante a gestação?	<input type="checkbox"/> aumentou <input type="checkbox"/> diminuiu <input type="checkbox"/> manteve-se igual <input type="checkbox"/> iniciou <input type="checkbox"/> cessou <input type="checkbox"/> não sabe avaliar
AGRESSÃO POR PARTE DE OUTRA PESSOA	
51) Alguém já lhe bateu ou agrediu durante a gravidez sem ser seu companheiro?	<input type="checkbox"/> Não(<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> ex-parceiro (<input type="checkbox"/> familiares** <input type="checkbox"/> vizinhos/conhecidos (<input type="checkbox"/>)estranhos ** (<input type="checkbox"/>)pai (<input type="checkbox"/>)mãe (<input type="checkbox"/>)pai/mãe <input type="checkbox"/>)Irmão (<input type="checkbox"/>)cunhado (<input type="checkbox"/>) tios
52) Alguém já lhe bateu ou agrediu nos últimos 12 meses antes de engravidar sem ser seu companheiro?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> ex-parceiro (<input type="checkbox"/> familiares ** <input type="checkbox"/> vizinhos/conhecidos (<input type="checkbox"/>)estranhos ** (<input type="checkbox"/>)pai (<input type="checkbox"/>)mãe (<input type="checkbox"/>)pai/mãe <input type="checkbox"/>)irmão(<input type="checkbox"/>)cunhado (<input type="checkbox"/>) tios
53) Alguém já lhe forçou a fazer sexo ou alguma prática sexual sem que você quisesse, sem ser o companheiro?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> ex-parceiro (<input type="checkbox"/> familiares ** <input type="checkbox"/> vizinhos/conhecidos (<input type="checkbox"/>)estranhos ** (<input type="checkbox"/>)pai (<input type="checkbox"/>)mãe (<input type="checkbox"/>)pai/mãe <input type="checkbox"/>)irmão(<input type="checkbox"/>)cunhado (<input type="checkbox"/>) tios
54) Alguém alguma vez insultou, humilhou, ameaçou você enquanto estava grávida?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> ex-parceiro (<input type="checkbox"/> familiares ** <input type="checkbox"/> vizinhos/conhecidos (<input type="checkbox"/>)estranhos ** (<input type="checkbox"/>)pai (<input type="checkbox"/>)mãe (<input type="checkbox"/>)pai/mãe <input type="checkbox"/>)irmão(<input type="checkbox"/>)cunhado (<input type="checkbox"/>) tios
SERVIÇOS DE SAÚDE	
55) Após os episódios de violência durante a gestação você procurou ajuda de alguém?	<input type="checkbox"/> Não (<input type="checkbox"/>)Sim (<input type="checkbox"/>) Quantas Vezes? <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Serviços de saúde (médicos, enfermeiras) <input type="checkbox"/> Serviços Jurídico-policial (polícia, Delegacias de Defesa da Mulher-DDM)

<p>56) Após os episódios de violência nos últimos 12 meses antes de engravidar você procurou ajuda de alguém?</p>	<p>() Não () Sim () Quantas Vezes? () Familiares () Amigos () Serviços de saúde (médicos, enfermeiras) () Serviços Jurídico-policial (polícia, Delegacias de Defesa da Mulher-DDM)</p>
<p>57) Em algum momento, durante a gestação, você foi questionada pelos profissionais de saúde sobre a ocorrência de violência?</p>	<p>() Não () Sim () médicos () enfermeiras () outros</p>
<p>58) Qual a atitude dos profissionais de saúde após receberem a queixa de violência na gestação? Como foi realizada a abordagem nesta situação?</p>	<p>() Orientações () Medicamentos () Encaminhamento (polícia ,DDM) () Nenhuma</p>
<p>59) Na sua percepção, houve mudanças quanto aos atos de violência a pós a denúncia?</p>	<p>() Melhoraram () Pioraram () Não se modificaram</p>
<p>60) Se você não procurou ajuda após os episódios de violência, isto ocorreu porquê:</p>	<p>() Medo de sofrer violências mais intensas () Achar que é normal sofrer violência pelo companheiro () Não ter condições financeiras de viver por conta própria () Não querer se separar () Não acreditar em ajuda externa () Desconhecer seus direitos legais</p>
<p>61) Os familiares (seus/dele) sabiam da ocorrência de violência no seu relacionamento? Se sim, como reagiram?</p>	<p>() Não () Sim () Me apoiaram, mas não interferiram () Conversaram com ele () Ameaçaram ele/ brigaram com ele () Banalizaram a violência () Apoiaram ele</p>

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa que tem como título **“VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTES: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS NAS MATERNIDADES DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE UMA REGIÃO METROPOLITANA DO SUL DO PAÍS”**. A pesquisa tem como objetivo conhecer se as mulheres grávidas são agredidas, quais os tipos de violência que sofrem, quem são os agressores e os fatores que podem estar relacionados com a violência sofrida neste período como, por exemplo, o uso de álcool, drogas, não trabalhar, não estudar e etc.

Devido à falta de estudos sobre a violência na gestação e a grande discussão que existe sobre o assunto é necessário estimar também o número de mulheres que sofreram algum tipo de violência durante a gravidez. Por isso, é importante pesquisar a respeito desse assunto para poder planejar campanhas e políticas públicas visando a redução da violência durante o ciclo gestacional.

Esta pesquisa será realizada, através de entrevistas, com as mulheres que estão internadas no alojamento conjunto, após o parto, nas Maternidades Públicas da Grande Florianópolis. Elas serão entrevistadas, sendo que perguntas serão realizadas sobre os fatores relacionados ao tipo de violência sofrida e fatores que podem estar relacionados a esta situação. As entrevistas serão realizadas em espaço privativo, em salas isoladas, por entrevistadoras especialmente treinadas e preparadas para um primeiro acolhimento da usuária em situação de violência.

Você não é obrigada a responder todas as perguntas e poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento (antes, durante ou depois de já ter aceitado participar dela ou de já ter feito a entrevista), sem ser

prejudicada por isso. Há um risco mínimo, não intencional, de quebra de sigilo e, também, com sua saúde emocional, podendo lhe causar desconforto psicológico, pois falar sobre este tema poderá lhe trazer recordações sobre alguma situação vivenciada anteriormente, porém você poderá interromper a pesquisa sempre que achar necessário. A partir dessa pesquisa, como benefício, você poderá aprender sobre como se prevenir e/ou evitar a violência.

Você poderá quando quiser pedir informações sobre a pesquisa ao (à) pesquisador (a). Esse pedido pode ser feito pessoalmente, antes ou durante a entrevista, ou depois dela, por telefone, a partir dos contatos do pesquisador que constam no final deste documento. O pesquisador declara também que cumprirá os termos da resolução 466/12. Informações de contato com o CEPSH (Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos) podem ser obtidos através do telefone (48) 37219206.

Todos os seus dados de identificação serão mantidos em sigilo e a sua identidade não será revelada em momento algum. Em caso de necessidade, serão adotados códigos de identificação ou nomes fictícios. Dessa forma, os dados que você fornecer serão mantidos em sigilo e, quando utilizados em eventos e artigos científicos, assim como em campanhas de prevenção, a sua identidade será sempre preservada.

Lembramos que sua participação é voluntária, o que significa que você não poderá ser paga, de nenhuma maneira, por participar desta pesquisa.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar desse estudo como sujeito. Fui informada e esclarecida pelo pesquisador _____ sobre o tema e o objetivo da pesquisa, assim como a maneira como ela será feita e os benefícios e os possíveis riscos decorrentes de minha participação. Recebi a garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo.

Nome por extenso: _____

RG: _____

Local e Data: _____

Assinatura: _____

Nome completo da pesquisadora: Professora Elza Berger Salema Coelho

Doc. de Identificação: CPF 43328946934

Endereço completo: Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC
Departamento de Saúde Pública - Trindade / Florianópolis/SC - 88040-900

Fone: (+55 48) 3721-9388 ramal 202 ou (+55 48) 99471177

Endereço de e-mail: elzacoelho@gmail.com

Outros pesquisadores: Paulo Fernando Brum Rojas

Telefone para contato: (48) 99722778

ANEXOS

ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTES: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS NAS MATERNIDADES DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE UMA REGIÃO METROPOLITANA DO SUL DO PAÍS

Pesquisador: Elza Berger Salema Coelho

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 25140713.9.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 763.774

Data da Relatoria: 25/08/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de tese de Paulo Fernando Rojas. Trata-se de estudo transversal e de base hospitalar, usando uma única entrevista, que será iniciada em janeiro de 2014 e concluída em março de 2014. O estudo será realizado nos setores de alojamento conjunto das Maternidades Públicas da Grande Florianópolis: Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes (São José), Hospital Universitário Ernani Polidoro de São Thiago (Florianópolis) e Maternidade Carmela Dutra (Florianópolis). Mulheres puérperas, de qualquer faixa etária, cujos filhos nasceram no período compreendido entre 01/01/14 a 30/03/14, e que se encontram internadas no setor de alojamento conjunto (AC) das maternidades do HRSJ, HU, MCD. Proporcionalmente o número de partos, serão avaliadas 209 mulheres puérperas mensais, durante 3 meses, sendo entrevistadas mensalmente 89 pacientes no HRSJ; 90 pacientes na MCD e 30 pacientes no HU.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar a prevalência de violência doméstica, fatores associados, tipos de violência e autores da agressão em mulheres no período gestacional, internadas nos setores de alojamento conjunto das Maternidades Públicas dos Hospitais da Grande Florianópolis, no ano de 2014.

Objetivo Secundário:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9206

Fax: (48)3721-9696

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 763.774

- a) Estimar a prevalência e fatores associados à violência doméstica em mulheres no período gestacional.
- b) Identificar quais os tipos de violência (física, sexual, psicológica) que a mulher sofre durante a gestação e o autor da agressão.
- c) Investigar se as mulheres que sofreram violência antes de engravidar continuam sofrendo as agressões durante a gravidez.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores, "Há um risco mínimo, não intencional, de quebra de sigilo e , também, com sua saúde emocional, podendo lhe causar desconforto psicológico, pois falar sobre este tema poderá lhe trazer recordações sobre alguma situação vivenciada anteriormente, porém você poderá interromper a pesquisa sempre que achar necessário. A partir dessa pesquisa, como benefício, você poderá aprender sobre como se prevenir e/ou evitar a violência."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto vem assinada pela pesquisadora principal e pelo diretor do CCS/UFSC. São apresentados termos de anuência e autorização assinados pela diretora do Hospital Regional de São José, do diretor da Maternidade Carmela Dutra, e do diretor do HU/UFSC. O TCLE reapresentado informa adequadamente a participante sobre as características e motivações para a pesquisa, Além de outros aspectos necessários à autonomia do participante. Sem recomendações adicionais.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluímos com a recomendação de aprovação, uma vez que foram satisfeitas as pendencias apresentadas por este Comitê.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 763.774

FLORIANOPOLIS, 25 de Agosto de 2014

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO B – INSTRUÇÕES AOS AUTORES DO PERIÓDICO REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

RSP Revista de
Saúde Pública

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 0034-8910 *versão impressa*

ISSN 1518-8787 *versão on-line*

Categorias de Artigos

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- CONSORT checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- STARD checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- MOOSE checklist e fluxograma para meta-análise
- QUOROM checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- STROBE para estudos observacionais em epidemiologia

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.

- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves - São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

- Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura* e até 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até *100 palavras*.

ARTIGOS DE REVISÃO

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de **meta-análise**).

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *4.000 palavras*.
- O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.
- Não há limite de referências.

COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o

assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até 2.000 *palavras*, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências
- O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.
- As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade (ver modelo). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é *limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.*

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos impressos. Resumos ou resenhas de artigos publicados poderão ser divulgados em outros periódicos com a indicação de *links* para o texto completo, sob consulta à Editoria da RSP. A tradução para outro idioma, em periódicos estrangeiros, em ambos os formatos, impresso ou eletrônico, somente poderá ser publicada com autorização do Editor Científico e desde que sejam fornecidos os respectivos créditos.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os manuscritos submetidos que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são encaminhados para avaliação.

Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas três seguintes fases:

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

Avaliação por pares externos: os manuscritos selecionados na pré-análise são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada. Os pareceres são analisados pelos editores, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.

Redação/Estilo: A leitura técnica dos textos e a padronização ao estilo da Revista finalizam o processo de avaliação.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Preparo dos manuscritos

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

Todas as páginas devem ser numeradas.

Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Idioma

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

Dados de identificação

- a) Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em **inglês**.
- b) Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.
- c) Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.
- d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).
- e) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.
- f) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.
- g) Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.
- h) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MeSH), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver permissão expressa dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

Exemplos:

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):930-6.

Forattini OP. Conceitos básicos de epidemiologia molecular. São Paulo: Edusp; 2005.

Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editores. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 86-111.

Yevich R, Logan J. An assessment of biofuel use and burning of agricultural waste in the developing world. *Global Biogeochem Cycles*. 2003;17(4):1095, DOI:10.1029/2002GB001952. 42p.

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al . Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2009; 42(1):34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

Citação no texto: Deve ser indicado em **expoente** o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Lima et al⁹(2006), a prevalência se transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente.. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Submissão online

A entrada no sistema é feita pela página inicial do site da RSP (www.rsp.fsp.usp.br), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção "submissão de artigo". Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá cadastrar-se. Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção "submissão de artigos" e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção

"consulta/ alteração dos artigos submetidos". Ao todo são oito situações possíveis:

- **Aguardando documentação:** Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.
- **Em avaliação na pré-análise:** A partir deste status, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.
- **Em avaliação com relatores:** O manuscrito está em processo de avaliação pelos relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam ao editor.
- **Em avaliação com Editoria:** O editor analisa os pareceres e encaminha o resultado da avaliação ao autor.
- **Manuscrito com o autor:** O autor recebe a comunicação da RSP para reformular o manuscrito e encaminhar uma nova versão.
- **Reformulação:** O editor faz a apreciação da nova versão, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor.
- **Aprovado**
- **Reprovado**

Além de acompanhar o processo de avaliação na página de "consulta/ alteração dos artigos submetidos", o autor tem acesso às seguintes funções:

"Ver": Acessar o manuscrito submetido, mas sem alterá-lo.

"Alterar": Corrigir alguma informação que se esqueceu ou que a secretaria da Revista solicitou. Esta opção funcionará somente enquanto o status do manuscrito estiver em "aguardando documentação".

"Avaliações/comentários": Acessar a decisão da Revista sobre o manuscrito.

"Reformulação": Enviar o manuscrito corrigido com um documento explicando cada correção efetuada e solicitado na opção anterior.

Verificação dos itens exigidos na submissão:

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores, incluindo e-mail e telefone.

2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Nomes da agência financiadora e números dos processos.
6. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição e o ano de defesa.
7. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.
8. Resumos narrativos originais para manuscritos que não são de pesquisa nos idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.
9. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "responsabilidade de autoria"
10. Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas nomeadas em Agradecimentos.
11. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
12. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.
14. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.
15. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

Suplementos

Temas relevantes em saúde pública podem ser temas de suplementos. A Revista publica até dois suplementos por volume/ano, sob demanda.

Os suplementos são coordenados por, no mínimo, três editores. Um é obrigatoriamente da RSP, escolhido pelo Editor Científico. Dois outros editores-convidados podem ser sugeridos pelo proponente do suplemento.

Todos os artigos submetidos para publicação no suplemento serão avaliados por revisores externos, indicados pelos editores do

suplemento. A decisão final sobre a publicação de cada artigo será tomada pelo Editor do suplemento que representar a RSP.

O suplemento poderá ser composto por artigos originais (incluindo ensaios teóricos), artigos de revisão, comunicações breves ou artigos no formato de comentários.

Os autores devem apresentar seus trabalhos de acordo com as instruções aos autores disponíveis no site da RSP.

Para serem indexados, tanto os autores dos artigos do suplemento, quanto seus editores devem esclarecer os possíveis conflitos de interesses envolvidos em sua publicação. As informações sobre conflitos de interesses que envolvem autores, editores e órgãos financiadores deverão constar em cada artigo e na contra-capa da Revista.

Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Documentos

Cada autor deve ler, assinar e anexar os documentos: Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais (enviar este somente após a aprovação). Apenas a Declaração de responsabilidade pelos Agradecimentos deve ser assinada somente pelo primeiro autor (correspondente).

Documentos que devem ser anexados ao manuscrito no momento da submissão:

1. Declaração de responsabilidade
2. Agradecimentos

Documento que deve ser enviado à Secretaria da RSP somente na ocasião da aprovação do manuscrito para publicação:

3. Transferência de direitos autorais

1. Declaração de Responsabilidade

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados em rodapé na folha de rosto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

MODELO

Eu, (nome por extenso), certifico que participei da autoria do manuscrito intitulado (título) nos seguintes termos:

"Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo."

"Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico."

"Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores."

Contribuição:

Local, data

Assinatura

Documentos

2. Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos

Os autores devem obter permissão por escrito de todos os indivíduos mencionados nos Agradecimentos, uma vez que o leitor pode inferir seu endosso em dados e conclusões. O autor responsável pela correspondência deve assinar uma declaração conforme modelo abaixo.

MODELO

Eu, (nome por extenso), autor responsável pelo manuscrito intitulado (título):

- Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito mas não preenchiam os critérios de autoria, estão nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.
- Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos me forneceram permissão por escrito para tal.
- Certifico que, se não incluí uma sessão de Agradecimentos, nenhuma pessoa fez qualquer contribuição substancial a este manuscrito.

Local, data

Assinatura

3. Transferência de Direitos Autorais

Enviar o documento assinado **por todos os autores** na ocasião da aprovação do manuscrito.

A RSP não autoriza republicação de seus artigos, exceto em casos especiais. Resumos podem ser republicados em outros veículos impressos, desde que os créditos sejam devidamente explicitados, constando a referência ao artigo original. Todas as solicitações acima, assim como pedidos de inclusão de links para artigos da RSP na SciELO em sites, devem ser encaminhados à Editoria Científica da Revista de Saúde Pública.

MODELO

"Declaro que em caso de aceitação do artigo por parte da Revista de Saúde Pública concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, vedado qualquer produção, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Faculdade de Saúde Pública e os créditos correspondentes."

Autores:

Título:

Taxa de Publicação

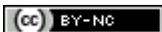
A partir de Janeiro de 2012, a RSP instituirá uma taxa por artigo publicado. Esta taxa será paga por todos os autores que tiverem seus manuscritos aprovados para publicação, excetuadas situações excepcionais devidamente justificadas. Manuscritos submetidos antes de Janeiro de 2012 estarão isentos do pagamento da taxa. A taxa de publicação será utilizada para complementar os recursos públicos que a Revista obtém da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo e de órgãos de apoio à pesquisa do Estado de São Paulo e do Brasil. Esta complementação é essencial para assegurar a qualidade, impacto e agilidade do periódico, em particular para manter várias melhorias introduzidas na RSP nos últimos anos, em particular seu novo

sistema eletrônico de submissão e avaliação de manuscritos, a revisão da redação científica por especialistas com pós-graduação em Saúde Pública e a tradução para o Inglês de todos os manuscritos não submetidos originalmente naquele idioma. Este último procedimento permite a leitura no idioma Inglês de todos os artigos publicados pela RSP sem prejuízo da leitura em Português dos artigos originalmente submetidos neste idioma, os quais representam a maioria das contribuições divulgadas pela Revista. A taxa será de R\$ 1.500,00 (US\$ 850.00) para artigos Originais, Comentários e Revisões e de R\$ 1.000,00 (US\$ 570.00) para Comunicações Breves. Assim que o manuscrito for aprovado, o autor receberá instruções de como proceder para o pagamento da taxa, bem como para, quando couber, solicitar isenção da cobrança. A RSP fornecerá aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa perante suas instituições de origem, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa.

Na submissão do manuscrito, após completar o cadastro, o autor deve ler e concordar com os termos de originalidade, relevância e qualidade, bem como sobre a cobrança da taxa. Ao indicar sua ciência desses itens, o manuscrito será registrado no sistema para avaliação.

Após a avaliação por relatores externos e aprovação pela Editoria, o autor receberá as instruções para realizar o pagamento da taxa. Esta deverá ser depositada no Banco Santander, Agência 0201, Conta 13004082-9, no nome do Centro de Apoio à Faculdade de Saúde Pública da USP. Após efetuar o depósito, o comprovante deverá ser enviado por email (revsp@usp.br) ou fax (+55-11-3068-0539), informando o número do manuscrito aprovado e, caso necessite, o recibo a ser emitido pelo CEAP.

[[Home](#)] [[Sobre a revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons

Avenida Dr. Arnaldo, 715
01246-904 São Paulo SP Brasil
Tel./Fax: +55 11 3061-7985



revsp@org.usp.br

ANEXO C – INSTRUÇÕES AOS AUTORES DO PERIÓDICO REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno-infantil. As contribuições devem abordar os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, contemplando seus múltiplos determinantes biomédicos, socioculturais e epidemiológicos. São aceitos trabalhos nas seguintes línguas: português, espanhol e inglês. A seleção baseia-se no princípio da avaliação pelos pares - especialistas nas diferentes áreas da saúde da mulher e da criança.

Direitos autorais

Os artigos publicados são propriedade da Revista, vedada a reprodução total ou parcial e a tradução para outros idiomas, sem a autorização da mesma. Os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores. Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Aspectos Éticos

1. Ética

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada.

2. Conflitos de interesse

Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente poderiam influenciar o trabalho.

Critérios para aprovação e publicação de artigo

Além da observação das condições éticas da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração a sua originalidade, prioridade e oportunidade. O rationale deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura relevante e adequada definição do problema estudado. O ma-

nuscrito deve ser escrito de modo compreensível mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da Revista.

A primeira etapa de avaliação é realizada pelos Editores Técnico-Científicos em articulação com os Editores Associados. Dois revisores externos serão consultados para avaliação do mérito científico no manuscrito. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento dos Editores Técnico-Científicos e Editor Executivo, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2) recomendado, mas com alterações; 3) não recomendado para publicação. Na classificação 2 os pareceres serão enviados aos(s) autor(es), que terão oportunidades de revisão e reenvio à Revista acompanhados de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e a modificação realizada; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista. Após aceite o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambigüidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os Editores Técnico-Científicos e Executivo se reservam o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da Revista. Revisores de idiomas corrigirão erros eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor(es) para conferência e aprovação final.

Seções da Revista

Editorial escrito a convite do editor

Revisão avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo-se levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados. Pode ser do tipo: narrativa ou sistemática, podendo esta última, incluir meta-análise. As revisões narrativas só serão aceitas a convite dos Editores. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências.

Artigos Originais divulgam os resultados de pesquisas inéditas e permitem a reprodução destes resultados dentro das condições citadas no mesmo. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: **Introdução**: onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser

claro e breve; **Métodos:** descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutibilidade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. **Resultados:** devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos, fotografias); **Discussão:** interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho.

Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas.

No caso de ensaio clínico controlado e randomizado os autores devem indicar o número de registro do mesmo.

Notas de Pesquisa relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo duas tabelas e figuras no total, e até 10 referências.

Relato de Caso/Série de Casos casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: *Introdução, Descrição e Discussão*. O limite de palavras é 2.000 e até 10 referências. Podem incluir até duas figuras.

Informes Técnico-Institucionais deverão ter estrutura similar a uma Revisão. Por outro lado podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências.

Ponto de Vista opinião qualificada sobre saúde materno-infantil (a convite dos editores).

Resenhas crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em redes de comunicação *on line* (máximo 1.500 palavras).

Cartas crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista, com o máximo de 600 palavras.

Artigos Especiais textos cuja temática seja considerada de relevância pelos Editores e que não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências.

Notas

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de páginas inclui resumos, tabelas, figuras e

referências;

2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.

Apresentação e submissão dos manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos *on-line*, através de link próprio na homepage da Revista: <http://www.imip.org.br/rbsmi>. Deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo. Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem encaminhar a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, a Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores. Os autores devem também informar que o manuscrito não está sendo submetido a outro periódico.

Estrutura do manuscrito

Página de identificação título do trabalho: em português ou no idioma do texto e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora e o tipo de auxílio recebido.

Página de Resumos deverão ser elaborados dois resumos para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa, Relato de Caso/Série de Casos, Informe Técnico-Institucionais, Artigos Especiais e Artigos de Revisão, sendo um em português ou no idioma do texto e outro em inglês, o abstract. Os resumos dos Artigos Originais, Notas de Pesquisa, Informe Técnico-Institucionais e Artigos Especiais deverão ter no máximo 210 palavras e devem ser estruturados: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. No Relato de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em: Introdução, Descrição e Discussão. Nos artigos de Revisão os resumos deverão ser estruturados: Objetivos, Métodos (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), Resultados (síntese dos dados) e Conclusões.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português e inglês. A Revista utiliza os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Página das Ilustrações as tabelas e figuras

somente em branco e preto ou em dégradé (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas em páginas à parte. O gráfico deverá ser bidimensional.

Página da Legenda as legendas das ilustrações deverão seguir a numeração designada pelas tabelas e figuras, e inseridas em folha à parte.

Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

Referências devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção. A Revista adota as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:

Artigo de revista

Ogden CL, Yanovski SZ, Carroll MD, Flegal KM. The epidemiology of obesity. *Obes Gastroenterol*. 2007; 132: 2087-102.

Livro

Sherlock S, Dooley J. *Diseases of the liver and biliary system*. 9 ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1993.

Editor, Organizador, Compilador

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Capítulo de livro

Timmermans PBM. Centrally acting hypotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. *Pharmacology of anti hypertensive drugs*. Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53.

Congresso considerado no todo

Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992.

Trabalho apresentado em eventos

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. *MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics*; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5

Dissertação e Tese

Pedrosa JIS. Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Diniz AS. Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose A no Estado da Paraíba [tese]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997.

Documento em formato eletrônico – Artigo de revista

Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. *J Pastoral Criança* [periódico online]. 2005 [acesso em: 26 jun. 2006]. 104: 14p. Disponível em: www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil - Secretaria Executiva
Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife, PE, Brasil CEP: 50.070-550
Tel / Fax: +55 +81 2122.4141
E-mail: revista@imip.org.br
Site: www.imip.org.br/rbsmi