



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

Gisélida Garcia Da Silva Vieira

Violência Por Parceiro Íntimo Contra Gestante Notificadas no SINAN, no Sul do Brasil

Florianópolis (SC)

2021

Gisélida Garcia da Silva Vieira

Violência Por Parceiro Íntimo Contra Gestante Notificadas no SINAN, no Sul do Brasil

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Elza Berger Salema Coelho, Dra.
Coorientadora: Prof^ª. Carolina Carvalho Bolsoni, Dra.

Florianópolis (SC)

2021

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

Vieira, Gisélida Garcia da
Violência Por Parceiro Íntimo Contra Gestante
Notificadas no SINAN, no Sul do Brasil / Gisélida Garcia
da Vieira ; orientadora, Elza Berger Salema Coelho,
coorientadora, Carolina Carvalho Bolsoni, 2021.
68 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Violência contra a mulher. 3.
Gestantes. 4. Parceiro íntimo. I. Coelho, Elza Berger
Salema. II. Bolsoni, Carolina Carvalho. III. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva. IV. Título.

Gisélida Garcia da Silva Vieira

Violência Por Parceiro Íntimo Contra Gestante Notificadas no SINAN, no Sul do Brasil

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Sheila Rúbia Lindner, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Deise Warmling, Dra.
Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Profa. Marta Inez Machado Verdi, Dra.
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Profa. Elza Berger Salema Coelho, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 2021.

AGRADECIMENTOS

A DEUS por me permitir trilhar este caminho, me dando forças para chegar até aqui. Grata pelas conquistas e oportunidades ao longo da minha vida.

A minha vó Adélia e mãe Santa, mulheres fortes, que juntas sempre me aconselharam e apoiaram em todas as fases e momentos da minha vida. Exemplos de dedicação e determinação.

Ao meu marido Sullivan, por todo amor, carinho, amizade e pela paciência e compreensão nos momentos que precisei me dedicar profundamente ao estudo. Te amo!

A minha querida filha Natália, amor da minha vida. Que me inspira todos os dias a ser uma pessoa melhor e que me mostra o quanto tudo pode ser mais fácil. Agradeço todos os dias por Deus ter me permitido ser sua mãe.

A minha orientadora Prof. Dra. Elza Berger Salema Coelho, por toda a sua dedicação e maestria em ensinar. Sou grata pelos incentivos, pelas palavras de crescimento, pelo apoio e por sua amizade. É um privilégio ser sua aluna e fazer parte de sua equipe.

A grande coorientadora Carol, sem palavras por tudo que fez e faz por mim. Amiga sempre disponível, disposta, prestativa, dedicada e profissional maravilhosa. Minha eterna admiração à sua pessoa, sua alegria, seu caráter e sua forma de encarar a vida. Sou grata!

A minha amiga Thays, por me estender suas mãos, por estar disponível em diversos momentos. Só tenho a agradecer.

Às professoras, da banca, Sheila Lindner e Deise Warmling, por todo profissionalismo, dedicação e pelas análises, críticas, considerações e contribuições nos resultados desta dissertação.

Aos meus amigos de trabalho Eurizon e Gabriel, por todo incentivo, apoio e suporte nos meus momentos de ausência. Pessoas queridas e de muita luz, sempre serei grata.

Ao meu amigo Tadeu, que esteve comigo neste período acadêmico. Sua risada, suas palavras, sua companhia, sua alegria fizeram com que tudo ficasse mais leve e possível. Foi maravilhoso trilhar este caminho com você.

Gratidão por este ciclo que se encerra, deixando oportunidades para o início de outros ciclos mais desafiadores e otimistas ainda.

RESUMO

As violências contra as mulheres se expressam das mais diferentes formas e em diferentes períodos de suas vidas. Muitas delas, quando a mulher está gestante. Considerando a magnitude desta questão social e de saúde pública, evidencia-se a necessidade de aprofundamento de estudos e pesquisas sobre esta temática. O presente estudo busca apresentar como as características e fatores associados à violência de repetição cometida contra gestante por parceiro íntimo no Sul do Brasil, no período de 2009 a 2016, a partir dos registros contidos nas fichas de notificações registradas no SINAN - Sistema de Informação de Agravos e Notificação. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa que abrangeu gestantes adultas na faixa etária de 20 anos ou mais. Por meio da análise de dados constatou-se 133.916 notificações das violências contra as mulheres, 2.758 referem-se às gestantes em situação de violência por parceiro íntimo. As variáveis utilizadas referem-se ao perfil das gestantes que sofreram violência (faixa etária, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, período gestacional e se possui algum tipo de deficiência ou transtorno), às circunstâncias da violência (local de ocorrência, hora da ocorrência, se ocorreu outras vezes, tipo de violência, consequências para a gestante – item vigente até 2015), às situações de violência (violência de repetição, tipo de violência, meio de agressão, consequências), e o autor, quanto à suspeita de uso de álcool (sim ou não) e ao ciclo de vida (se jovem, idade de 20 a 24 anos, se pessoa adulta, de 25 a 59 anos e se pessoa idosa, 60 anos ou mais), selecionadas com base nas fichas de notificação, revisão de literatura, disponibilidade no banco de dados e destaque das variáveis que respondem aos objetivos do estudo. Utilizou-se, para análise estatística do estudo, o programa estatístico Stata 14.0, apresentando a frequência simples e proporção (%), para calcular os percentuais e os intervalos de confiança (IC 95%). A variável desfecho, “violência de repetição” foi determinada pela ocorrência de mais de um episódio de violência (“duas ou mais vezes”). À análise bivariada, a associação entre as variáveis independentes e “violência de repetição” foi determinada pelo teste de qui quadrado e regressão logística. Primeiramente foi realizada regressão logística multivariada, com entrada de variáveis pelo procedimento *backward*, realizada para identificar a associação do perfil da vítima e uso de álcool pelo autor com “violência de repetição”. As variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada foram incluídas na análise ajustadas (modelo 1) e aquelas que apresentaram multicolinearidade foram excluídas do modelo (modelo final). Os resultados foram expressos em razão de chance (RC) e os respectivos IC 95% e apontam que a maioria das gestantes em situação de violências por parceiro íntimo no Sul do Brasil é de mulheres brancas, casadas, com cinco a oito anos de estudos, grande parte estando no primeiro ou segundo trimestre gestacional; estas sofreram todos os tipos de violências, com maiores proporções para física e psicológica. A violência de repetição ocorreu em mais da metade das gestantes, sendo a violência psicológica associada ao aumento na chance para essa violência (RC 1,98; IC95%: -1,54;-2,55). As consequências mais notificadas foram as comorbidades de saúde mental e o uso do álcool pelo parceiro um fator que associado à violência recorrente (RC 1,84; IC95%: -1,43; -2,37). Demonstrou-se que as notificações são fundamentais para a visibilidade das violências, contribuindo para discussão e compreensão da temática para o desenvolvimento de ações urgentes através das políticas públicas, para a prevenção e combate das violências contra as mulheres.

Palavras-chave: violência doméstica; violência contra a mulher; violência por parceiro íntimo; gestantes; notificação.

ABSTRACT

Violence against women is expressed in different ways and at different periods of their lives. Many of them when the woman is pregnant. Considering the magnitude of this social and public health issue, the need for further studies and research on this topic is evident. This study seeks to present the characteristics and factors associated with repeated violence committed against pregnant women by an intimate partner in southern Brazil, in the period 2009 to 2016, based on the records contained in the notification forms registered in the SINAN - Information System of Grievances and Notification. This is a cross-sectional study with a quantitative approach that covered adult pregnant women aged 20 years or more. Through data analysis, 133,916 notifications of violence against women were found, 2,758 referring to pregnant women in situations of violence by an intimate partner. The variables used refer to the profile of pregnant women who suffered violence (age group, race/color, education, marital status, gestational period and whether they have any type of disability or disorder), the circumstances of the violence (place of occurrence, time of occurrence, if it occurred other times, type of violence, consequences for the pregnant woman - item in force until 2015), situations of violence (repeated violence, type of violence, means of aggression, consequences), and the author, regarding the suspicion of alcohol use (yes or no) and life cycle (if young, aged 20 to 24 years, if adult, 25 to 59 years and if elderly, 60 years or more), selected based on the notification, literature review, availability in the database and highlighting the variables that meet the study objectives. For the statistical analysis of the study, the statistical program Stata 14.0 was used, presenting the simple frequency and proportion (%), to calculate the percentages and confidence intervals (95% CI). The outcome variable, "repeated violence" was determined by the occurrence of more than one episode of violence ("two or more times"). In the bivariate analysis, the association between independent variables and "repeat violence" was determined by the chi-square test and logistic regression. First, multivariate logistic regression was performed, with input of variables using the backward procedure, performed to identify the association of the victim's profile and the author's alcohol use with "repeat violence". Variables that presented $p < 0.20$ in the bivariate analysis were included in the adjusted analysis (model 1) and those that presented multicollinearity were excluded from the model (final model). The results were expressed as an odds ratio (OR) and the respective 95% CI and indicate that most pregnant women in situations of intimate partner violence in southern Brazil are white, married women, with five to eight years of schooling, most being in the first or second gestational trimester; these suffered all types of violence, with greater proportions for physical and psychological. Repeat violence occurred in more than half of the pregnant women, and psychological violence was associated with an increase in the chance of this violence (OR 1.98; 95%CI: -1.54;-2.55). The most reported consequences were mental health comorbidities and the use of alcohol by the partner, a factor that was associated with recurrent violence (OR 1.84; 95%CI: -1.43; -2.37). It was shown that notifications are essential for the visibility of violence, contributing to the discussion and understanding of the theme for the development of urgent actions through public policies, for the prevention and combat of violence against women.

Keywords: domestic violence; violence against women; intimate partner violence; pregnant women; notification.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas. Sul do Brasil. 2019.	36
Artigo	
Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres gestantes em situação de violência e do autor da agressão, notificadas no SINAN. Região Sul, Brasil, 2009-2016.	45
Tabela 2 – Características relacionadas a violência por parceiro íntimo contra gestantes notificadas no SINAN. Região Sul, Brasil, 2009-2016.	46
Tabela 3 – Características relacionadas a violência por parceiro íntimo contra gestantes notificadas pelo SINAN. Região Sul, Brasil, 2009-2016.....	47
Tabela 4 – Características dos meios de repetição utilizados em violência por parceiro íntimo contra as mulheres gestantes notificadas pelo SINAN. Região Sul, Brasil, 2009-2016.	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BA - Bahia

CEDAW- Convention on the elimination of All Forms of Discrimination against Women

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

LILASC - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Pan-Americana de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SPM - Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

USF - Unidades de Saúde da Família

VPI - Violência por Parceiro Íntimo

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado em Saúde Coletiva denomina-se “Violência Por Parceiro Íntimo Contra Gestante Notificadas no SINAN, no Sul do Brasil”. Está organizada de acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estrutura-se em: introdução, objetivos, revisão de literatura, método e resultados.

Na introdução destacamos o aumento da violência contra a mulher, com especial ênfase para a violência contra a mulher gestante, evidenciando a violência por parceiro íntimo (VPI) e suas repercussões negativas na vida da mulher e seu bebê.

A revisão de literatura descreve as políticas públicas de proteção a mulher vítima de violência, o conceito de violência com suas definições, juntamente com a prevalência, as características e consequências da violência por parceiro íntimo contra a gestante.

O método da dissertação descreve e identifica a construção do projeto. Abrange o desenho do estudo, população do estudo, amostra, critérios de inclusão e exclusão, variáveis em estudo, seleção e análise de dados, limitações e questões éticas. Esta dissertação é resultado de estudo a partir dos registros contidos nas fichas de notificação compulsória de violência contra mulheres localizados na base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) fornecida pelo Ministério da Saúde.

Os resultados da dissertação são apresentados em forma de um artigo científico. O artigo será submetido, após avaliação da banca examinadora da dissertação de mestrado, aos periódicos, de acordo com o regimento do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Por fim, apresentam-se as conclusões desta dissertação e as referências.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1 VIOLÊNCIAS CONTRA AS MULHERES	15
3.1.1 Políticas públicas	15
3.1.2 Definições de Violências	20
3.1.3 Violências contra as mulheres	22
3.2 GESTANTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	25
3.2.1 Prevalências das violências por parceiro íntimo contra gestante	25
3.2.2 Característica da violência por parceiro íntimo contra gestante	30
3.2.3 Consequências da violência por parceiro íntimo na gestante	31
3.2.4 Autores de violência	33
4 MÉTODO	36
5 RESULTADOS	40
5.1 ARTIGO: VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO CONTRA GESTANTES NO SUL DO BRASIL: CARACTERÍSTICAS E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA DE REPETIÇÃO	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	60

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a violência 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 uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação⁽¹⁾.

A tipologia da violência se divide em três categorias: violência autoinfligida (automutilação, ideação suicida, tentativas de suicídio ou suicídio completado); violência interpessoal (subdividida em violência da família, do parceiro íntimo e comunitária); e violência coletiva (subdivide em social, política e econômica). As subcategorias são classificadas de acordo com a natureza dos atos violentos, que ocorrem em cada uma das categorias, exceção da violência autoinfligida: física, sexual, psicológica, negligência, comportamentos controladores; apresentando-se em diversos tipos, considerando o grupo perpetrado, se diferencia em violência contra criança, mulher, idoso e intrafamiliar^(1,2).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) declara a violência como um problema de saúde pública, contribuinte substancial no número de óbitos, à magnitude de sequelas, doenças e incapacidades, ocasionando uma alta demanda por serviços de urgência e emergência, especializados, de reabilitação física e psicológica e de assistencial social^(3,4).

Adotado pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, o conceito de violência contra as mulheres baseia-se na definição da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994), como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado⁽⁵⁾”.

A violência perpetrada contra a mulher é a que mais se destaca entre as inúmeras vítimas da violência intrafamiliar e doméstica (crianças, adolescentes, idosos), sendo reconhecida, como uma das principais formas de violação dos direitos humanos à vida e à saúde. Justificando-se pelas graves consequências que podem ser ocasionadas decorrentes das agressões, e em função das altas prevalências observadas por diversos pesquisadores^(6,7). O resultado da violência contra a mulher se dá na consequência de uma complexa interação entre fatores individuais, sociais, culturais e ambientais com o uso da violência como forma de resolver conflitos, medidas insuficientes de coerção à violência por parte da comunidade, normas tradicionais de gênero e posição desigual da mulher na sociedade⁽⁴⁾.

De acordo com os dados do Sistema de Agravos de Notificação (SINAN), em 2014, dos casos de violência notificados, 65,6% eram contra mulheres. Segundo a ONU, 35% das mulheres entre 15 e 49 anos vivenciam violência física e /ou sexual por parceiros ou não parceiros, na vida, com variações entre 15% (Japão) e 71% (Etiópia), variando entre 4% (Japão) e 54% (Etiópia) nos 12 meses anteriores entre os demais países estudados (Maldivas, Namíbia, Brasil, Nova Zelândia, Samoa, Tailândia, Tanzânia, Bangladesh, Peru), em ordem crescente de prevalência de violências. Em 2012, quase metade das mulheres que foram mortas, a autoria do crime era por membros da família ou parceiros íntimos, enquanto entre os homens, 6% eram mortos por familiares. Em países como Austrália, Canadá, Israel, África do Sul e Estados Unidos, 40% a 70% dos feminicídios foram cometidos pelos parceiros íntimos (OMS, 2011)^(8,9).

A violência contra a mulher torna-se mais grave ainda, quando as situações de violência acontecem à mulher durante o período gestacional, ocasionando diversos problemas na saúde e qualidade de vida da mãe e do filho em vida intrauterina. A gestação é considerada um momento importante no qual os estados físico e mental maternos influenciam na saúde da mãe e do feto, pois, na gravidez, surgem muitas 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 produzido por um membro da família.

De acordo com OMS a violência por parceiro íntimo (VPI) é definida como um comportamento que ocorre dentro de um relacionamento íntimo e que causa dano físico, sexual ou psicológico à vítima⁽⁹⁾. Das 143 publicações encontradas na revisão de literatura, 58 trataram as consequências da violência por parceiro íntimo na mulher gestante. Números expressivos de estudos realizados na Ásia, África, América do Sul demonstram que as mulheres são frequentemente expostas a violência por parceiro íntimo durante a gestação, sofrendo violência física, psicológica e sexual^(10,11,12,3).

Diante do exposto, identifica-se que mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo durante a gravidez sofrem grandes impactos negativos à saúde da mulher e de seu bebê. Apresentando problemas de saúde graves, com maiores riscos de complicações médicas e obstétricas, grande probabilidade de parto prematuro e mortalidade ao recém-nascido. Além de pré-natal inadequado por problemas decorrentes da violência sofrida, estas gestantes desenvolvem graves consequências psicológicas com um significativo aumento de chances de apresentarem indicativos de ideação suicida durante o período gestacional^(14,15,16,17).

Portanto, este estudo busca analisar as violências por parceiro íntimo contra gestante e fatores associados à violência de repetição no Sul do Brasil notificadas no Sistema de Informação e Agravos Notificação – SINAN. A realização deste estudo é importante, pois dará maior visibilidade à questão da violência por parceiro íntimo contra a gestante. E, poderá servir de subsídios para o desenvolvimento e implementação de políticas intersetoriais e de ações concretas de prevenção primária, identificação e tratamento às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo durante a gestação. Destacando a ideia de que a violência por parceiro íntimo contra a gestante não é um assunto familiar ou de alternativa individual, mas um problema de saúde pública que incide cotidianamente à vida de milhões de mulheres.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as notificações de violência por parceiro íntimo contra gestante e fatores associados à violência de repetição no Sul do Brasil registradas no Sistema de informação de Agravos de Notificação – SINAN no período de 2009 a 2016.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as características sociodemográficas da gestante que sofreu agressão e do autor.
- Caracterizar as violências e as circunstâncias da agressão por parceiro íntimo contra gestantes.
- Estimar a associação entre a “violência de repetição” e as variáveis: sociodemográficas, período gestacional, situação conjugal, deficiência, tipos de violência e uso de álcool pelo autor.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 VIOLÊNCIAS CONTRA AS MULHERES

Adotado pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres, o conceito de violência contra as mulheres fundamenta-se na definição da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994), sendo “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado⁽¹⁸⁾”.

3.1.1 Políticas públicas

Este tópico tem como objetivo apresentar um breve histórico de como aconteceu o processo de construção de políticas que atendam mulheres em situação de violência ao longo das décadas.

As políticas públicas são entendidas como “Estado em Ação” e implementadas por meio de projetos e ações do governo para atender a setores específicos a fim de ampliar ou efetivar o direito à cidadania⁽¹⁹⁾. De acordo com a história, essas políticas foram desenhadas e aplicadas por grupos sociais dominantes da sociedade, nos quais as mulheres não estavam presentes, nem na tomada de decisões, nem como destinatárias específicas das políticas públicas elaboradas⁽²⁰⁾.

A dificuldade do reconhecimento dos direitos individuais, enquanto sexualidade e reprodução, expondo homens e mulheres, para além das diferenças sexuais e de gênero, à desigualdade de direitos⁽²¹⁾. As diferenciações baseadas no sexo estavam fundamentadas em uma construção social de dominação e controle das mulheres⁽²²⁾.

Historicamente, somente a partir do final da década de 1960 e meados de 1970, as ações desencadeadas contra as mulheres, em nome de pretensas diferenças biológicas e culturais, chamaram a atenção de grupos ativistas, de governos e da comunidade internacional. Essas ações colaboraram para que a violência contra a mulher entrasse na pauta de convenções e tratados internacionais, assim como outras ações que objetivaram romper a desigualdade de gênero instaurada por longas práticas sexistas⁽²³⁾. Iniciou-se, então, o processo de conscientização sobre a necessidade da criação de mecanismos institucionais para

a redução das violências contra as mulheres⁽²⁴⁾. Essas convenções e tratados resultaram em documentos internacionais que contribuíram para a construção de compromissos e legislações com objetivo da diminuição da violência contra a mulher e a garantia de seus direitos.

Descreve-se a seguir as políticas públicas internacionais para a compreensão histórica do enfrentamento da violência contra a mulher. Apresentadas de acordo com o ano em que ocorreram, trazendo pontos de destaque.

Em 1975, no México, realizou-se a primeira Conferência Mundial de Mulheres, que serviu como marco percussor para os encaminhamentos dos anseios e das agendas referentes à violência de gênero e de acesso feminino às mesmas oportunidades dos homens. Nesta mesma década foi aprovada a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW,1979), representando um novo marco histórico para o compromisso dos governos com a promoção e a proteção dos direitos das mulheres⁽²⁵⁾.

A segunda Conferência Mundial sobre a Mulher (1980), ocorreu em Copenhague, na Dinamarca⁽²⁶⁾. O relatório, declara que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos” e que “todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, religião ou qualquer outra condição”⁽²⁷⁾.

A ONU (Declaração das Nações Unidas) declarou, na Conferência Mundial do Final da Década da Mulher (1985), os anos de 1976 a 1985 como a Década da Mulher. No final desse período, essa organização realizou em Nairóbi, no Quênia, uma conferência que, entre outras pautas, discutiu o domínio e o controle de propriedade das mulheres, bem como melhorias nos seus direitos em relação à herança, à guarda dos filhos e à perda da nacionalidade⁽²⁸⁾.

A Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher (1993) faz parte da Declaração e Plataforma de Ação da III Conferência Mundial sobre Direitos Humanos em Viena. Essa declaração da ONU é considerada um marco para o “nascimento do feminismo global” por reconhecer a urgente necessidade da aplicação universal às mulheres dos direitos e princípios de igualdade, segurança, liberdade, integridade e dignidade. Definiu a violência contra a mulher como uma violência de gênero e o compromisso por parte dos Estados para a sua eliminação⁽²⁹⁾, criou, pela primeira vez, uma clara classificação das diferentes formas de violência⁽³⁰⁾.

Os ciclos das conferências internacionais, regidas pelas Nações Unidas, destacam-se em diversos países pelo fortalecimento da luta dos movimentos sociais e contribuição para o

reconhecimento dos direitos das mulheres, fornecendo embasamentos para a criação de políticas de enfrentamento à violência baseada em gênero. Os principais eventos foram:

- Conferência de Viena e seu Programa de Ação (1993);
- Conferência sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994);
- IV Conferência Mundial sobre Mulher, Desenvolvimento e Paz (1995), conhecida como Conferência de Beijing;
- Conferência de Beijing +5 (2000);
- Declaração dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (2000) estabeleceu os objetivos para o desenvolvimento do milênio, contendo a abordagem de gênero integrada em muitos dos seus objetivos propostos.

Por meio das declarações internacionais e das conferências descritas, o avanço no reconhecimento dos direitos das mulheres estabeleceu um importante instrumento de luta e organização das pautas dos movimentos feministas e de mulheres da América Latina⁽³¹⁾.

Baseado em discussões de âmbito internacional e nacional, o Brasil construiu políticas públicas de atenção às mulheres em situação de violência no país, com destaque às publicadas a partir dos anos de 1980, que enunciaram e definiram um conjunto de direitos humanos mínimos.

Os movimentos que deram visibilidade à violência contra a mulher no país, impulsionaram o governo brasileiro a assumir compromissos em defesa da saúde da mulher. No qual, na década de 1980, surgia um ativo movimento feminista no Brasil em defesa da mulher e na luta contra a violência. Onde no país, neste período, o assassinato de mulheres, por maridos e ex-maridos, fez com que o movimento de mulheres atuasse ativamente para evitar a impunidade dos agressores, que tinha como base de defesa o argumento da legítima defesa da honra. Essa mobilização deu visibilidade à violência por parceiro íntimo, trazendo a discussão para o âmbito das políticas públicas. Como consequência destas mobilizações, criou-se o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, em 1985, bem como a primeira Delegacia de Defesa da Mulher em São Paulo⁽³²⁾.

Em 1994, o Brasil aprovou a declaração de combate à discriminação contra a mulher. Ratificou e aderiu, em 1995, à Conferência Mundial de Beijing e, também, à Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, conhecida também como a Convenção de Belém do Pará. Instrumento importante para impulsionar a implementação de políticas e legislações para o combate da violência contra as mulheres no Brasil⁽³³⁾. O Protocolo Facultativo à CEDAW, foi assinado em março de 2001 pelo governo

brasileiro e, em 2002, ratificou-o, adquirindo mecanismos para monitorar o exercício efetivo dos direitos das mulheres⁽³⁴⁾.

Outro importante marco no fortalecimento das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres ocorreu em 2003, com a criação da Secretaria de Política para as Mulheres (SPM). Elaborando conceitos, diretrizes, normas e especificando ações e estratégias de gestão e monitoramento ligados ao assunto. Em 2004, essa Secretaria fomentou a 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, que subsidiou o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, publicado em 2005, traduzindo em ações o compromisso do Estado em enfrentar a violência contra a mulher e as desigualdades de gênero⁽³⁵⁾.

Entre os anos de 2003 e 2010, o Relatório sobre o Progresso das Mulheres no Brasil mostra expressivos avanços no enfrentamento à violência contra mulheres, que se manifestam na mudança da legislação, na produção crescente de estudos e no alcance de dados estatísticos sobre a incidência da violência contra as mulheres e na criação de serviços públicos especializados de atendimento⁽³⁶⁾.

Por intermédio da Portaria GM/MS n.º 936/2004, o Ministério da Saúde (MS), em 2004, 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. Os núcleos têm o objetivo de discutir a temática e fortalecer as ações de intervenção locais, melhorando a qualidade da informação dos acidentes e de violência⁽³⁷⁾. Em sequência, estabeleceu a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher atendida em quaisquer serviços de saúde, sejam públicos ou privados, Lei 10.778.

Definindo-se por esta Lei a violência contra a mulher como qualquer ato ou comportamento, baseado no gênero, que ocasione morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico⁽³⁸⁾. Portanto, toda vez que uma mulher se dirigir a um serviço de saúde para ser atendida por ter sofrido violência doméstica ou sexual, o profissional que realizar o atendimento terá de emitir uma notificação de violência contra a mulher no âmbito do SUS, por meio do uso da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências ao Serviço de Vigilância Epidemiológica, ou outro, da Secretaria Municipal de Saúde^(37,38).

A Lei 10.886/04 foi outra conquista importante para as mulheres, onde torna a lesão corporal como tipo especial de violência doméstica. Para Jardim⁽³⁹⁾ a intenção desta lei foi dar visibilidade para o crime de violência doméstica tornando-a um tipo especial de lesão

corporal, como o aumento da pena (1/3) nos casos de lesão corporal de natureza grave e de lesão corporal seguida de morte, que seja praticada em situações de violência doméstica.

Sancionada em 07 de agosto de 2006 pelo presidente da República, a Lei 11.340, mais conhecida como Lei Maria da Penha, prevê a tipificação das violências contra as mulheres, além dos serviços necessários ao seu enfrentamento, bem como formas de aplicação aos autores. Criando mecanismos para restringir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher ⁽⁴⁰⁾. 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. Resultado de luta histórica dos movimentos feministas e de mulheres por uma legislação contra a impunidade no cenário nacional, essa lei cria meios de atendimento humanizado às mulheres, agrega valores de direitos humanos à política pública e contribui para educar toda a sociedade⁽⁴¹⁾.

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. Em 2011, estabeleceu-se a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres com o objetivo de instituir conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, incluindo a assistência e garantia de direitos àquelas em situação de violência, de acordo com normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional⁽³⁸⁾.

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⁽⁴²⁾.

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 dissertação se define pela violência por parceiro íntimo contra gestante, onde propõe-se investigar o perfil sociodemográfico da gestante que sofreu agressão e do autor, caracterizar as violências por parceiro íntimo contra gestantes e descrever as circunstâncias da agressão se faz necessário.

3.1.2 Definições de Violências

A violência pode ser definida como o uso intencional da força física, que resulta, ou que possa resultar em ofensa, ameaça, dano físico, sexual, psicológico, coerção ou privação da liberdade praticado contra si próprio ou a outra pessoa, contra um grupo ou comunidade. Prevendo um agravo que se produz em qualquer que seja a classe, a categoria social, o gênero ou a etnia, o grupo etário ou cultural. Ocorrendo desde as primitivas civilizações e disseminada mundialmente, a temática violência e vulnerabilidade vem se tornando, nas últimas décadas, alvo de estudos devido ao impacto que gera na qualidade de vida pelas lesões físicas, psíquicas e morais que causa e também pelos problemas sociais^(2,43,44).

A OMS⁽¹⁾, divide a violência em três grandes grupos: Violência auto infligida, Violência interpessoal, Violência coletiva.

A violência auto infligida subdivide-se em autoagressões e em ideação suicida. As autoagressões incluem atos como as automutilações e agressões contra si próprio. A ideação suicida, contempla as tentativas de suicídio, atitudes suicidas e pensamentos suicidas^(1,45).

Violência interpessoal se divide em violência doméstica e violência comunitária. A violência doméstica ocorre em grande parte entre parceiros íntimos e membros da família, acontecendo, especialmente, no ambiente da casa, mas não exclusivamente⁽⁴⁶⁾. A violência comunitária advém de pessoas sem vínculo de parentesco, conhecidos ou não, ocorrendo

frequentemente fora de casa, incluindo a violência juvenil, os atos aleatórios de violência, o estupro ou ataque sexual por estranhos, bem como a violência em grupos institucionais, tais como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos^(1,45).

Violência coletiva é subdividida em social, política e econômica. Estas subcategorias sugerem a existência de motivos possíveis para a violência cometida pelos grandes grupos de pessoas ou pelos Estados. A violência social, organizada a partir de uma determinada agenda social, inclui crimes de ódio, atos terroristas e violência de multidões. Na violência política incluem guerras e conflitos violentos, violência do Estado e atos semelhantes realizados por grupos maiores. A violência econômica configura-se com ataques de grandes grupos motivados ao ganho econômico, visando a interrupção de atividade econômica, negando acesso a serviços essenciais, criando segmentações e fragmentações econômicas ^(1,45).

A violência pode ser classificada de acordo com a natureza dos atos violentos, que ocorrem em cada uma das categorias e suas subcategorias, exceto na violência autoinfligida. A OMS⁽¹⁾ os define como:

- Física: definida como o uso da força física que afeta intencionalmente o corpo de outra pessoa, como estapear, socar, chutar, surrar e ameaçar com armas (de fogo, brancas etc.);

- Sexual: os atos, tentativas, comentários de caráter sexual indesejados, de tráfico sexual para práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas através de coação, violência física ou ameaças;

- Psicológica: também conhecida como violência emocional, com agressões verbais, insultos, ameaças, intimidações, constante desvalorização e humilhação, com o objetivo de aterrorizar a vítima, restringir a liberdade, isolar socialmente, discriminar⁽⁴⁵⁾;

- Negligência: cuidados com saúde inadequados, privação de alimentação, exposição a situações de perigo, abandono, supervisão inadequada, higiene precária, privação da educação, privação material;

- Comportamentos controladores – isolar a pessoa de sua família e amigos, monitorar seus movimentos e restringir seu acesso às informações ou à assistência.

A violência pode ser definida, além da classificação já apresentada, analisando a qual grupo ela é perpetrada, apresentando-se em diversos tipos, podendo ser caracterizada em violência contra criança, mulher, idoso e intrafamiliar⁽²⁾.

A Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006), trata, dentre outras, das violências domésticas contra as mulheres, que contempla como resultado um dano ou sofrimento físico,

sexual ou psicológico. Incluindo, outras duas formas, a violência patrimonial, significando a retenção, destruição parcial ou total dos seus pertences; e, a violência moral, sendo a postura que configura calúnia, difamação ou injúria.

A violência é conhecida como uma conduta que causa intencionalmente dano ou intimidação moral a outra pessoa, invadindo sua autonomia e integridade. Neste sentido, busca-se definir e diferenciar os conceitos de violência contra as mulheres.

3.1.3 Violências contra as mulheres

As violências cometidas contra as mulheres são um fenômeno histórico que dura milênios, onde a mulher era tida como um ser sem expressão, uma pessoa sem vontade própria dentro do ambiente familiar. Seus pensamentos não poderiam jamais serem expostos, sendo obrigada a atender às ordens do pai e, posteriormente, do marido⁽²⁾. Existindo na história a compreensão de que as mulheres estão sob o poder dos homens, como esposas ou como filhas, tornando-se possível a identificação desigual ainda configuradas nas relações de gênero⁽⁴⁷⁾.

A construção histórica, cultural e social da masculinidade e da feminilidade define com clareza a palavra gênero. Onde foram definidos os papéis do homem e da mulher na família, no trabalho e na sociedade⁽⁴⁸⁾. A reprodução social desta diferença no imaginário social, irá legalizar as desigualdades de gênero. Logo, as violências de gênero são violências que acontecem fundamentadas ou como consequências do que é determinado socialmente como apropriado a cada papel a partir da diferenciação sexual e de gênero, das feminilidades e masculinidades forjadas⁽⁴⁹⁾.

As violências podem ser fundantes da sociabilidade dos homens, das masculinidades embora possam ser características dominantes em cada cultura, a subjetividade coloca diferentes sentidos aos padrões de masculinidade, que convivem com a masculinidade hegemônica (dominação e heterossexualidade). Esta hierarquia de poder, contribui para a desigualdade de gênero e conseqüentemente corroboram a pratica da violência contra as mulheres^(49,50).

O resultado da violência contra a mulher se dá na consequência de uma complexa interação entre fatores individuais, sociais, culturais e ambientais com o uso da violência como forma de resolver conflitos, medidas insuficientes de coerção à violência por parte da comunidade, normas tradicionais de gênero e posição desigual da mulher na sociedade⁽⁴⁾.

A violência contra as mulheres reflete uma das principais formas de violação dos direitos humanos à vida e à saúde. Considerando-se como um problema mundial de saúde pública e de alta prevalência, que não se determina por classe social, etnia, religião, idade, estado civil, escolaridade ou orientação sexual, demandando esforços de várias esferas para sua prevenção e intervenção^(18,51). Torna-se um comprometimento na qualidade de vida das vítimas referindo-se aos atos e condutas violentas e até fatais, cometidos por alguém conhecido ou não⁽⁵²⁾. Suicídio, depressão, ansiedade, síndromes de dor crônica, baixa autoestima, transtornos alimentares e transtornos do sono, transtorno de estresse pós-traumático, uso de álcool e drogas, entre outras das diversas consequências ocasionadas pela violência na saúde da mulher⁽⁴⁾.

Os tipos de violência contra a mulher se apresentam nas formas física, emocional, psicológica, sexual, patrimonial e moral. Em 2014, de acordo com os dados do Sistema de Agravos de Notificação (SINAN), dos casos de violência notificados, 65,6% eram contra mulheres. O Mapa da violência apresenta uma maior representatividade na violência física (48,7%), predominando entre mulheres adolescentes (40,9%), mulheres jovens (58,9%), mulheres adultas (57,1%) e mulheres idosas (38,2%). Com 23% dos atendimentos em todas as idades, esta presente a violência psicológica, incidindo a partir dos 18 anos. Representando 11,9% das notificações, esta a violência sexual entre as crianças até 11 anos de idade (29% dos atendimentos) e as adolescentes (24,3%). A reincidência da violência contra a mulher, se apresenta em praticamente metade dos atendimentos femininos (49,2%), especialmente nas mulheres adultas (54,1%) e nas idosas (60,4%), sendo mais sistemática e recorrente do que a violência que ocorre contra os homens⁽⁸⁾.

Propõe considerar a sobreposição dos tipos de violências diante das situações de violência, onde a violência sexual inclui a violência física e psicológica. Tal situação contribui para o aumento das estatísticas, na tentativa de uma aproximação das reais situações e volume das violências, considerando que cerca de 35% dos casos de violência são notificados, e em torno de 10% das violências sexuais (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2015). Por mais que os atendimentos de casos de violência contra a mulher, em serviços de saúde, públicos ou privados, devam ser notificados, a identificação e a mensuração da prevalência ainda se apresentam como um desafio, uma vez que muitas mulheres não relatam ou denunciam as violências sofridas⁽⁴⁾.

As mulheres, por muitas vezes, não percebem a violência sofrida, tais como a relação sexual forçada na conjugalidade. Diante da naturalização das violências, essas mulheres

acabam por não buscar apoio, pois não percebem a gravidade da situação. Portanto, entende-se que a violência contra as mulheres é mais recorrente, onde necessita de Políticas Públicas de prevenção ou promoção de formação social mais diversa, com vistas à equidade de gênero. Com uma importante exposição dos dados relativos às violências, divulgação dos serviços e do que são essas violências, possibilitando uma identificação do problema, além de incentivar a discussão e conscientização, repercutindo em uma mudança cultural enquanto igualdade de gênero (CAVALCANTI, et. al., 2016)⁽⁵³⁾.

Segundo a ONU, 35% das mulheres entre 15 e 49 anos vivenciam violência física e /ou sexual por parceiros ou não parceiros, na vida, com variações entre 15% (Japão) e 71% (Etiópia), variando entre 4% (Japão) e 54% (Etiópia) nos 12 meses anteriores entre os demais países estudados (Maldivas, Namíbia, Brasil, Nova Zelândia, Samoa, Tailândia, Tanzânia, Bangladesh, Peru), em ordem crescente de prevalência de violências. Em 2012, quase metade das mulheres que foram mortas, a autoria do crime era por membros da família ou parceiros íntimos, enquanto entre os homens, 6% eram mortos por familiares. Em países como Austrália, Canadá, Israel, África do Sul e Estados Unidos, 40% a 70% dos feminicídios foram cometidos pelos parceiros íntimos (OMS, 2011)⁽⁹⁾.

Destaca-se também, os casos de suicídio, compreendendo como violência autoinfligida/autoprovocada, e expressão mais grave de agravos à saúde mental. Estando em sétimo lugar como causa de óbito em mulheres entre 20 e 59 anos de idade no mundo e a segunda causa de óbito nos países de baixa e média renda da região do Pacífico Oeste (Oceania e Ásia). Também é a quinta causa principal de óbito em mulheres entre 20 e 44 anos de idade, à frente dos acidentes de trânsito. No mundo, um em cada três suicídios ocorre em mulheres entre 25 e 44 anos (OMS, 2011)⁽⁹⁾.

Baseando-se no Sistema de Informações de Mortalidade do MS, informações através das Declarações de Óbito, em 1980, no Brasil, a taxa por 100 mil era de 2,3 mulheres mortas por homicídio, apresentando uma oscilação gradativa até a implementação da Lei Maria da Penha, em 2006. Neste ano com 4,2 óbitos de mulheres por 100 mil, sendo o pico nesse período em 1996, com 4,6. Nos anos que seguem à Lei, vê-se uma queda (3,9 em 2007), com posterior aumento (4,8 em 2013). No ordenamento mundial, o Brasil alcança a quinta colocação dos países com maiores taxas de feminicídio: ultrapassa El Salvador, Colômbia, Guatemala (América Latina) e Rússia (Eurásia) (WAISELFISZ, 2015).

Diante das violências, dos registros dos atendimentos disponíveis, o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2018) informa que em 2017, ocorreram 221.238 registros de

violência doméstica (lesão corporal dolosa), sendo 606 casos diários; 60.018 estupros registrados, representando um crescimento de 8,4% em relação a 2016; 4.539 homicídios de mulheres, com crescimentos de 6,1% comparado ao ano anterior; 1.133 casos foram considerados de feminicídio (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2018). Especificamente dos dados do Sul do Brasil, no RS, dos 280 homicídios de mulheres, 83 foram registrados como feminicídio; em SC, dos 110 homicídios de mulheres ocorridos em 2017, 48 deles foram registrados como feminicídio; já no PR, dos 180 homicídios de mulheres, apenas 21 foram reconhecidos como feminicídio (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2018vilea).

3.2 GESTANTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

A gestação, diante da escolha ou não das mulheres, torna-se momento de muitas mudanças nas suas dinâmicas biológica, psicológica e social. Além disso, é um período que exige atenção especial e suporte das políticas públicas para acompanhamento integral que se mostra necessário. Porém, esse período tão específico que muitas mulheres vivem não as isenta das violências a que estão expostas. Visto que as violências são empregadas de forma naturalizada, como meio de manejo em muitas relações, inclusive conjugais. Formas de confirmação e negação das violências tendem a culpabilizar, responsabilizar, desqualificar a mulher⁽⁵⁴⁾.

Entende-se que a violência contra mulheres é um problema complexo, e se torna mais grave ainda quando acontece durante o período da gestação, ocasionando riscos adicionais. A Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2011) definiu a violência durante a gestação como “violência ou ameaça de violência física, sexual ou psicológica (emocional) à mulher grávida”. Trazendo consequências graves para a saúde da mulher, como hemorragia e interrupção da gravidez, infecções genitais, início do pré-natal ou realização do menor número de consultas e até a morte materna e fetal, dor abdominal, descolamento prematura de placenta, além de maior risco de uso de drogas e álcool pelas gestantes^(55,56).

3.2.1 Prevalências das violências por parceiro íntimo contra gestante

Realizou-se um levantamento da realidade da literatura mundial atual, para o entendimento das violências vivenciadas pelas mulheres gestantes, por meio de estudos publicados sobre as violências por parceiro íntimo contra as mulheres gestantes.

Estudos realizados no Brasil ou internacionalmente, que avaliam as violências contra gestantes, suas prevalências e fatores associados, foram considerados elegíveis para a revisão. De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/Ministério da Saúde, mulheres são aquelas com mais de 10 anos de idade. Foram excluídos os estudos de violência por parceiro íntimo que não incluíram gestantes e que trataram de outros tipos de violência que não a violência por parceiro íntimo. Artigos de revisão, editoriais, comunicações ou teses, também foram excluídos. O recorte temporal adotado foi de dez anos anteriores, sendo que a busca foi realizada em vinte e nove de maio de 2020. Quanto ao idioma, foram incluídas as publicações em português, espanhol e inglês.

A busca iniciou-se pela base de dados PubMed, Lilacs, PsycInfo, Scielo e EMBase, com os seguintes descritores e palavras-chave: “violence”, “violência”, “violence against women”, “violencia contra la mujer”, “violência contra a mulher”, “domestic violence”, “violência doméstica”, “gender-based violence”, “violencia de género”, “violência de gênero”, “violência por parceiro íntimo”, “violencia de pareja”, “intimate partner violence”, “physical abuse”, “abuso físico”, “sex offenses”, “delitos sexuales”, “psychological violence”, “violência psicológica”, “pregnant women”, “mujeres embarazadas”, “gestantes”.

Inicialmente, foram encontrados 2.708 artigos em um total de cinco bases de dados. Os duplicados de cada base foram identificados e eliminados com a utilização do gerenciador de referências *End Note Web* (Thomson Reuters®), ficando 1.044 artigos. Com a leitura dos títulos e resumos, excluiu-se os artigos não referentes ao tema, finalizando com 143 artigos.

A maioria dos artigos selecionados (n=143) foi publicada em 2017 (n=23) e 2018 (n=20), seguindo do ano de 2019 (n=19). Dentre os estudos obteve-se um número expressivo na Àsia (53), África (38) e América do Sul (35). Foram encontradas publicações também na Europa (09), América do Norte (05), América Central (02) e Oceania (01).

Aborda-se a seguir, por continente, os dados identificados no levantamento realizado sobre os principais achados referente às violências contra as gestantes e dados sobre os autores dessas violências.

Dentre os 53 artigos selecionados na Àsia, um estudo longitudinal realizado no norte do Vietnã⁽¹⁰⁾ identificou que as mulheres foram frequentemente expostas à violência por parceiro íntimo durante a gestação. Destas gestantes, 35,3% sofreram pelo menos um tipo de

violência durante a gravidez, 26,5% sofreram VPI no início da gestação. Dentre os tipos de violência sofridas, a violência emocional foi a mais frequente (32,3%), seguida da violência sexual (9,8%) e da violência física (3,5%). A associação realizada entre violência por parceiro íntimo e depressão pós-parto se apresentou em 5% das gestantes que demonstrou sinais de depressão durante a gravidez e 8,2% que apresentaram depressão pós-parto. Tendo, nos resultados analisados, a violência física como a mais forte determinante para a depressão pós-parto.

No Irã, em estudo realizado para identificar os determinantes sociais associados à violência por parceiro íntimo entre as gestantes em Hamadan⁽⁵⁷⁾, demonstra que 88% das gestantes tiveram experiências de violência no último ano. A saúde mental se apresentou como a mais frequente 87,9%, seguida da violência emocional 18,9% e violência sexual 6,4%.

Identificou-se na Península da Malásia⁽⁵⁸⁾ em estudo transversal, que entre 1.200 puérperas a prevalência de qualquer forma de violência foi de 35,9%, incidindo em: qualquer psicológica (29,8%), qualquer física (12,9%) e qualquer sexual (9,8%).

Em Bangladesh, estudo transversal⁽⁵⁹⁾ identificou que das 426 puérperas 66,4% delas experimentaram diferentes tipos de violência por parceiro íntimo durante a gravidez. A prevalência de VPI física, sexual e psicológica foi de 35,2%, 18,5% e 65% respectivamente. As mulheres grávidas com apoio social limitado e com parceiro íntimo controlador apresentam risco significativamente maior de VPI física e psicológica durante a gestação, com sobreposição destas violências.

No continente africano, estudo transversal realizado no leste da Etiópia com 3.015 mulheres identificou que a prevalência geral de violência por parceiro íntimo durante a gestação foi de 30,5%, com prevalência de 24,4% na violência psicológica, 11,9% violência física e 11% de violência sexual. Sendo que 95% dos atos de violência sexual se deram como sexo forçado⁽¹¹⁾.

Na Nigéria, Oche et al.⁽⁶⁰⁾ destacam que das 260 gestantes, com idade entre 19 a 40 anos, com 99,2% representando bom conhecimento sobre violência por parceiro íntimo, 33% experimentaram VPI durante a gestação e até 61,7% informaram não fazer nada por medo em razão ao comportamento controlador do parceiro. As formas mais comuns de VPI foram a violência física e sexual 62,7% e 57,3%, respectivamente. Outras formas de VPI incluíram ser insultada 30%, humilhada 23,5% e ser forçada a ter relações sexuais 15%.

Em Uganda⁽⁶¹⁾ 26,7% das gestantes, com idade média de 33 anos, relataram ter sido

esbofeteadas, agredidas ou espancadas pelo parceiro. Sendo que 27,4% levaram socos ou chutes no estômago durante a gravidez. Para 32,3% a violência piorou durante a gestação.

No estudo transversal de Malawi⁽⁶²⁾ resultados indicam que 59% das mulheres gestantes sofreram mais violências por parceiro íntimo durante a gravidez, em comparação com 12,5% antes da gravidez. As gestantes sofreram violências psicológica (28,1%), sexual (29%) e física (13,6%) no período da gestação.

No Chile⁽¹³⁾, uma amostra de 59 mulheres participantes no Programa de Violência em Punta Arenas, a prevalência de violência durante a gravidez foi de 28,8%. Tendo o parceiro como o principal perpetrador e 52,9% das gestantes declararam que os golpes e chutes eram no abdômen. Todas apresentaram violência psicológica, física leve e grave e 70,6% violência sexual.

Estudo realizado no Paraguai⁽⁶³⁾ com 1.049 mulheres durante o pré-natal em quatro hospitais públicos, verificou que 80,7% sofreram violência psicológica, 20% violência física alguma vez na vida e 7,4% abuso sexual por seus companheiros nos últimos 12 meses.

Um estudo transversal brasileiro, no município de Vitória, Espírito Santo⁽⁶⁴⁾ identifica, em uma amostra de 302 puérperas, que 43% das mulheres vivenciaram situações de maus tratos ao longo da vida. Sendo que 7,6% foram vítimas de violência física nos últimos doze meses e 4,6% esteve em situação de violência física durante a gestação tendo, nestes períodos, como perpetrador o próprio marido e o ex-marido. Quanto ao tipo de agressão, na gestação, o tapa e o empurrão (50%) são os mais cometidos, tendo a cabeça (71,4%) a área mais afetada do corpo.

Em Jequié/BA, estudo brasileiro⁽¹⁴⁾ apresenta a prevalência de violência física na gestação de 2,9% numa amostra de 105 gestantes em pré-natal em quatro Unidades de Saúde da Família (USFs). As gestantes eram de raça/cor da pele negra (preta e parda) e as agressões sofridas foram na cabeça principalmente pelo companheiro (66,7%), que usava álcool.

Estudo transversal realizado com 1.026 mulheres gestantes no Programa Saúde da Família (PSF) do Recife⁽¹²⁾ identificou que 25,4% foram vítimas de violência física pelo parceiro íntimo.

Com uma amostra de 358 gestantes em um estudo observacional e transversal desenvolvido em Ribeirão Preto/SP⁽¹⁵⁾ com prevalência de ideação suicida de 7,8%. Dentre as mulheres, 17,6% estiveram em situação de violência por parceiro íntimo durante a atual gestação. Das gestantes, 95,2% sofreram violência psicológica, 36,5% violência física e 1,6% violência sexual.

Na Europa, um estudo de coorte realizado na Suécia⁽⁶⁵⁾, com 1.694 mulheres gestantes, identificou que 4 em cada 10 relataram violência doméstica durante a gravidez. Sendo que, ter um histórico de violência aumentou em 33,7% o risco da mulher em se submeter a uma cesariana. Ter sofrido abuso emocional (24,3%) e sexual (18,8%) também aumentou o risco de ter uma cesárea.

Ainda no continente europeu, estudo realizado em Portugal⁽⁶⁶⁾, com 852 puérperas, em uma amostra de conveniência não probabilística, apresenta que 43,4% estiveram em situação de violência doméstica durante a gestação. Onde 43,2% sofreram violência psicológica, 21,9% violência física e 19,6% violência sexual.

Na Espanha, um estudo identificou que, das 754 mulheres grávidas, 9% tinham histórico de violência, 4,8% sofriam violência por parceiro íntimo e 1,9% sofreram durante a gravidez. A história de violência foi associada à má percepção do estado de saúde, morbidade psíquica e uso de medicamentos na gravidez⁽⁶⁷⁾.

Nos Estados Unidos, um estudo transversal⁽⁶⁸⁾ visou determinar se os participantes do programa de nutrição suplementar para mulheres, bebês e crianças (WIC), disponível para gestantes de baixa renda, possuíam maior probabilidade de ter relatos de violência por parceiro íntimo antes ou durante a gestação dos que os não participantes. Quase metade da amostra do estudo recebeu o WIC (48,1%), aproximadamente 4% das mulheres relataram abuso físico 12 meses antes de sua gravidez mais recente e 3% relataram abuso durante a gestação. Após o ajuste de confusão, as mulheres que relataram violência antes e durante a gravidez tiveram chances maiores de utilização do WIC em comparação com as mulheres que não relataram violência por parceiro íntimo.

Estudo transversal realizado nos Estados Unidos⁽⁶⁹⁾ com mulheres entre 24 e 28 semanas de gestação, identificou que 19% experimentaram violência por parceiro íntimo durante a gravidez. Apresentando a prevalência de ideação suicida pré-natal de 22,9%.

De acordo com o levantamento realizado na literatura mundial, os dados relativos à Ásia e África possuem maiores prevalências. Por conta das diversas iniquidades sociais que ainda se concentram nestes continentes, refletem nas desigualdades de gênero e consequentes violências contra as mulheres.

A seguir, serão abordadas as características das violências sofridas pelas gestantes encontrados nesses artigos científicos.

3.2.2 Característica da violência por parceiro íntimo contra gestante

Aborda-se as principais características da violência por parceiro íntimo contra a mulher durante a gestação. Ao analisar a distribuição geográfica dos 143 artigos encontrados na revisão de literatura, observou-se que 37% das pesquisas foram realizadas na Ásia. África, América do Sul e Europa vieram a seguir. Finalizando com América do Norte, América Central e Oceania que apresentaram menor produção, ficando com 5,6%.

Mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo durante a gestação, relataram mais episódios de violência física na infância e na adolescência, que sofreram violência sexual na infância e que perpetraram violência contra o parceiro⁽⁷⁰⁾. Em concordância, estudo brasileiro concluiu que a violência física durante a gestação foi prevalente entre as mulheres investigadas com histórico de agressão física vivenciada antes dos 15 anos e com consumo abusivo de bebida alcoólica pelo companheiro e pela mulher antes da gravidez⁽¹⁴⁾.

Mulheres com baixa renda, dona de casa, gravidez indesejada e desobediência ao parceiro foram fatores associados à violência durante a gravidez⁽⁷¹⁾. No momento em que os estudos foram agrupados pelas características das violências sofridas pelas gestantes, verificou-se que a maioria apresentou a violência física (75%), a violência psicológica (61%) e a violência sexual (54,6%), havendo sobreposição de tipos de violências.

Identificou-se em estudo tailandês que as mulheres foram expostas a ameaças e atos de violência física em algum momento durante a atual gravidez, tais como: ameaças de violência leve (10,9%), ameaças de violência moderada (5,2%), ameaças de violência grave (8,8%); identificadas também pelo grau do ato da violência: violência leve (6,2%), violência moderada (2,9%) e violência grave (1,9%)⁽⁷²⁾.

Estudo realizado na Etiópia apresenta que 19% das participantes relataram história de abuso físico durante a vida e, destas, 66,7% foram abusadas fisicamente durante a gestação. Chutar, furar, estapear e empurrar foram listados como tipos comuns de violência física durante a gestação, tendo os chutes como o principal tipo de violência, representando 38,4% dos tipos relatados⁽⁷³⁾.

Na Grécia, um estudo realizado com mulheres grávidas que sofreram abuso por parte dos parceiros⁽⁷⁴⁾, indicou que a face foi a parte do corpo mais frequente a lesão, seguida da região do abdômen; o meio de violência mais comum foi esbofetear ou empurrar, seguido de socos e chutes. Demonstrando a agressividade ameaçadora para o feto.

Dentre as violências mais frequentes, por parceiro íntimo, sofridas pelas mulheres grávidas esta a violência sexual. Que em sua maioria se apresenta por sexo exigido pelo parceiro, com relação sexual obrigada e forçada, contra a vontade e sem consentimento da gestante, acompanhada por ameaça e espancamento^(72,73).

A violência psicológica está presente no período gestacional, alinhada às violências físicas e sexuais. Estudo realizado para investigar os efeitos da violência psicológica na saúde das gestantes mostrou que os abusos psicológicos se apresentaram na forma verbal, emocional e dominante. E que foram praticados por meio de gritos e atos irracionais de seus parceiros, que tomavam decisões sem consulta e mantinha-as em isolamento⁽⁷²⁾.

3.2.3 Consequências da violência por parceiro íntimo na gestante

As mudanças físicas, sociais e psicológicas que a mulher grávida vive durante a gestação torna-se um momento especial, tanto para a gestante quanto para as pessoas do seu convívio. Durante este período, a mulher grávida e seu bebê carecem de atenção e cuidados especiais, como ambientes harmônicos, de paz e serenidade e com condições agradáveis, para que possam vivenciar uma boa gestação, de forma a maximizar o desenvolvimento e saúde do bebê⁽⁷⁵⁾. No entanto, esse contexto não se apresenta como a realidade de muitas mulheres, muitas delas vivem em situações desconfortáveis, dentre elas a violência.

A violência contra as mulheres tem um efeito avassalador na saúde sexual e reprodutiva das mulheres, bem como na saúde de seus filhos.⁽⁷⁶⁾ As consequências da violência para a saúde da mulher durante o período gestacional são várias e destacam-se por complicações de saúde relacionadas a violência durante a gestação: intercorrências gestacionais, gravidez indesejada, pressão arterial, ansiedade, culpa, desconforto na barriga, ruptura da membrana, aborto, baixa autoestima, estresse pós-traumático, depressão e ideação suicida^(77,78,79,80).

Das 143 publicações encontradas na revisão de literatura, 58 abordaram as consequências da violência por parceiro íntimo na mulher gestante. Neste sentido, aborda-se as repercussões físicas desta agressão e as repercussões na saúde mental.

Em relação às repercussões físicas, a violência contra as gestantes causa vários impactos negativos à saúde da mulher e de seu bebê⁽¹⁴⁾. Gestantes submetidas a violência física apresentam sintomas do sistema gastrointestinal, sintomas do sistema cardiovascular, sintomas da saúde mental, sintomas do sistema neurológico, sintomas do sistema urinário e

cansaço ou fadiga mais elevados estatisticamente do aqueles de mulheres que não sofreram violência física durante a gravidez⁽⁸¹⁾.

Identifica-se que mulheres vítimas de violência sexual durante a gravidez possuem maior risco de sofrer qualquer complicações na gestação: como complicações médicas e obstétricas, assim como vontade de interromper a gestação^(16,17). No Nepal a violência doméstica é comum, apresentando um grande fator de risco para morbidade e mortalidade grave em recém-nascido⁽⁸²⁾.

Outra repercussão importante refere-se ao pré-natal que, em muitos dos casos, é considerado inadequado por problemas decorrentes da violência sofrida. Mulheres que vivenciam ou vivenciaram situação de violência física pelo parceiro íntimo iniciaram o pré-natal tardiamente, realizaram número menor de consultas do que o recomendado e tiveram maior chance de uso inadequado. Mais uma característica importante para um pré-natal inadequado, condiz com os parceiros das mulheres que não demonstraram interesse e tentaram impedir ou impediram que a gestante realizasse o pré-natal⁽¹²⁾.

Estudo realizado no Rio de Janeiro, alerta para a frequência de óbito neonatal e pós-neonatal significativamente maior entre os filhos das vítimas de agressão física durante a gestação. As ocorrências de atos violentos entre casais podem fazer parte de uma complexa influência de fatores que colaboram, entre outras coisas, para o aumento da mortalidade infantil⁽¹⁶⁾. Gestantes que vivenciam medo e violência possuem maior risco de ter um bebe prematuro⁽⁸²⁾.

Ainda, a violência física durante a gravidez pode levar ao parto prematuro, ruptura de membrana, descolamento prematuro da placenta, pré-eclâmpsia, sangramento, baixo ganho de peso durante a gravidez e baixo peso ao nascer^(58,83,84). Uma análise de regressão logística multivariada realizada em estudo etíope mostrou que mulheres expostas à violência praticada pelo parceiro íntimo durante a gravidez tinham três vezes mais chances de ter baixo peso ao nascer⁽⁸⁵⁾. Citando os comportamentos de risco associados à violência por parceiro íntimo: consumo de álcool, uso de drogas ilícitas e tabagismo, identificados com maior frequência em mulheres que relataram violência por parceiro íntimo^(12,76).

Um estudo vietnamitas identificou que a violência apresenta repercussões negativas para a saúde mental das mulheres. E, demonstrou que mais de um terço das mulheres experimentou violência cometida pelo parceiro íntimo durante a gravidez, tendo a violência emocional como o tipo de violência mais comum. As mulheres que sofreram abuso emocional durante a gravidez tinham maior possibilidade de desenvolver depressão mais do que aquelas

que não foram expostas à violência emocional⁽⁸⁶⁾. Desencadeando graves consequências psicológicas com um significativo aumento de chances destas apresentarem indicativos de ideação suicida⁽¹⁵⁾.

No Brasil, um estudo longitudinal verificou que sofrer ou ter sofrido violência psicológica elevou duas vezes a chance da mulher grávida de apresentar sintomas depressivos ao longo da gestação, tornando-se um fator de risco⁽⁸⁷⁾. Em concordância, na Etiópia um estudo transversal identificou que gestantes que sofreram violência emocional, sexual e física, tiveram um risco muito maior de depressão⁽⁸⁸⁾. Entende-se que a violência psicológica perpetrada pelo parceiro íntimo durante a gestação, associada ou não a outros tipos de violências, está fortemente relacionada com a depressão pós-parto⁽⁷⁰⁾.

Das consequências para a saúde mental, a violência por parceiro íntimo reflete condições emocionais desfavoráveis e profundas implicações na qualidade de vida das mulheres agredidas⁽⁸⁹⁾. Em estudo indiano menciona que as mulheres negligenciam os abusos verbais, como repreensão e provocação, pela submissão aos seus companheiros. E, a divulgação da violência física e sexual é inibida pelo medo do abuso, sentimentos de vergonha e constrangimento⁽⁹⁰⁾.

Diante destes achados, identifica-se que a violência contra a mulher, durante o período gestacional, traz graves problemas de saúde à mulher que refletem na saúde do bebê e que também se estendem a outras fases de sua vida, traduzidos em restrições e impossibilidades fisiológicas, laborais e sociais.

3.2.4 Autores de violência

Cerca de 117 artigos identificam os autores, alguns, apresentando suas características, o histórico de violências na infância em alguns deles, a violência a partir da própria mulher contra seu parceiro⁽⁷⁰⁾. Destaca-se a seguir algumas evidências em relação aos artigos.

Apesar dos relacionamentos conjugais representam uma relação de confiança, muitas vezes se tornam ambientes violentos por vários motivos (dependências econômicas, afetiva, cuidado com os filhos, coerções, constrangimentos, falta de apoio, entre outros), diante da complexidade das violências e relações nas quais se implicam, as mulheres não conseguem se desprender⁽⁹¹⁾.

Dentre os estudos identificados na revisão de literatura, a maioria dos artigos refere-

se à violência sofrida a partir contexto sociofamiliar, em especial o companheiro, parceiro íntimo.

Estudo transversal na Etiópia identificou que a prevalência de violência perpetrada pelo marido foi de 64,6% em uma seleção com 299 gestantes⁽⁹²⁾. Outro estudo menciona que a violência praticada pelo parceiro íntimo é um fenômeno corriqueiro nas famílias da Etiópia, sendo que 81% das mulheres acreditam que o marido tem justificativa para bater nas esposas⁽⁸⁵⁾.

As características dos autores estiveram presentes em alguns estudos como fatores associados às violências. Maridos na faixa etária de 25-34, sendo o principal autor de todos os tipos de violência⁽⁷⁶⁾. Apresentando violência emocional como o tipo de violência mais frequente em estudo vietnamita, seguida da violência sexual e da violência física⁽⁸⁶⁾.

A presença do comportamento controlador do marido e a experiência de violência antes da gravidez atual aumentaram as chances de vivenciar violência durante a gravidez, sendo o marido o grande perpetrador de todo tipo de violência. Sendo assim, as chances de sofrer violência durante a gestação eram aproximadamente duas vezes mais prováveis entre aquelas mulheres cujo marido tinha o controle das atividades da esposa⁽⁷⁶⁾.

A violência durante a gestação foi expressivamente associada à menor escolaridade dos parceiros. O fato de o cônjuge ser analfabeto foi 1,7 vezes maior de praticar a violência física do que o cônjuge alfabetizado. Toda a forma de violência foram conexas a idade e nível de escolaridade dos parceiros, além da ingestão de álcool; quanto menor a escolaridade dos homens, maior a prevalência de violência doméstica^(73,92,93,94).

Relacionado ainda com os parceiros, no Quênia a violência por parceiro íntimo na gestação foi associada ao consumo de álcool por parceiro. As mulheres grávidas cujos maridos não consumiram álcool ou drogas sofreram menos violência^(93,94).

Estudo indiano apresentou uma proporção significativamente maior de violência doméstica contra as gestantes em relação aos maridos que se encontravam desempregados. A maioria das gestantes (95,7%) eram de casta geral e dona de casa por ocupação⁽⁹⁵⁾.

As mulheres sofrem violência física, emocional, sexual e econômica por parte de seus parceiros íntimos. Muitas vezes permanece por causa do sigilo familiar, normas culturais ou, devido ao medo, vergonha e relutância da comunidade em assuntos domésticos e estigma social⁽⁸⁵⁾.

Identificou-se a partir dos artigos, que as violências de gênero são declaradas em maior parte como violência por parceiro íntimo ou violência doméstica, demonstrando as

relações de poder e violência de muitos relacionamentos.

4 MÉTODO

4.1. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa.

4.2. LOCAL DO ESTUDO

Este estudo será realizado a partir dos registros contidos nas fichas de notificação compulsória de violência contra mulheres localizados na base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) fornecida pelo Ministério da Saúde.

Serão utilizados os dados das notificações de violência contra mulheres gestantes ocorridas na região Sul do Brasil. A Região Sul do Brasil é formada pelos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Através dos dados socioeconômicos e das informações em saúde disponíveis, destaca-se para compreensão do local em que se inserem e ocorrem as violências apresentadas no estudo. A seguir, a Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos três estados.

Tabela 1 - Características sociodemográficas. Sul do Brasil. 2019.

Características Sociodemográficas	Paraná	Santa Catarina	Rio Grande do Sul
Habitantes	10.444.526	6.248.436	10.693.929
Mulheres	51%	49%	51%
Municípios	399	295	497
Rendimento Nominal	R\$1.621	R\$1.769	R\$1.843
IDH	0,749	0,774	0,746

Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2019, 2010)⁽⁹⁶⁾.

As especificidades da região Sul do Brasil, enquanto realidade socioeconômica (produção de riqueza, situação socioeconômica da população, por exemplo), ficam evidenciadas a partir das informações disponíveis.

4.3. POPULAÇÃO DO ESTUDO

Para este estudo, definiu-se o público de mulheres gestantes adultas na faixa etária de

20 anos ou mais.

Os dados concentram-se dos estados do Sul do Brasil (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) no período de 01 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2016. Do total de notificações de violência contra mulheres de 10 anos ou mais da região Sul (133.916). Totalizando o universo de 2.758 notificações de violências por parceiro íntimo contra gestantes no período.

A partir de 2009 a notificação de violências foi inserida no SINAN, justificando-se o período delimitado de 2009 até 2016. Anteriormente era uma vigilância sentinela, por amostras. As variáveis incluídas no estudo basearam-se na Ficha de Notificação Individual/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violência (2008) e na Ficha de Notificação Individual Violência Interpessoal/Autoprovocada (2015). Atendendo as alterações realizadas na ficha em 2015, e utilizando o maior banco de dados referente aos anos anteriores, utilizou-se os dados comuns nos dois modelos de notificação, além de dados relevantes presentes apenas em um desses modelos (2008). Dessa forma, os resultados das variáveis referentes aos temas específicos, devem ser interpretados nesse recorte específico, no universo das 2.758 notificações.

4.4. SELEÇÃO DE DADOS

Os dados são gerados via DATASUS (Departamento de Informática do SUS), que abarca todas as notificações do SINAN. São tabuladas via TABNET, na parte de Doenças de Agravo e Notificação. De modo que as notificações possam ser compiladas conforme especificidades das violências, faixa etária das mulheres, característica dos autores, reincidência, entre outros fatores que sejam relevantes para a compreensão e análise da violência contra as gestantes.

O banco de dados das notificações foi solicitado à Secretaria de Vigilância em Saúde/ Departamento de Análise de Situações de Saúde/ Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Os arquivos foram recebidos em maio de 2018, utilizando-se o programa *Stata Transfer* para transferir os dados para o programa estatístico. Foram incluídas as notificações do período de 01 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2016. Do total de notificações de violência contra mulheres de 10 anos ou mais da região Sul (133.916), foram encontrados 1.684 casos de violências por parceiro íntimo contra mulheres gestantes.

4.5. VARIÁVEIS E ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis do estudo foram: relacionadas ao perfil das mulheres gestantes que sofreram violência (faixa etária, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, período gestacional e se possui algum tipo de deficiência ou transtorno), em relação às circunstâncias da violência (local de ocorrência, hora da ocorrência, se ocorreu outras vezes, tipo de violência, consequências para a gestante – item vigente até 2015), tipos de violência (física, sexual, psicológica, tortura, financeira), meios de agressão utilizados (força corporal/espancamento, enforcamento, objeto contundente, objeto perfuro-cortante, substância ou objeto quente, envenenamento, arma de fogo e ameaça). As variáveis relativas ao autor da violência contra a gestante, parceiro íntimo, foram quanto à suspeita de uso de álcool (se sim ou não) e ao ciclo de vida (se jovem, idade de 20 a 24 anos, se pessoa adulta, idade de 25 a 59 anos e se pessoa idosa, 60 anos ou mais)^(1,2).

Os dados transferidos por meio do software Stat Transfer, submeteram-se a análise estatística descritiva, utilizando o programa estatístico Stata versão 14.0, por meio de frequência simples e proporção (%) e intervalos de confiança de 95% (IC 95%), segundo variáveis relacionadas às gestantes, situação de violência e ao autor da violência. A variável desfecho, “violência de repetição” foi determinada pela ocorrência de mais de um episódio de violência (“duas ou mais vezes”). Ela foi determinada pela ocorrência de mais de um episódio de violência. À análise bivariada, a associação entre as variáveis independentes e “violência de repetição” foi determinada pelo teste de qui quadrado e regressão logística.

Primeiramente foi realizada regressão logística multivariada, com entrada de variáveis pelo procedimento backward, realizada para identificar a associação do perfil da vítima e uso de álcool pelo autor com “violência de repetição”. As variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada foram incluídas na análise ajustadas (modelo 1) e aquelas que apresentaram multicolinearidade foram excluídas do modelo (modelo final). Os resultados foram expressos em razão de chance (RC) e os respectivos IC 95%.

4.6. LIMITAÇÕES

Considerando as notificações como fonte de dados, o sub-registro e a subnotificação podem influenciar os resultados. Muitas das situações de violências deixam de ser notificadas pelas dificuldades de identificação por parte dos profissionais de saúde. Desse modo, sequer

são formalizadas essas situações de violência. Porém, há ainda os casos em que se iniciam as notificações e não são concluídas, além dos possíveis erros de preenchimento. Nesse sentido, estima-se que as perdas dos casos não identificados como violências, além das dificuldades de efetivar a correta notificação.

4.7. QUESTÕES ÉTICAS

O banco de dados foi solicitado por pesquisadora do grupo de pesquisa em Violência e Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina através do sistema de acesso à informação, e cedido pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, após assinatura de termo de responsabilidade de cessão das bases de dados da Secretaria de Vigilância em Saúde, com aval da Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis.

A pesquisa utilizou dados secundários, que não identificam as usuárias, portanto, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética.

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO: VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO CONTRA GESTANTES NO SUL DO BRASIL: CARACTERÍSTICAS E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA DE REPETIÇÃO

Os resultados são apresentados no formato do Artigo: “**Violência por parceiro íntimo contra gestantes no Sul do Brasil: características e fatores associados à violência de repetição**”, a ser submetido ao periódico *Ciência & Saúde Coletiva* com Qualis B1 na área de Saúde Coletiva. Este artigo é apresentado a seguir, conforme normas da instituição de defesa da Dissertação.

RESUMO

A violência por parceiro íntimo (VPI) é uma preocupação de saúde pública, especialmente durante a gravidez. A fim de estabelecer ações eficazes para a prevenção, precisa-se conhecer a real dimensão desse problema. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo analisar as notificações de violência por parceiro íntimo contra gestante e fatores associados à violência de repetição no Sul do Brasil, notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN no período de 2009 a 2016. Analisou-se 2.758 notificações de VPI contra gestantes dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Foram analisadas as características demográficas, relacionadas à VPI e aos meios de agressão. Para verificar os fatores associados com a violência de repetição, foi realizada análise de regressão logística multivariada e obtida a razão de chance (RC) e seus respectivos IC95%. Foi considerado significativo aquelas com valor $p < 0.05$. Os resultados apontam que a maioria das gestantes em situação de VPI são jovens, brancas, casadas, com cinco a oito anos de estudos completos, a maioria estando no primeiro ou segundo trimestre gestacional; sofreram todos os tipos de violência, com maiores proporções para física e psicológica. A violência de repetição foi relatada por mais da metade das gestantes, sendo a violência psicológica associada ao aumento na chance para essa violência (RC 1,98; IC95%: -1,54;-2,55). As consequências mais notificadas foram as comorbidades de saúde mental, sendo o uso do álcool pelo parceiro um fator que associado à violência recorrente (RC 1,84; IC95%: -1,43; -2,37). Demonstrou-se que as notificações são fundamentais para a visibilidade das violências, principalmente as que atingem as gestantes, contribuindo para uma conscientização e sensibilização ao enfrentamento às violências, e à equidade de gênero.

Palavras-chave: Violência Doméstica, Violência contra a mulher, Violência por Parceiro Íntimo, Gestantes, Notificação.

ABSTRACT

Intimate partner violence (IPV) is a major public health concern, especially during pregnancy. In order to establish effective actions for prevention, it is necessary to know the real

dimension of this problem. Thus, this study aims to analyze the notifications of intimate partner violence against pregnant women and factors associated with repeated violence in southern Brazil, reported in the Notifiable Diseases Information System – SINAN in the period from 2009 to 2016. We analyzed 2,758 notifications of IPV against pregnant women in the states of Paraná, Santa Catarina and Rio Grande do Sul. Demographic characteristics related to IPV and the forms of aggression were analyzed. To verify the factors associated with repeat violence, a multivariate logistic regression analysis was performed, and the odds ratio (OR) and its respective 95%CI were obtained. Those with p value <0.05 were considered significant. The results show that most victims are young, white, married, with five to eight years of complete education, the aggression occur in the first or second trimester of pregnancy; and they suffered all types of violence, with greater proportions for physical and psychological. Repeat violence was reported by more than half of the pregnant women, and psychological violence was associated with an increased chance of this violence (OR 1.98; 95%CI: -1.54;-2.55). The most reported consequences were mental health comorbidities, with alcohol use by the partner being a factor associated with recurrent violence (OR 1.84; 95%CI: -1.43; -2.37). This research has shown that notifications are essential for the visibility of violence, especially those that affect pregnant women, contributing to an awareness and engagement to the fight against violence, and gender equity.

Keywords: Domestic Violence, Violence against women, Intimate partner violence, Pregnancy, Notification.

INTRODUÇÃO

A violência por parceiro íntimo, é um fenômeno reconhecido como um grave problema de saúde pública e é a forma mais comum de violência cometida contra a mulher em todo mundo^(1,2). Dados epidemiológicos deste tipo de violência são alarmantes, principalmente quando a vítima se encontra no período gestacional, pois é um momento de mudanças emocionais, físicas, sociais e econômicas da mulher, que a coloca em posição de vulnerabilidade única para se tornar ou permanecer vítima de VPI⁽³⁾.

Estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 15 países, encontrou proporção de mulheres grávidas violentadas fisicamente durante pelo menos uma gravidez, maior que 5% em 11 países, sendo o Japão o mais baixo (1%) e uma província do Peru o mais alto (28%)⁽⁴⁾. Em relação aos atos de agressão, cerca de 25% ou mais das mulheres que sofreram VPI física foram chutadas ou socadas no abdômen⁽⁴⁾. Pesquisas locais e independentes tendem a encontrar prevalências maiores de VPI como na Etiópia⁽⁵⁾ 41,1%, Bangladesh⁽⁶⁾ 52,8%, Jordânia⁽⁷⁾ 34,6%, durante a gestação do que estudos multicêntricos.

Estudo brasileiro⁽⁸⁾ realizado com 1.379 gestantes, em Campinas, São Paulo, encontrou prevalência de 19,1% para violência psicológica e 6,5% para violência física/sexual. Enquanto em Caxias⁽⁹⁾, pesquisadores estimam prevalência maior, de 33,0%,

também com predomínio da violência psicológica (18,9%). Como fatores associados às situações de violência durante a gestação estão a baixa escolaridade da mulher, desemprego, consumo de álcool pelo parceiro, abuso sexual na infância, história anterior de violência e episódios estressantes de vida.

Em relação ao padrão de abuso, Rachana et al.⁽¹⁰⁾ (2002) e Castro et al.⁽¹¹⁾ (2003) discutem que os eventos de violência têm suas características diferentes com a gestação, podendo se acentuar ou sofrer alterações de padrão. A OMS evidencia que a maioria das mulheres relataram a mesma frequência ou leve redução da violência durante o período gestacional, no entanto, cerca de 13% (Etiópia) e aproximadamente 50% (Brasil urbano e Sérvia e Montenegro) revelaram vitimização pela primeira vez durante a gravidez⁽⁴⁾.

Como desfechos negativos maternas decorrentes da violência, podemos citar o risco de alimentação e ganho de peso inadequado, sangramento, abortos, baixa adesão nos cuidados e consultas pré-natais, uso de substâncias psicoativas, baixa autoestima, elevada prevalência de depressão e ideação suicida^(12, 13). Mais do que prejuízo para saúde e bem-estar materno, essa violência, pode trazer graves consequências para as futuras gerações, como traumas diretos ao feto, incluindo a prematuridade, baixo peso ao nascer, baixo índice de Apgar, internações hospitalares sucessivas após o nascimento e elevada morbidade perinatal^(12, 14-16).

Enquanto as consequências da VPI durante a gravidez na mulher e no recém-nascido são amplamente conhecidas, a frequência e os tipos de violência sofridos nesse período não estão totalmente caracterizados na literatura⁽¹⁷⁾. Recente revisão da produção científica aponta que as evidências existentes não captam a totalidade do fardo mundial exercido pela VPI na gravidez⁽¹⁷⁾.

No Brasil, as informações sobre a violência e o atendimento realizado no setor saúde são encaminhadas à vigilância epidemiológica por meio da notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) com o objetivo de subsidiar a elaboração e execução de políticas públicas para o enfrentamento da violência contra gestante. A Lei 10.778 de 24 de novembro de 2003 estabeleceu a violência contra a mulher como agravo de notificação compulsória em todos os serviços públicos e privados de saúde do país.

Apesar de ser um sistema relativamente novo, informações extraídas no banco de dados dos SINAN, do total de notificações de 10 anos ou mais na região Sul (133.916), permitiu identificar 9.083 casos de violências contra gestantes. Destaca-se a importância da utilização deste sistema como fonte de pesquisa, por possibilitar tanto apontar as necessidades de melhorias no preenchimento da ficha de notificação, quanto para conhecer a violência

informada pelas mulheres que acessam os serviços de saúde e os atendimentos realizados. As informações das violências sofridas fornecem importantes subsídios para ações com objetivo de apoiar a elaboração de medidas efetivas de prevenção e proteção podendo potencializar ainda a articulação, estruturação e integração dos serviços em rede de atenção^(18, 19).

Nesse contexto, o presente artigo busca dar visibilidade a este problema de saúde pública, analisando as VPI sofridas pelas mulheres no período gestacional através da identificação das características da violência contra gestantes e associação à violência de recorrência, notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) na região Sul do Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado a partir dos registros contidos nas fichas de notificações de violência contra mulheres, provenientes da base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), nos estados do Sul do Brasil (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul).

Os estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, no período de 01 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2016, concentraram o total de 2.758 notificações de violências por parceiro íntimo contra gestantes de 20 anos ou mais.

As variáveis incluídas no estudo basearam-se na Ficha de Notificação Individual/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violência (2008) e na Ficha de Notificação Individual Violência Interpessoal/Autoprovocada (2015). Atendendo as alterações realizadas na ficha em 2015 pelo Ministério da Saúde, e utilizando o maior banco de dados referente aos anos anteriores, utilizou-se os dados comuns nos dois modelos de notificação, além de dados relevantes presentes apenas em um desses modelos. Dessa forma, a seleção das variáveis levou em conta a Revisão de literatura, o banco de dados e variáveis correspondente aos objetivos do estudo.

Assim, as variáveis do estudo foram: relacionadas ao perfil das mulheres gestantes que sofreram violência (faixa etária, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, período gestacional e se possui algum tipo de deficiência ou transtorno), em relação às circunstâncias da violência (local de ocorrência, hora da ocorrência, se ocorreu outras vezes, tipo de violência, consequências para a gestante – item vigente até 2015), tipos de violência (física, psicológica/moral, tortura, sexual, financeira/econômica, negligência/abandono), meios de

agressão utilizados (força corporal/espancamento, enforcamento, objeto contundente, objeto perfuro-cortante, substância ou objeto quente, envenenamento, arma de fogo e ameaça). Categorizou-se o autor da violência contra a gestante, parceiro íntimo, quanto à suspeita de uso de álcool (se sim ou não) e ao ciclo de vida (se jovem, idade de 20 a 24 anos, se pessoa adulta, idade de 25 a 59 anos e se pessoa idosa, 60 anos ou mais)^(20, 21).

Os dados transferidos por meio do software Stat Transfer, submeteram-se a análise estatística descritiva, utilizando o programa estatístico Stata versão 14.0, por meio de frequência simples e proporção (%) e intervalos de confiança de 95% (IC 95%), segundo variáveis relacionadas às gestantes, situação de violência e ao autor da violência. A variável desfecho, “violência de repetição” foi determinada pela ocorrência de mais de um episódio de violência (“duas ou mais vezes”). Ela foi determinada pela ocorrência de mais de um episódio de violência. A associação entre as variáveis independentes e “violência de repetição” foi determinada pelo teste de qui quadrado e regressão logística.

Primeiramente foi realizada regressão logística multivariada, com entrada de variáveis pelo procedimento *backward*, realizada para identificar a associação do perfil da vítima e uso de álcool pelo autor com “violência de repetição”. As variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada foram incluídas na análise ajustadas (modelo 1) e aquelas que apresentaram multicolinearidade foram excluídas do modelo (modelo final). Os resultados foram expressos em razão de chance (RC) e os respectivos IC 95%.

O banco de dados foi solicitado por pesquisadora do grupo de pesquisa em Violência e Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio do sistema de acesso à informação, e cedido pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, com assinatura de termo de responsabilidade de cessão das bases de dados da Secretaria de Vigilância em Saúde, com a aprovação da Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis.

RESULTADOS

Para este estudo foram utilizadas do SINAN, 2.758 notificações de violência por parceiro íntimo contra gestantes entre 2009 e 2016 no Sul do Brasil. A maioria das gestantes com idade de 20-29 anos (64,14%) e 30-39 anos (28,90%). Predominando cor de pele branca (71,47%), seguidas da parda (17,17%). Com 41,89% das gestantes apresentavam de cinco a oito anos de estudos e 32,53% de nove a onze anos.

As gestantes casadas/união estável foram as que mais sofreram violência (64,42%). A violência ocorreu no segundo trimestre da gravidez para (37,03%), seguida do primeiro (35,57%), e terceiro (27,39%). Dos autores, 59,80% encontravam-se sob o efeito de álcool no momento de perpetuar a agressão e 81,88% estavam na faixa etária de 24-59 anos. As deficiências ou transtornos somaram 5,55% entre as gestantes notificadas. As características das mulheres em situação de violência por parceiro íntimo e do autor notificadas encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres gestantes em situação de violência e do autor da agressão, notificadas no SINAN. Região Sul, Brasil, 2009-2016.

Características	n	%	IC 95%
Idade (anos) (n=2.758)			
20-29	1.769	64,14	62,33-65,91
30-39	797	28,90	27,23-30,61
40 ou mais	192	6,96	06,06-07,97
Cor da pele (n=2.674)			
Branca	1.911	71,47	69,72-73,14
Preta	264	9,87	08,79-11,06
Amarela/indígena	40	1,50	01,09-02,03
Parda	459	17,17	15,78-18,64
Escolaridade (anos de estudo) (n=2.189)			
0-4	421	19,23	17,63-20,93
5-8	917	41,89	39,83-43,97
9-11	712	32,53	30,59-34,52
12 ou mais	139	6,35	05,40-07,45
Situação Conjugal (n=2.583)			
Solteira/viúva	919	35,58	33,75-37,44
Casada/união estável	1.664	64,42	62,55-66,24
Período Gestacional (n=2.603)			
1° Trimestre	926	35,57	33,75-37,43
2° Trimestre	964	37,03	35,19-38,90
3° Trimestre	713	27,39	25,71-29,13
Deficiência/Transtorno (n=1.820)			
Não	1.719	94,45	93,29-95,41
Sim	101	5,55	04,58-06,70
Autor da agressão			
Alcoolizado (n=2.071)			
Não	845	40,80	38,70-42,93
Sim	1.226	59,20	57,06-61,29
Ciclo de vida (n=938)			
10-19	14	1,49	00,88-02,50
20-24	154	16,42	14,17-18,93
24-59	768	81,88	79,27-84,21
60 ou mais	2	0,21	00,05-00,85

A residência foi o local em que a maioria (83,51%) das mulheres sofreu violência. A violência física (85,14%) foi a mais notificada seguida da psicológica (56,50%), negligência ou abandono (5,59%), tortura (5,08%), sexual (4,63%) e financeira (2,86%). A “violência de repetição” ocorreu com mais da metade das gestantes (63,89%). Entre as consequências dessas violências, foram notificadas, gestantes com estresse pós-traumático (25,81%), transtorno comportamental (6,35%) e aborto (2,86%). A Tabela 2 apresenta as características relacionadas à violência contra as gestantes.

Tabela 2 – Características relacionadas a violência por parceiro íntimo contra gestantes notificadas no SINAN. Região Sul, Brasil, 2009-2016.

Variáveis	n	%	IC 95%
Local de ocorrência da violência (n=2.668)			
Residência/habitação coletiva	2.228	83,51	82,05-84,86
Via pública	268	10,04	08,95-11,24
Outros	172	6,45	05,57-07,44
Hora ocorrência (n=1.770)			
Manhã	303	17,12	15,43-18,94
Tarde	401	22,66	20,76-24,66
Noite	761	42,99	40,70-45,31
Madrugada	305	17,23	15,54-19,06
Ocorreu outras vezes (n=2.379)			
Não	859	36,11	34,19-38,06
Sim	1.520	63,89	61,93-65,80
Violência			
Psicológica (n=1.738)			
Não	756	43,50	41,18-45,84
Sim	982	56,50	54,15-58,81
Física (n=2.422)			
Não	360	14,86	13,50-16,33
Sim	2.062	85,14	83,66-86,49
Tortura (n=1.712)			
Não	1.625	94,92	
Sim	87	5,08	
Sexual (n=1.706)			
Sim	79	4,63	03,72-05,73
Não	1.627	95,37	94,26-96,27
Violência financeira (n=1.713)			
Sim	49	2,86	02,16-03,76
Não	1.664	97,14	96,23-97,83
Negligência/abandono (n=1.716)			
Não	1.620	94,41	93,21-95,39
Sim	96	5,59	04,60-06,78

Consequências *

Aborto (n=1.015)			
Sim	29	2,86	01,99-04,08
Não	986	97,14	95,91-98,00
IST(n=636)			
Sim	2	0,31	00,07-01,25
Não	634	99,69	98,74-99,92
Tentativa de suicídio (n=724)			
Sim	6	0,83	00,37-01,83
Não	718	99,17	98,16-99,62
Transtorno mental (n=720)			
Sim	9	1,25	00,65-02,38
Não	711	98,75	97,61-99,34
Transtorno comportamental. (n=724)			
Sim	46	6,35	04,78-08,38
Não	678	93,65	91,61-95,21
Estresse pós-traumático(n=740)			
Sim	191	25,81	22,77-29,09
Não	549	74,19	70,90-77,22

*presentes nas notificações até junho de 2015

A força corporal ou espancamento foram os meios de agressão mais utilizados pelo parceiro íntimo em (80,57%) das gestantes; seguida de ameaça (34,95%) e 6,74% tiveram enforcamento como meio de agressão. Destacam-se os quinze óbitos ocorridos em decorrência da violência por parceiro íntimo entre gestantes. Estes e outros meios de agressão estão representados na Tabela 3.

Tabela 3 – Características relacionadas a violência por parceiro íntimo contra gestantes notificadas pelo SINAN. Região Sul, Brasil, 2009-2016.

Variáveis	n	%	IC 95%
Meios de Agressão			
Força corporal/espancamento (n=2.707)			
sim	2.181	80,57	79,03-82,01
não	526	19,43	17,98-20,96
Enforcamento (n=2.640)			
sim	178	6,74	05,84-07,76
não	2.462	93,26	92,23-94,15
Objeto contundente (n=2.636)			
sim	133	5,05	04,27-05,95
não	2.503	94,95	94,04-95,72
Objeto perfuro-cortante (n=2.636)			
sim	163	6,18	05,32-07,17
não	2.473	93,82	92,82-94,67

Substância/Objeto quente (n=2.644)			
sim	18	0,68	00,42-01,07
não	2.626	99,32	98,92-99,57
Envenenamento (n=2.641)			
Sim	4	0,15	00,05-00,40
não	2.637	99,85	99,59-99,94
Arma de fogo (n=2.640)			
sim	53	2,01	01,53-02,61
não	2.587	97,99	97,38-98,46
Ameaça (n=2.659)			
sim	929	34,95	33,14-36,77
não	1.730	65,06	63,22-66,85
Evolução (n=1.389)*			
Alta	1.341	96,54	95,44-97,38
Evasão	33	2,38	01,69-03,32
Óbito em decorrência da violência	15	1,08	00,65-01,78

*presentes nas notificações até junho de 2015

A associação entre a recorrência da violência de repetição contra gestante e variáveis de exposição, se fez presente ao analisar as notificações utilizando-se a análise bivariada e multivariada. Nesta última, observou-se que as gestantes no período do terceiro trimestre de gestação apresentaram chance 1,82 vezes mais de sofrer violência de repetição comparada às gestantes do primeiro trimestre (RC: 1,82 IC95%: 1,30-2,54). Quando o autor estava sob uso de álcool, a gestante apresentava 84% mais chance (RC: 1,84 IC95%: 1,43-2,37) de sofrer violência recorrente comparada às gestantes que informaram que o parceiro íntimo não estava sob efeito de álcool. A violência psicológica se associa à repetição duas vezes mais chance quando comparada às outras gestantes que sofreram outros tipos de violências (RC: 1,98 IC95%: 1,54-2,55), conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 – Características dos meios de repetição utilizados em violência por parceiro íntimo contra as mulheres gestantes notificadas pelo SINAN. Região Sul, Brasil, 2009-2016.

Variável	Não ajustada		Modelo 1		Modelo Final	
	RC (IC95%)	p	RC (IC95%)	p	RC (IC95%)	p
Situação conjugal		0,005		0,765	-	
Solteira/viúva	1,00		1,00			
Casada/união estável	1,28 (1,07-1,53)		1,04 (0,76-1,44)			
Deficiência/Transtorno		0,278	-		-	
Não	1,00					
Sim	1,29 (0,81-2,05)					

Violência física		0,010	0,271	-
Não	1,00		1,00	
Sim	1,39 (1,08-1,80)		0,71 (0,39-1,30)	
Violência psicológica		<0,001	0,001	<0,001
Não	1,00		1,00	1,00
Sim	2,21 (1,78-2,76)		1,69 (1,24-2,32)	1,98 (1,54-2,55)
Violência sexual		0,507	-	-
Sim	1,00			
Não	1,18 (0,72-1,93)			
Violência negligência/ abandono		0,936	-	-
Não	1,00			
Sim	1,02 (0,62-1,67)			
Autor alcoolizado		<0,001	0,004	<0,001
Não	1,00		1,00	1,00
Sim	1,90 (1,57-2,30)		1,58 (1,16-2,15)	1,84 (1,43-2,37)

DISCUSSÃO

O presente estudo é relevante na investigação da VPI em gestantes no Sul do Brasil, analisando a violência sofrida, características sociodemográficas e dos meios de agressão. Quanto ao perfil sociodemográfico das mulheres que realizaram a notificação (n= 2.758), a maioria das gestantes são adultas jovens, com cinco a oito anos de estudos completos, cor de pele branca, casadas ou com união estável. Destaca-se como principal achado a ocorrência da violência de repetição relatado por mais da metade das gestantes, estar no terceiro trimestre de gestação aumenta a chance 1,82 vezes mais de sofrer violência de repetição comparada às gestantes do primeiro trimestre. A violência psicológica se associa à repetição duas vezes mais chance quando comparada às outras gestantes que sofreram outros tipos de violências. E, o uso do álcool pelo autor aumentou em 84% mais chance de sofrer violência recorrente comparada às gestantes que informaram que o parceiro não estava sob efeito de álcool.

A proporção de mulheres adultas jovens que sofreram VPI durante a gestação, neste estudo, foi semelhante aos achados relatados em outras pesquisas que encontraram os maiores percentuais de violências na segunda e terceira década de vida da mulher⁽²²⁻²⁵⁾. No entanto, na Turquia, estudo aponta faixa etária de 45 a 49 anos como fator de risco para esse tipo de violência⁽²⁴⁾. Na literatura não há concordância sobre faixa etária da gestante, jovem ou

avançada, ser um fator de risco para a ocorrência da violência. A comparação entre estudos é prejudicada, pois a idade das gestantes é geralmente organizada em diferentes arranjos de faixas etárias, não existindo uma padronização.

Em relação a cor da pele branca ser mais prevalente entre as gestantes que sofreram VPI (71,47%), destaca-se a possibilidade dos resultados serem influenciados em decorrência à predominância da população da região Sul ser autodeclarada branca⁽²⁶⁾.

É importante reconhecer que as disparidades raciais na vitimização por VPI são observadas em diversas pesquisas, sendo resultante de uma estruturação de relações patriarcais da sociedade, ao mesmo tempo que da construção histórica e estrutural do racismo na sociedade brasileira⁽²⁷⁻²⁹⁾.

Nesta pesquisa, a maioria das gestantes (41,89%) tinham até oito anos de estudo. A correlação entre o menor nível de escolaridade e a vitimização é apontada por pesquisas, assim como a alta escolaridade pode ser um fator protetivo para estas mulheres^(24, 30-33).

Entre os resultados relacionados à situação conjugal das gestantes, as casadas/união estável aparecem com maior proporção (64,42%). Mesmo com os episódios de violência, há desejo da manutenção do casamento para o cuidado dos filhos e da família, relata pesquisa que identificou alta prioridade das gestantes que sofriam violência em manter a relação, em vez da separação, apesar dos benefícios do apoio social para mulheres vítimas de violência durante a gravidez, a maioria das mulheres hesita em procurar ajuda e, se o faz, procura principalmente seus parentes em busca de apoio⁽³⁴⁾. O sentimento de ambivalência da gestante sobre o seu relacionamento também foi citado como um impedimento para agir, se separar ou buscar ajuda⁽³⁵⁾.

De acordo com a natureza dos atos violentos, a maior parte das gestantes sofreram violência física (85,14%), sendo os meios de agressão mais utilizados a força corporal/espancamento (80,57%), seguido do enforcamento (6,74%), utilização de objetos perfuro cortante (6,18%) e contundente (5,05), arma de fogo (2,01%), substância/objeto quente (0,68) e, não ficando de fora, o envenenamento (0,15%). Situação refletida no Nepal, em que 87,5% das grávidas experimentaram de seus parceiros empurrões, sacudidas, socos, esbofeteadas, sendo arrastadas com puxões de cabelo, chutes, espancamentos e objetos jogados contra elas⁽³⁶⁾.

Dados encontrados na literatura apontam que a violência física é a mais notificada, mas dificilmente as mulheres vivenciam apenas um tipo de violência^(37, 38). Logo, as gestantes estão expostas a vários tipos de violência, uma vez que estas se sobrepõem. Estudo revela que

a violência física contra a mulher é o principal fator de risco para o feminicídio, após encontrar que setenta e nove por cento (220/279) das vítimas de feminicídio com idades entre 18 e 50 anos e 70% do total de 307 casos de feminicídio foram abusados fisicamente pelo parceiro antes de suas mortes, em comparação com 10% do grupo de mulheres de controle elegíveis⁽³⁹⁾.

Perante este contexto, é importante destacar os 15 óbitos de gestantes em decorrência da violência. No Brasil, de 2003 a 2013 houve aumento dos feminicídios no Brasil, com predomínio de incidência no âmbito familiar e de autoria dos parceiros⁽⁴⁰⁾.

O feminicídio é uma causa importante, mas muitas vezes não relatada, de mortalidade materna, Mcfarlane et al.⁽¹⁾, constatou que o risco de se tornar uma vítima de tentativa/femicídio foi três vezes maior (RC 3,08, IC 95% 1,86, 5,10) para mulheres abusadas durante a gravidez, valores ajustados para idade, etnia, educação e status de relacionamento. O abuso físico durante a gravidez deve ser visto como um fator de risco importante para a tentativa ou feminicídio.

Quando os atos de agressão não levam a morte, eles deixam sérias consequências. Assim como apontado pela literatura^(41,42), este estudo encontrou como características mais prevalentes os de ordem psicológica - estresse pós-traumático (25,81%), transtorno comportamental (6,35%), transtorno mental (1,25%) e tentativa de suicídio (0,83%). A exposição à violência contribui para a gênese e agravamento das condições de saúde mental, e os problemas de saúde mental existentes aumentam a vulnerabilidade à violência praticada pelo parceiro, isso acarreta em um ciclo que aprisiona as vítimas e perpetua o abuso⁽⁴²⁾. Ademais, sabe-se que os desfechos negativos ocasionados pela violência trazem riscos de morbidades maternas e fetais^(19, 33), como consequências ginecológicas observadas no presente estudo, aborto e IST, corroboram achados em estudos semelhantes⁽⁴²⁻⁴⁴⁾.

Pretendeu-se neste estudo avaliar quais fatores se relacionam à violência por parceiro íntimo de repetição, ou seja, que tenha ocorrido mais de uma vez, conforme preenchimento no campo 53 da ficha de notificação. Das 2.379 notificações preenchidas como recorrente, mais da metade apresentou a ocorrência de violência de repetição (63,89%). O mesmo foi identificado em estudo internacional, no qual demonstra que 61% das gestantes enfrentam violência regularmente⁽³⁶⁾.

Foi possível evidenciar por meio da análise multivariada, que a recorrência foi significativamente associada à violência ter ocorrido no terceiro trimestre da gestação, ter sofrido violência psicológica e o parceiro íntimo estar sob efeito de álcool.

Quando analisados a violência sofrida e o período gestacional os resultados desta pesquisa, apontam informação interessante. As mulheres que estavam no primeiro e segundo trimestre (35,57% ; 37,03%) sofreram mais violência em relação às que estavam no terceiro trimestre (27,39%). O mesmo foi achado em outra pesquisa⁽⁴⁵⁾. Porém esta pesquisa, não é longitudinal, assim não valia as gestantes em diferentes tempos gestacionais, o que dificulta a comparação dos dados. Demonstra-se que no período do terceiro trimestre de gravidez, a gestante tem duas vezes mais chance de sofrer recorrência da violência quando comparado ao primeiro trimestre de gestação. Fato este que pode ser causado pela maior vulnerabilidade da mulher ao final da gestação, e ter sido violentada também nos primeiros trimestres⁽⁴⁵⁾.

Seguida da violência física, mais prevalente neste estudo, foi identificada a violência psicológica em mais da metade das notificações (56,20%). No entanto, alguns estudos identificam o percentual de violência psicológica (48,4%) como sendo o mais elevado entre as gestantes⁽⁴⁶⁾. A identificação e notificação deste tipo de violência é delicada, pela naturalização nos relacionamentos e, também, pela falta de sinais físicos, o que dificulta a comprovação pela vítima da violência sofrida⁽³⁷⁾. No de 2021, houve avanços no Código Penal, que inclui como crime a violência psicológica contra a mulher - “*que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões*”. Este é um grande avanço na luta contra VPI, visto o grande número de mulheres que a vivenciam e a qualificam como sendo a mais difícil de suportar⁽⁴⁷⁾. A violência psicológica se apresenta, através da análise multivariada, em duas vezes mais chance de repetição que as demais violências sofridas pelas gestantes, o que hipoteticamente, pode ser explicada pelo fato de ser precedida de outras violências como a física e sexual.

O uso de álcool pelo parceiro íntimo se apresentou em 59,20% das notificações de violência. Estudo no Espírito Santo apontou a relação de homens que ingeriam bebida alcoólica e eram considerados controladores, com elevadas taxas de perpetração de violência psicológica e física contra a gestante⁽⁴⁷⁾. O uso de álcool e drogas são características comuns encontradas nos agressores e aumentam significativamente o risco de perpetuação de violência contra a parceira⁽⁴⁸⁾.

O consumo de álcool pelo parceiro íntimo, aumenta em duas vezes mais chance de haver violência recorrente em comparação ao parceiro que não estava sob efeito do álcool. O álcool proporciona um efeito fisiológico desinibidor, no qual resulta em comportamento violento, associando-se em consequências sérias diante da violência contra a gestante. Quanto

maior o nível de consumo do álcool mais reincidentes e graves serão as lesões e consequência das violências⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾.

Importante relatar neste estudo que as notificações são fundamentais para a visibilidade das violências, principalmente as que atingem as mulheres, colaborando e promovendo as discussões que precisam ser realizadas no âmbito social, incentivadas pelas Políticas Públicas. Contribuindo, entretanto, para uma conscientização, sensibilização, respeito e mudança de cultura, ao enfrentamento às violências, e à equidade de gênero.

Identificado como uma limitação do estudo a utilização de duas versões da ficha com informações faltantes em uma das versões. Os dados extraídos das notificações de violência, podem não representar a totalidade do acontecimento, considerando a subnotificação que, seja pela dificuldade de identificar os episódios nos atendimentos, seja pelo não registro da violência.

Utilizou-se de dados quantitativos das notificações para a realização deste tipo de estudo, como forma de corroborar com a temática, expondo a importância e necessidade de um aprofundamento com estudos qualitativos, com o objetivo de proporcionar a compreensão detalhado do contexto e divulgação de novos fatores relacionados às violências contra as mulheres, com ênfase nas gestantes.

Concluiu-se que a violência por parceiro íntimo é comum durante a gravidez. E, diante de todas as particularidades que uma gestação pode apresentar, estas mulheres estão expostas a violências que contribuem com enormes agravos à saúde física e emocional, promovendo uma vulnerabilidade ainda maior. Os achados deste estudo sugerem que as estratégias de prevenção da violência contra a gestante devem incluir a identificação das mulheres com baixo suporte social, situação que coloca as gestantes em risco para todos os tipos de violência investigados.

REFERÊNCIAS

1. McFarlane J, Campbell JC, Sharps P, Watson K. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. *Obstetrics & Gynecology*. 2002;100(1):27-36.
2. Berhanie E, Gebregziabher D, Berihu H, Gerezgiher A, Kidane G. Intimate partner violence during pregnancy and adverse birth outcomes: a case-control study. (1742-4755 (Electronic)).

3. Clarke S, Richmond R, Black E, Fry H, Obol JH, Worth H. Intimate partner violence in pregnancy: a cross-sectional study from post-conflict northern Uganda. *BMJ Open*. 2019;9(11):e027541.
4. 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.
5. Azene ZN, Yeshita HY, Mekonnen FA. Intimate partner violence and associated factors among pregnant women attending antenatal care service in Debre Markos town health facilities, Northwest Ethiopia. *PLOS ONE*. 2019;14(7):e0218722.
6. Islam MA-O, Broidy L, Mazerolle P, Baird K, Mazumder N. Exploring Intimate Partner Violence Before, During, and After Pregnancy in Bangladesh. (1552-6518 (Electronic)).
7. Okour AM, Badarneh R. Spousal violence against pregnant women from a Bedouin community in Jordan. (1931-843X (Electronic)).
8. Audi CA, Segall-Corrêa Am Fau - Santiago SM, Santiago Sm Fau - Pérez-Escamilla R, Pérez-Escamilla R. Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. (1532-3099 (Electronic)).
9. Conceição HNd, Coelho SF, Madeiro AP. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo na gestação em Caxias, Maranhão, 2019-2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2021;30(2).
10. Rachana C, Suraiya K Fau - Hisham A-S, Hisham As Fau - Abdulaziz A-M, Abdulaziz Am Fau - Hai A, Hai A. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. (0301-2115 (Print)).
11. Castro R, Peek-Asa C, Ruiz A. Violence against women in Mexico: a study of abuse before and during pregnancy. *American journal of public health*. 2003;93(7):1110-6.
12. Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *Journal of women's health (2002)*. 2015;24(1):100-6.
13. Santos S, Lovisi G, Valente C. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Coletiva*2010. p. 483-93.
14. Hedin LW. [Abuse of women is a public health problem. All female patients over the age of 14 should be part of a routine screening program]. *Lakartidningen*. 2002;99(20):2268-9, 72-4.
15. Menezes TC, Amorim MMRd, Santos LC, Faúndes A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2003;25(5):309-16.

16. Valladares E, Peña R Fau - Persson LA, Persson La Fau - Högberg U, Högberg U. Violence against pregnant women: prevalence and characteristics. A population-based study in Nicaragua. (1470-0328 (Print)).
17. Román-Gálvez RM, Martín-Peláez S, Martínez-Galiano JM, Khan KS, Bueno-Cavanillas A. Prevalence of Intimate Partner Violence in Pregnancy: An Umbrella Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(2).
18. Delziovo CR, Coelho EBS, Orsi E, Lindner SR. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23(5):1687-96.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIVA. Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada. Informações referentes às violências contra gestantes 2009-2016. 2018.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrutivo de Preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências. Brasília. 2009.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Instrutivo Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada. 2. Ed. Brasília. 2016.
22. Gebrezgi BH, Badi MB, Cherkose EA, Weldehaweria NB. Factors associated with intimate partner physical violence among women attending antenatal care in Shire Endasellasse town, Tigray, northern Ethiopia: a cross-sectional study, July 2015. *Reproductive health*. 2017;14(1):e76-e.
23. Tho Tran N, Nguyen HTT, Nguyen HD, Ngo TV, Gammeltoft T, Rasch V, et al. Emotional violence exerted by intimate partners and postnatal depressive symptoms among women in Vietnam: A prospective cohort study. *PloS one*. 2018;13(11):e0207108-e.
24. Rurangirwa AA, Mogren I, Ntaganira J, Krantz G. Intimate partner violence among pregnant women in Rwanda, its associated risk factors and relationship to ANC services attendance: a population-based study. *BMJ Open*. 2017;7(2):e013155.
25. Barber JS, Kusunoki Y, Gatny HH, Budnick J. The Dynamics of Intimate Partner Violence and the Risk of Pregnancy during the Transition to Adulthood. *American Sociological Review*. 2018;83(5):1020-47.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico de 2010: dados preliminares do universo. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares/default_resultados_preliminares.shtm .

27. Kivisto AJ, Mills S, Elwood LS. Racial Disparities in Pregnancy-associated Intimate Partner Homicide. *Journal of Interpersonal Violence*. 2021:0886260521990831.
28. Barroso M. Structural violence against women in Belo Monte: what official data (does not) reveal. *Magazine in Agenda*2019. p. Magazine in Agenda.
29. Borges M, Lucas M, Silva P, Santos R. Violência Doméstica Contra a Mulher: estudo em uma metrópole da Amazônia. *O Social em Questão: PUC-Rio*; 2021.
30. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Are interventions focused on gender-norms effective in preventing domestic violence against women in low and lower-middle income countries? A systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*. 2019;16(1):93.
31. Campos IdO, Magalhães YB, Angulo-Tuesta A. Mulheres em situações de violência doméstica acompanhadas em um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista do NUFEN*. 2020;12:116-38.
32. Martins, J. C. Determinantes da violência doméstica contra a mulher no Brasil. 2017. Dissertação (Mestrado em Economia Aplicada) – Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil.
33. Estefó A S, Mendoza-Parra S, Sáez C K. Violencia física en el embarazo: realidad en el extremo sur de Chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2014;79:396-407.
34. Sigalla GN, Mushi D, Gammeltoft T. “Staying for the children”: The role of natal relatives in supporting women experiencing intimate partner violence during pregnancy in northern Tanzania – A qualitative study. *PLOS ONE*. 2018;13(6):e0198098.
35. Haggerty LA, Kelly U, Hawkins J, Pearce C, Kearney MH. Pregnant Women's Perceptions of Abuse. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2001;30(3):283-90.
36. Gurung S, Acharya J. Gender-based Violence Among Pregnant Women of Syangja District, Nepal. *Osong Public Health and Research Perspectives*. 2016;7(2):101-7.
37. Acosta DF, Gomes VLdO, Oliveira DCd, Marques SC, Fonseca ADd. Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2018;39.
38. Gomes NP, Erdmann AL. Conjugal violence in the perspective of "Family Health Strategy" professionals: a public health problem and the need to provide care for the women. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2014;22(1):76-84.
39. Campbell JC, Webster D, Koziol-McLain J, Block C, Campbell D, Curry MA, et al. Risk Factors for Femicide in Abusive Relationships: Results From a Multisite Case Control Study. *American Journal of Public Health*. 2003;93(7):1089-97.

40. Waiselfisz, J.J. (Org.). Mapa da Violência 2015: Homicídio de Mulheres no Brasil. Brasília. 2015.
41. Lourenço, L. M. & Costa, D. P. (2020). Violência entre Parceiros Íntimos e as implicações para a saúde da mulher. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*. 13(1), e130109. <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2020130109>.
42. Mazza M, Marano G, Del Castillo AG, Chieffo D, Monti L, Janiri D, et al. Intimate partner violence: A loop of abuse, depression and victimization. *World journal of psychiatry*. 2021;11(6):215-21.
43. Lawoko S. Predictors of attitudes toward intimate partner violence: a comparative study of men in Zambia and Kenya. (0886-2605 (Print)).
44. McClintock HF, Dulak SL. Intimate Partner Violence and Sexually Transmitted Infections Among Women in Sub-Saharan Africa. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2021;23(2):191-8.
45. Bhatta N, Assanangkornchai S, Rajbhandari I. Does husband's alcohol consumption increase the risk of domestic violence during the pregnancy and postpartum periods in Nepalese women? *BMC Public Health*. 2021;21(1):5.
46. Ribeiro MRC, Silva AAMd, Alves MTSSdBe, Batista RFL, Ribeiro CCC, Schraiber LB, et al. Effects of Socioeconomic Status and Social Support on Violence against Pregnant Women: A Structural Equation Modeling Analysis. *PLOS ONE*. 2017;12(1):e0170469.
47. Amarijo CL, Figueira AB, Ramos AM, Minasi ASA. Relações de poder nas situações de violência doméstica contra a mulher: tendência dos estudos. *Revista Cuidarte*. 2020;11.
48. Bailey BA, Daugherty RA. Intimate partner violence during pregnancy: incidence and associated health behaviors in a rural population. *Matern Child Health J*. 11(5):495-503.
49. Mascarenhas MDM, Tomaz GR, Meneses GMSd, Rodrigues MTP, Pereira VOdM, Corassa RB. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2020;23.
50. Crane CA, Godleski SA, Przybyla SM, Schlauch RC, Testa M. The Proximal Effects of Acute Alcohol Consumption on Male-to-Female Aggression: A Meta-Analytic Review of the Experimental Literature. (1552-8324 (Electronic)).
51. Wilson IM, Graham K, Taft A. Living the cycle of drinking and violence: A qualitative study of women's experience of alcohol-related intimate partner violence. (1465-3362 (Electronic)).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu, por meio das análises dos registros contidos nas fichas de notificações de violências contra mulheres no Sul do Brasil, identificar que as violências contra as gestantes é um fenômeno comum e, que demonstram as desigualdades de gênero.

Identificou-se, por meio dos registros, que as gestantes em situação de violência por parceiro íntimo no Sul do Brasil, se apresentam, em sua maioria, de cor de pele branca, com escolaridade de cinco a oito anos de estudos, casadas ou união estável; e, grande parte delas sofreram violências por parceiro íntimo no primeiro e segundo trimestres de gestação.

Tendo como um importante achado, a violência de repetição relatada por mais da metade das gestantes. Demonstrando, desta forma, a situação de vulnerabilidade em que as mulheres, principalmente na gestação, se apresentam frente as violências por parceiro íntimo.

Das violências sofridas, os tipos que mais predominou foi a física e a psicológica. A violência física foi o tipo mais sofrido pela gestante, evidenciando como meios de agressões utilizados, a força corporal ou espancamento. Destacando, como consequência os 15 óbitos em decorrência deste tipo de violência, o feminicídio de gestantes, a mais grave expressão das violências. O abuso físico durante a gravidez deve ser visto como um fator de risco importante para a tentativa ou feminicídio.

Quanto aos fatores associados relacionados a violência por parceiro íntimo de repetição contra a gestante, a violência psicológica esteve fortemente associada a violência de repetição, se mostrando um alerta por ser uma precursora para os demais tipos de violência. Demonstrando-se também no terceiro trimestre de gestação, com duas vezes mais chance de sofrer violência de repetição comparado ao primeiro e segundo trimestre.

Ainda, significativamente associada à violência de repetição, está o uso do álcool pelo autor, no qual aumentou em duas vezes mais chance de sofrer violência recorrente comparada às gestantes que informaram que o parceiro não estava sob efeito de álcool. Tais achados expõe a necessidade de apoio com serviços que identifiquem as violências e realizem o atendimento integral destas mulheres, para que vivenciem sua gestação da forma mais harmoniosa possível.

Este tipo de estudo, utilizando dados de notificação, evidencia a importância dos dados quantitativos explorados, porém essa temática necessita de aprofundamento para a compreensão detalhada do fenômeno, do contexto e demais características que influenciam. Sendo importantes também estudos qualitativos com objetivo de destacar novos aspectos

relacionados às violências contra as mulheres, com ênfase nas gestantes.

Diante do exposto e relevância do estudo, é necessário considerar a importância das notificações para o alcance e visibilidade das violências, com inclusão de discussão voltada à temática, para prática de Políticas Públicas para a prevenção e enfrentamento das violências. Com o objetivo de ampliar e definir estratégias, visando ações que impactem na formação social e atuem na redução das violências intrafamiliares.

REFERÊNCIAS

1. KRUG, E. G. et al. Relatório mundial sobre a violência e saúde. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2002.
2. DE SOUSA, Grazielly Mendes; DAMASCENO, Kamilla Chrystina Ferreira; BORGES, Lívia de Carvalho Farias. Estratificação dos tipos de violência notificados pelo SINAN, no município de Porto Nacional, TO, em 2014. **Revista Interface (Porto Nacional)**, n. 11, 2016.
3. WHO, World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2).
4. WHO, World Health Organization. Global Status Report on Violence Prevention. 2014a.
5. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília (DF): Presidência da República; 2011.
6. 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.
7. 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.
8. WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2015: Homicídio de Mulheres no Brasil.** Brasília. 2015.
9. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã.** 2011.
10. Tho Nhi T, Hanh NTT, Hinh ND, Toan NV, Gammeltoft T, Rasch V, Meyrowitsch DW. Intimate Partner Violence among Pregnant Women and Postpartum Depression in Vietnam: A Longitudinal Study. *Biomed Res Int.* 2019 Apr 24;2019:4717485. doi: 10.1155/2019/4717485. PMID: 31179324; PMCID: PMC6507254.
11. Ashenafi W, Mengistie B, Egata G, Berhane Y. Prevalence and Associated Factors of Intimate Partner Violence During Pregnancy in Eastern Ethiopia. *Int J Womens Health.* 2020 May 5;12:339-358. doi: 10.2147/IJWH.S246499. PMID: 32440229; PMCID: PMC7221416.
12. CARNEIRO, Jackelyne Faienstein et al. Violência física pelo parceiro íntimo e uso inadequado do pré-natal entre mulheres do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 243-255, 2016.

13. ESTEFÓ, Silvana; MENDOZA-PARRA, Sara; SÁEZ, Katia. Violencia física en el embarazo: realidad en el extremo sur de Chile. **Revista chilena de obstetricia y ginecología**, v. 79, n. 5, p. 396-407, 2014.
14. SANTOS, Siellen Mayane Almeida Barreto et al. Prevalência e Perfil de mulheres grávidas que sofreram violência física Prevalence and profile of pregnant women who suffered physical violence. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 401-407, 2017.
15. FONSECA-MACHADO, Mariana de Oliveira et al. Sob a sombra da maternidade: gravidez, ideação suicida e violência por parceiro íntimo. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 37, p. 258-264, 2015.
16. VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Fatores associados à agressão física em gestantes e os desfechos negativos no recém-nascido. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 1, p. 83-90, 2013.
17. Ferdos J, Rahman MM, Jesmin SS, Rahman MA, Sasagawa T. Association between intimate partner violence during pregnancy and maternal pregnancy complications among recently delivered women in Bangladesh. *Aggress Behav.* 2018 May;44(3):294-305. doi: 10.1002/ab.21752. Epub 2018 Feb 7. PMID: 29417590.
18. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília (DF): Presidência da Republica; 2011.
19. 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.
20. Brasil.Secretaria de Políticas para as Mulheres. Políticas Publicas para as Mulheres. http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2012/politicas_publicas_mulheres2012.
21. ARDAILLON, D.. O Aborto nas Pesquisas das Ciências Sociais: Objeto ou Instrumento? In: *Novas Legalidades e Democratização da Vida Social: Família, Sexualidade e Aborto.* Garamond. Rio de Janeiro. 269-280. 2005.
22. SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, São Paulo, v.20, n.2, p. 71-99, 1995.
23. Mello A, Bittencourt, Diego Ramires. Violência contra a mulher, direitos humanos e gênero uma leitura da Lei Maria da Penha <http://jus.com.br/artigos/28394/violencia-contra-a-mulher-direitos-humanos-e-genero> 2014.
24. Azambuja MPRd, Nogueira C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. *Saúde e Sociedade.* 2008;17:101-12.

25. Organização das Nações Unidas. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres. 1979.
26. Organização das Nações Unidas. Segunda Conferência Mundial sobre a Mulher Copenhague ,Dinamarca1980.
27. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948.
28. Organização das Nações Unidas. Terceira Conferência Mundial Sobre a Mulher Nairóbi1985.
29. Organização das Nações Unidas. Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher. Genebra1993.
30. Monteiro FJ. Mulheres agredidas pelos maridos: de vítimas a sobreviventes.2000.
31. 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.
32. Schraiber LB, d'Oliveira,Ana Flávia Lucas Pires. Violência contra mulheres:interfaces com a Saúde. Interface Comunicação, Saúde, Educação, v3 , n5, 1999.
33. Pandjarian V. Balanço de 25 anos da legislação sobre a violência contra as mulheres no Brasil. 2005.
34. Pimentel S. Convenção sobre a Eliminação de T Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Dis- ormas de Discriminação contra a Mulher criminação contra a Mulher - Cedaw 1979 - Apresentação. http://wwwcompromissoeatitudeorgbr/wp-content/uploads/2012/11/SPM2006_CEDAW_portuguespdf [Internet]. 1979.
35. Brasil.Secretaria de Políticas para as Mulheres.Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf2005.
36. Catarina PpnedvreUFdS, organização EBSCeaFUFdSC, 2014. 51 p.
37. IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2005. n. 10.
38. PINTO, Lucielma Salmito Soares et al. Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1501-1508, 2017.
39. 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).

40. 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.
41. Mulheres BSdPpa. Conheça a lei que protege as mulheres da violência doméstica e familiar. Lei Maria da Penha. Lei 11.340/2006. http://www.mulheresdireitos.org.br/publicacoes/LMP_web.pdf2012.
42. 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.
43. Flury M, Nyberg E, Riecher-Rossler A. Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Med Wkly*. 2010;140:w13099.
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. COELHO, Elza Berger Salema; SILVA, Anne Caroline Luz Grüttner da; LINDNER, Sheila Rubia. Violência por parceiro íntimo: definições e tipologias. 2018.
46. MINAYO, M. C. S. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 132 p. (Temas em saúde collection).
47. FOUCAULT, M. História da Sexualidade 2: O Uso dos Prazeres. 2ª ed. - Rio de Janeiro/ São Paulo: Paz e Terra, 2017.
48. Brasil. Ministérios da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
49. ZUMA, C. E. et. al.. Violência de gênero na vida adulta. In: Impactos da Violência na Saúde. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro. p. 149-85. 2013.
50. Fonseca-Machado, Mariana de Oliveira. Violência na gestação e saúde mental de mulheres que são vítimas de seus parceiros [tese]. Ribeirão Preto: , Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2014 [citado 2020-08-16]. doi:10.11606/T.22.2014.tde-08012015-101617.
51. Silva MA, Falbo GH Neto, Figueiroa JN, Cabral JE Filho. [Violência contra a mulher: prevalência e fatores associados em pacientes de um serviço público de saúde no Nordeste brasileiro]. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(2):264-72. Inglês.
52. ROCHA, Roberta Garcia; SENRA, Luciana Xavier. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E O FEMINICÍDIO. **REMAS-Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 87-96, 2017.
53. CAVALCANTI, L. F. et. al.. Violência de Gênero contra a Mulher e a Disseminação de Material Educativo. **Revista Saúde em Foco**. v.1. n.1. 2016.

54. SILVA, A.C.L.G da; COELHO, E. B. S.; NJAINE, K.. Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 19(4):1255-1262, 2014.
55. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*. V.359, n. 9313, p. 1232-7, 2002.
56. 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*, v. 11, n. 1, p. 621, 2011.
57. MOEINI, Babak et al. Social determinants of intimate partner violence among Iranian pregnant women. *Koomesh*, v. 20, n. 2, p. 350-357, 2018.
58. KHAIRONISAK, H. et al. Prevalence, risk factors, and complications of violence against pregnant women in a hospital in Peninsular Malaysia. *Women & health*, v. 57, n. 8, p. 919-941, 2017.
59. ISLAM, Md Jahirul et al. Exploring the prevalence and correlates associated with intimate partner violence during pregnancy in Bangladesh. *Journal of interpersonal violence*, p. 0886260517730029, 2017.
60. Oche OM, Adamu H, Abubakar A, Aliyu MS, Dogondaji AS. Intimate Partner Violence in Pregnancy: Knowledge and Experiences of Pregnant Women and Controlling Behavior of Male Partners in Sokoto, Northwest Nigeria. *Int J Reprod Med*. 2020 Mar 6;2020:7626741. doi: 10.1155/2020/7626741. PMID: 32206671; PMCID: PMC7079217.
61. Clarke S, Richmond R, Black E, Fry H, Obol JH, Worth H. Intimate partner violence in pregnancy: a cross-sectional study from post-conflict northern Uganda. *BMJ Open*. 2019 Nov 26;9(11):e027541. doi: 10.1136/bmjopen-2018-027541. PMID: 31772080; PMCID: PMC6887065. Clarke S, Richmond R, Black E, Fry H, Obol JH, Worth H. Intimate partner violence in pregnancy: a cross-sectional study from post-conflict northern Uganda. *BMJ Open*. 2019 Nov 26;9(11):e027541. doi: 10.1136/bmjopen-2018-027541. PMID: 31772080; PMCID: PMC6887065.
62. Chasweka R, Chimwaza A, Maluwa A. Isn't pregnancy supposed to be a joyful time? A cross-sectional study on the types of domestic violence women experience during pregnancy in Malawi. *Malawi Med J*. 2018 Sep;30(3):191-196. doi: 10.4314/mmj.v30i3.11. PMID: 30627355; PMCID: PMC6307055.
63. ARROM SUHURT, Cristina Haydée et al. Sintomatología depresiva en embarazadas víctimas de abuso sexual. *Mem. Inst. Invest. Cienc. Salud (Impr.)*, p. 82-87, 2015.
64. FIOROTTI, Karina Fardin et al. Prevalência e fatores associados à violência doméstica: estudo em uma maternidade de alto risco. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 27, n. 3, 2018.

65. Finnbogadóttir, H., Baird, K. & Thies-Lagergren, L. Resultados do nascimento em uma população sueca de mulheres que relatam uma história de violência, incluindo violência doméstica durante a gravidez: um estudo de coorte longitudinal. *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 183 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02864-5>.
66. Almeida FSJ, Coutinho EC, Duarte JC, Chaves CMB, Nelas PAB, Amaral OP, Parreira VC. Domestic violence in pregnancy: prevalence and characteristics of the pregnant woman. *J Clin Nurs*. 2017 Aug;26(15-16):2417-2425. doi: 10.1111/jocn.13756. Epub 2017 May 2. PMID: 28178385.
67. Pastor-Moreno Guadalupe, Ruiz-Pérez Isabel, Ricci-Cabello Ignacio. Historia de Violencia y Violencia de Compañero íntimo en mujeres embarazadas. Resultados en salud. *Index Enferm [Internet]*. 2018 Dic [citado 2020 Nov 15] ; 27(4): 191-195. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300003&lng=es. Epub 20-Ene-2020.
68. Masho SW, Rozario SS, Ferrance JL. Intimate Partner Violence Around the Time of Pregnancy and Utilization of WIC Services. *Matern Child Health J*. 2019 Dec;23(12):1648-1657. doi: 10.1007/s10995-019-02811-7. PMID: 31535257.
69. Alhusen JL, Frohman N, Purcell G. Intimate partner violence and suicidal ideation in pregnant women. *Arch Womens Ment Health*. 2015 Aug;18(4):573-8. doi: 10.1007/s00737-015-0515-2. Epub 2015 Mar 10. PMID: 25753680; PMCID: PMC4506210.
70. Ludermir AB, Araújo TVB, Valongueiro SA, Muniz MLC, Silva EP. Previous experience of family violence and intimate partner violence in pregnancy. *Rev Saude Publica*. 2017;51:85. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051006700. Epub 2017 Sep 21. PMID: 28954164; PMCID: PMC5602278.
71. Fekadu E, Yigzaw G, Gelaye KA, Ayele TA, Minwuye T, Geneta T, Teshome DF. Prevalence of domestic violence and associated factors among pregnant women attending antenatal care service at University of Gondar Referral Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Womens Health*. 2018 Aug 14;18(1):138. doi: 10.1186/s12905-018-0632-y. PMID: 30107793; PMCID: PMC6092801.
72. Amornrat Saito, Debra Creedy, Marie Cooke & Wendy Chaboyer (2013) Effect of Intimate Partner Violence on Antenatal Functional Health Status of Childbearing Women in Northeastern Thailand, *Health Care for Women International*, 34: 9, 757-774, DOI: [10.1080 / 07399332.2013 .794459](https://doi.org/10.1080/07399332.2013.794459).
73. Kassa ZY, Menale AW. Physical violence and associated factors during pregnancy in Yirgalem town, South Ethiopia. *Curr Pediatr Res*. 2016;20(1).
74. ANTONIOU, Evangelia; IATRAKIS, Georgios. Violência doméstica durante a gravidez na Grécia. **Jornal internacional de pesquisa ambiental e saúde pública**, v. 16, n. 21, pág. 4222, 2019.

75. AGUIAR, L. C. Violência na Gravidez: caracterização de casos em São Luís (MA) no ano de 2010. 2014. 79p. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Mestrado Profissional em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014.
76. Shrestha M, Shrestha S, Shrestha B. Domestic violence among antenatal attendees in a Kathmandu hospital and its associated factors: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Nov 21;16(1):360. doi: 10.1186/s12884-016-1166-7. PMID: 27871256; PMCID: PMC5117509.
77. PEREIRA-GOMES, N; ERDMANN, A; REBOUÇAS-GOMES, N; SILVA-MONTEIRO, D; SANTOS, R. M; MENEZES-COUTO, T. Apoio social à mulher em situação de violência conjugal. *Ver. Salud pública*, 17(6): 823-835. 2015.
78. LETTIERE, A; NAKANO, A. M. S; BITTAR, D. B. Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. *Acta Paul Enferm*, 25(4), p. 524-9. 2012.
79. DINIZ, N. M. F; GESTEIRA, S. M. A; LOPES, R. L. M; MOTA, R. S; PÉREZ, B. A. G; GOMES, N. P. Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. *Rev bras. enferm.*, 64(6): 1010-5. 2011.
80. SANTOS, A. G; NERY, I. S; RODRIGUES, D. C; MELO, A. S. Violência contra gestantes em delegacias especializadas no atendimento à mulher de Teresina- PI. *Ver. Rene*, 11(especial), p. 109-116. 2010.
81. Gürkan ÖC, Ekşi Z, Deniz D, Çırçır H. The Influence of Intimate Partner Violence on Pregnancy Symptoms. *J Interpers Violence*. 2020 Feb;35(3-4):523-541. doi: 10.1177/0886260518789902. Epub 2018 Jul 26. PMID: 30049233.
82. Pun, KD, Rishal, P., Darj, E. *et al.* Violência doméstica e resultados perinatais - um estudo de coorte prospectivo do Nepal. *BMC Public Health* **19**, 671 (2019).
83. SANTOS, Siellen Mayane Almeida Barreto et al. Prevalência e Perfil de mulheres grávidas que sofreram violência física Prevalence and profile of pregnant women who suffered physical violence. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 401-407, 2017.
84. Abdollahi F, Abhari FR, Delavar MA, Charati JY. Physical violence against pregnant women by an intimate partner, and adverse pregnancy outcomes in Mazandaran Province, Iran. *J Family Community Med*. 2015 Jan-Apr;22(1):13-8. doi: 10.4103/2230-8229.149577. PMID: 25657606; PMCID: PMC4317989.
85. Berhanie, E., Gebregziabher, D., Berihu, H. et al. Violência por parceiro íntimo durante a gravidez e resultados adversos do parto: um estudo caso-controle. *Reprod Health* 16, 22 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0670-4>.
86. Tran Tho Nhi, Nguyen Thi Thuy Hanh, Nguyen Duc Hinh, Ngo Van Toan, Tine Gammeltoft, Vibeke Rasch, Dan W. Meyrowitsch, " Intimate Partner Violence between Pregnant Women and Postpartum Depression in Vietnam: A Longitudinal

Study ", *BioMed Research International* , vol. 2019 , Artigo ID 4717485 , 9 páginas , 2019 . <https://doi.org/10.1155/2019/4717485>.

87. LIMA, Marlise de Oliveira Pimentel et al. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 39-46, 2017.
88. Belay S, Astatkie A, Emmelin M, Hinderaker SG. Intimate partner violence and maternal depression during pregnancy: A community-based cross-sectional study in Ethiopia. *PLoS One*. 2019 Jul 31;14(7):e0220003. doi: 10.1371/journal.pone.0220003. PMID: 31365566; PMCID: PMC6668805.
89. Tavoli Z, Tavoli A, Amirpour R, Hosseini R, Montazeri A. Quality of life in women who were exposed to domestic violence during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Jan 26;16:19. doi: 10.1186/s12884-016-0810-6. PMID: 26813894; PMCID: PMC4729045.
90. Priya A, Chaturvedi S, Bhasin SK, Bhatia MS, Radhakrishnan G. Are pregnant women also vulnerable to domestic violence? A community based enquiry for prevalence and predictors of domestic violence among pregnant women. *J Family Med Prim Care*. 2019 May;8(5):1575-1579. doi: 10.4103/jfmpe.jfmpe_115_19. PMID: 31198717; PMCID: PMC6559054.
91. MOREIRA, V.; BORIS, G. D. J. B.; VENÂNCIO, N. O Estigma da Violência Sofrida por Mulheres na Relação com seus Parceiros Íntimos. *Psicologia & Sociedade*; 23 (2): 398-406, 2011.
92. Yohannes, K., Abebe, L., Kisi, T. et al. A prevalência e os preditores de violência doméstica entre mulheres grávidas em Southeast Oromia, Etiópia. *Reprod Health* 16, 37 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0694-9>.
93. Owaka IO, Nyanchoka MK, Atieli HE. Intimate partner violence in pregnancy among antenatal attendees at health facilities in West Pokot county, Kenya. *Pan Afr Med J*. 2017 Nov 15;28:229.
94. Nejatizade AA, Roozbeh N, Yabandeh AP, Dabiri F, Kamjoo A, Shahi A. Prevalence of domestic violence on pregnant women and maternal and neonatal outcomes in Bandar Abbas, Iran. *Electron Physician*. 2017 Aug 1;9(8):5166-5171. doi: 10.19082/5166. PMID: 28979757; PMCID: PMC5614307.
95. Garg S, Singh MM, Rustagi R, Engtipi K, Bala I. Magnitude of domestic violence and its socio-demographic correlates among pregnant women in Delhi. *J Family Med Prim Care*. 2019 Nov 15;8(11):3634-3639. doi: 10.4103/jfmpe.jfmpe_597_19. PMID: 31803665; PMCID: PMC6881926.
96. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. Acesso em 05 de março de 2020.