



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

JENNY KAROL GOMES SATO SGOBERO

**VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GESTAÇÃO: PREVALÊNCIA E
FATORES ASSOCIADOS À SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER**

**MARINGÁ
2013**

JENNY KAROL GOMES SATO SGOBERO

**VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GESTAÇÃO: PREVALÊNCIA E
FATORES ASSOCIADOS À SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Thais Aidar de Freitas Mathias

MARINGÁ
2013

JENNY KAROL GOMES SATO SGOBERO

**VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GESTAÇÃO: PREVALÊNCIA E
FATORES ASSOCIADOS À SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER**

Aprovado em: 31 de julho de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Thais Aidar de Freitas Mathias (Orientadora)
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Prof^ª. Dr^ª. Liliana Maria Labronici
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Prof^ª. Dr^ª. Sandra Marisa Pelloso (Titular)
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

DEDICO ESTE TRABALHO

Ao meu marido Marcos, pelo companheirismo e apoio em mais este momento de minha vida. Aos meus queridos filhos Arion, Nathaly e Erick, pela compreensão em todos os momentos de minha ausência em vossas vidas.

Amo muito todos vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela caminhada até este momento de minha vida, e por mais esta conquista.

À família maravilhosa que Deus me presenteou.

Aos meus pais, que já não estão mais presentes em minha vida, e aos meus queridos irmãos.

À minha orientadora, Thais Aidar de Freitas Mathias, a minha mais nobre gratidão por incentivar meu crescimento profissional e por permitir que realizasse a pesquisa dentro desta temática.

À companheira de mestrado Lorena, pelo incentivo, amizade e companheirismo durante essa caminhada, agradeço por ter te conhecido e por todas as colaborações. Amiga, conseguimos!

Aos colegas de Mestrado que compartilharam comigo o cotidiano nesses dois anos de curso, pela ajuda nos momentos difíceis e palavras de conforto.

Aos colegas orientados pela professora Thais, por compartilharmos nossos estudos, angústias, colaborações de conhecimentos e momentos de confraternização.

Ao Hospital Santa Casa de Maringá e ao Hospital Universitário de Maringá, em especial aos trabalhadores das Maternidades, pela cordialidade e colaboração durante a coleta de dados.

Aos trabalhadores do SAME do Hospital Santa Casa de Maringá, pela disponibilidade e cooperação, especialmente ao Valmir.

Ao Programa de pós-graduação e aos professores do Mestrado, por me conduzirem a novos conhecimentos, e, em especial, à secretária Cristiane pela atenção e presteza nesse período.

Aos professores da banca examinadora da defesa da dissertação, pela disponibilidade e pelas críticas construtivas, especialmente a professora Dr^a. Sandra Peloso, pela contribuição em mais esta jornada de minha vida acadêmica.

Às mulheres que aceitaram participar e colaboraram para que este estudo se concretizasse.

A todas as pessoas que estiveram comigo durante minha vida profissional e nessa caminhada.

A meus amigos e a todas as pessoas que cruzarem minha vida, minha existência, que Deus as abençoe.

“Não sei... se a vida é curta ou longa demais para nós,
Mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
Se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:

 Colo que acolhe,
 Braço que envolve,
 Palavra que conforta,
 Silêncio que respeita,
 Alegria que contagia,
 Lágrima que corre,
 Olhar que acaricia,
 Desejo que sacia,
 Amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido a vida.
É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais,
Mas que seja intensa, verdadeira, pura... enquanto durar.
Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”.

Cora Coralina

SGOBERO, J. K.G.S. Violência física por parceiro íntimo durante a gestação: prevalência e fatores à saúde reprodutiva da mulher. 85f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Thais Aidar de Freitas Mathias. Maringá, 2013.

RESUMO

Estudo descritivo, transversal e quantitativo que teve como objetivo geral investigar a prevalência da violência por parceiro íntimo cometida contra gestantes e sua associação com a saúde reprodutiva da mulher. Foram entrevistadas 358 puérperas residentes em Maringá que estiveram internadas em Unidade de Alojamento Conjunto de dois hospitais que prestam atendimento pelo SUS, no período de dezembro de 2012 a abril de 2013. Aplicou-se um instrumento multidimensional de pesquisa validado no Brasil por Schraiber (2010) para avaliar a saúde da mulher e a violência doméstica. Os dados coletados foram tabulados em planilha eletrônica do programa Excel 2007. A análise descritiva foi realizada com uso do software Statística7. Foi utilizado o software Epi Info 7 para a análise estatística e o teste de associação escolhido foi o qui-quadrado, considerado $\alpha=5\%$. Foi utilizado o Odds Ratio (OR) para mensurar a magnitude da associação entre as variáveis. Testes com $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. Os resultados encontrados foram apresentados no formato de dois artigos. No primeiro, verificou-se a prevalência de violência física por parceiro íntimo durante a gestação e os fatores associados. A variável dependente foi a ocorrência de violência física por parceiro íntimo durante a gestação atual ou em gestações anteriores. Verificou-se a associação com as características sociodemográficas, econômicas e hábitos da mãe (idade, escolaridade, possuir ou não companheiro, ocupação, renda familiar em salários mínimos, raça/cor, religião, ingestão de bebida alcoólica, tabagismo, uso de drogas e número de gestações); os antecedentes obstétricos e reprodutivos (óbito fetal, aborto, filhos prematuros e com baixo peso ao nascimento, idade da primeira relação sexual, recusa do uso de camisinha e filhos de outro pai); e características e hábitos do companheiro (idade, escolaridade, trabalho na gestação, se queria a gestação, ingestão de bebida alcoólica e uso de drogas). Constatou-se que a prevalência da violência física na gestação foi de 7,5% e as variáveis de significância estatística foram: número de gestações; religião; tabagismo da mãe durante a gestação; ter filhos com outro companheiro; uso de drogas ilícitas pelo parceiro; e parceiro não trabalhar durante a gestação. No segundo artigo, foi utilizada como variável independente a possibilidade de ter sofrido violência nos últimos doze meses antes do parto, e foram mensuradas três diferentes tipos de violência: a psicológica, física e sexual. Para conhecer a população de mulheres que apresentaram intercorrências na gestação, foram verificadas as características socioeconômicas e os hábitos maternos. Foram consideradas como intercorrências clínicas na gestação as respostas afirmativas para: infecção do trato urinário, doença hipertensiva exclusiva da gestação, vaginoses, descolamento prematuro de placenta, trabalho de parto prematuro, hemorragias, hiperemese e amniorrexe. Verificou-se 55,3% do total de mulheres entrevistadas tiveram alguma intercorrência clínica durante a gestação; destas, 20,2% sofreram violência psicológica; 6,6%, violência física; 2,5%, violência sexual e 8,6%, violência física/sexual. As complicações obstétricas que se associaram à violência foram infecção do trato urinário e trabalho de parto prematuro. Os achados deste estudo mostraram que: ser multigesta, a mulher apresentar comportamentos de risco, o parceiro apresentar comportamento de risco, a situação de desemprego do companheiro e os rearranjos familiares com filhos de outro pai foram os fatores que permearam a situação de violência física por parceiro íntimo na gestação. As

intercorrências clínicas na gestação estiveram associadas à violência física e sexual. As repercussões da violência por parceiro íntimo sobre a saúde da mulher e as complicações obstétricas que este agravo acarreta ainda são objetos de estudo que precisam ser mais explorados em pesquisas acadêmicas, bem como nas práticas assistenciais.

Descritores: Violência contra a mulher. Gestação. Saúde materna. Fatores de risco. Complicações na gravidez.

SGOBERO, J. K. G. S. Violence by an intimate partner during pregnancy: prevalence and factors associated with women's reproductive health. 85f. Dissertation (Master in Nursing) – State University of Maringá. Supervisor: Thais Aidar de Freitas Mathias. Maringá, 2013.

ABSTRACT

This was a descriptive, cross-sectional, quantitative study with the overall objective of investigating the prevalence of violence by an intimate partner against pregnant women and its link to women's reproductive health. A total of 358 recent mothers were interviewed, residing in Maringá and who had been admitted to the rooming-in unit of two hospitals that provide care through Brazil's Unified Health System (SUS), in the period between December 2012 and April 2013. A multidimensional research tool, validated in Brazil by Schraiber (2010), was used to evaluate women's health and domestic violence. The collected data were organized in an Excel 2007 spreadsheet. Descriptive analysis was carried out using Statistica 7 software. Epi Info 7 software was used for statistical analysis, and Chi-square was chosen as the association test, considering $\alpha=5\%$. Odds Ratio (OR) was used to measure the magnitude of the association between variables. Tests with $p < 0.05$ were regarded as statistically significant. The results found were presented in two articles. The first one showed a prevalence of physical violence by an intimate partner during pregnancy and associated factors. The dependent variable was the occurrence of physical violence by an intimate partner during the same or previous pregnancies. An association was observed with socio-demographic and economic characteristics, as well as the mother's habits (age, education, having a partner, occupation, family income expressed as multiples of the minimum wage, race/color, religion, alcohol intake, smoking, drug use and number of pregnancies); obstetric and reproductive history (fetal death, abortion, premature children or children with low weight at birth, age of first sexual experience, refusal to use condoms, and children from another father); and the characteristics and habits of the partner (age, education, employment during pregnancy, whether he wanted the pregnancy, alcohol intake and drug use). It was detected that the prevalence of physical violence during pregnancy was 7.5% and that the variables with statistical significance were: number of pregnancies; religion; smoking by the mother during the pregnancy; having children from another partner; use of illicit drugs by the partner; and partner not employed during the pregnancy. In the second article, suffering violence in the last 12 months before childbirth was the independent variable, and three different types of violence were measured: psychological, physical and sexual. To get to know the population of women who had complications during pregnancy, socio-demographic characteristics and mother habits were assessed. Affirmative answers for urinary tract infection, pregnancy hypertension, vaginitis, placental abruption, premature labor, hemorrhages, hyperemesis and amniorrhexis were regarded as clinical complications during pregnancy. It was observed that 55.3% of all interviewed women had some sort of clinical complication during pregnancy; of those, 20.2% suffered psychological violence; 6.6% physical violence; 2.5% sexual violence; and 8.6% physical/sexual violence. The obstetric complications linked to violence were urinary tract infection and premature labor. The findings of this study showed that having multiple pregnancies, risk behaviors by the woman and partner, the unemployment situation of the partner and family rearrangements with children from another father were the factors that permeated the situation of physical violence by an intimate partner during pregnancy. Clinical complications during pregnancy were associated with physical and sexual violence. The repercussions of violence by an intimate partner on the woman's health and the obstetric complications this creates are still

an object of study that must be further explored in academic studies and assistance practices.

Descriptors: Violence against women. Pregnancy. Mother's health. Risk factors. Pregnancy complications.

SGOBERO, J. K. G. S. Violencia por compañero íntimo en la gestación: prevalencia y factores asociados a la salud reproductiva de la mujer. 85f. Tesis (Maestría en Enfermería) - Universidad de Maringá. Asesor: Thais Aidar de Freitas Mathias. Maringá, 2013.

RESUMEN

Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo que tuvo como objetivo general investigar la prevalencia de la violencia por compañero íntimo cometida contra gestantes y su asociación con la salud reproductiva de la mujer. Fueron entrevistadas 358 puérperas residentes en Maringá que estuvieron internadas en Unidad de Alojamiento Conjunto de dos hospitales que prestan atención por el Sistema Único de Salud (SUS), en el período de diciembre de 2012 a abril de 2013. Se aplicó un instrumento multidimensional de investigación validado en Brasil por Schraiber (2010), para evaluar la salud de la mujer y la violencia doméstica. Los datos recolectados fueron tabulados en planilla electrónica del programa Excel 2007. El análisis descriptivo fue realizado con el uso del software *Statistica7*. También fue utilizado el software *Epi Info 7* para el análisis estadístico y la prueba de asociación elegida fue el chi-cuadrado, considerado $\alpha=5\%$. Fue utilizado el *Odds Ratio* (OR) para mensurar la magnitud de la asociación entre las variables. Pruebas con $p < 0,05$ fueron considerados estadísticamente significativos. Los resultados encontrados fueron presentados en el formato de dos artículos. En el primero se verificó la prevalencia de violencia física por el compañero íntimo durante la gestación y los factores asociados. La variable dependiente fue la ocurrencia de violencia física por el compañero íntimo durante esta gestación o en gestaciones anteriores. Se verificó la asociación con las características sociodemográficas, económicas y hábitos de la madre (edad, escolaridad, poseer o no compañero, ocupación, renta familiar en salarios mínimos, raza/color, religión, ingestión de bebida alcohólica, tabaquismo, uso de drogas y n° de gestaciones); los antecedentes obstétricos y reproductivos (óbito fetal, aborto, hijos prematuros y con bajo peso al nacimiento, edad de la primera relación sexual, rechazo del uso de condón e hijos de otro padre); y características y hábitos del compañero (edad, escolaridad, trabajo en la gestación, si la gestación era deseada, ingestión de bebida alcohólica y uso de drogas). Se constató que la prevalencia de la violencia física en la gestación fue de un 7,5% y las variables de significancia estadística fueron: número de gestaciones; religión; tabaquismo de la madre durante la gestación; tener hijos con otro compañero; uso de drogas ilícitas por el compañero; y el compañero no trabajar durante el embarazo. En el segundo artículo fue utilizada como variable independiente sufrir violencia en los últimos doce meses antes del parto, y fueron mensuradas tres diferentes tipos de violencia: la psicológica, física y sexual. Para conocer la población de mujeres que presentaron interurrencias en la gestación fueron verificadas las características socioeconómicas y los hábitos maternos. Fueron consideradas interurrencias clínicas en la gestación las respuestas afirmativas para infección del tracto urinario, enfermedad hipertensiva exclusiva de la gestación, vaginosis, desprendimiento prematuro de la placenta, trabajo de parto prematuro, hemorragias, hiperémesis y amniorraxis. Se verificó un 55,3% del total de mujeres entrevistadas tuvo alguna interurrencia clínica durante la gestación; de estas un 20,2% sufrió violencia psicológica; un 6,6% violencia física; un 2,5% violencia sexual y un 8,6% violencia física/sexual. Las complicaciones obstétricas que se asociaron a la violencia fueron infección del tracto urinario y trabajo de parto prematuro. Los hallazgos de este estudio mostraron que ser multigesta, los comportamientos de riesgo de la mujer y del compañero, la situación de desempleo del compañero y las resoluciones familiares con los hijos de otro padre fueron los factores que basaron la situación de violencia física por el compañero

íntimo en la gestación. Las interurrencias clínicas en la gestación estuvieron asociadas a la violencia física y sexual. Las repercusiones de la violencia por el compañero íntimo sobre la salud de la mujer y las complicaciones obstétricas que este agravio acarrea, aun es objeto de estudio que necesita ser más explorado en investigaciones académicas y también en las prácticas asistenciales.

Descriptores: Violencia contra la mujer. Gestación. Salud materna. Factores de riesgo. Complicaciones en el embarazo.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1	Fluxograma de atendimento das mulheres vítimas de violência sexual e doméstica em Maringá-PR	24
----------	--	----

ARTIGO 1

Tabela 1	Distribuição de puérperas residentes em Maringá-PR, segundo variáveis sociodemográficas, econômicas e hábitos maternos.....	40
Tabela 2	Razão de chances de violência física na gestação e características socioeconômicas, hábitos materno e número de gestações, Maringá-PR, 2012-2013.....	42
Tabela 3	Tabela 3. Razão de chances de violência física na gestação em multigestas segundo antecedentes obstétricos e reprodutivos, Maringá-PR, 2012-2013.....	43
Tabela 4	Razão de chances de violência física na gestação em multigestas segundo características e hábitos do companheiro, Maringá-PR, 2012-2013.....	44

ARTIGO 2

Tabela 1	Prevalência de violência nos últimos doze meses segundo características sociodemográficas da mulher e intercorrências na gestação, Maringá-PR, 2012/2013.....	58
Tabela 2	Violência nos últimos doze meses segundo características sociodemográficas, comportamento de risco da mãe, desfecho neonatal e intercorrências, Maringá-PR, 2012/2013.....	59
Tabela 3	Intercorrências na gestação segundo tipo de violência, Maringá-PR, 2012/2013.....	60
Tabela 4	Tabela 4. Número de intercorrências na gestação segundo tipos de violência, Maringá-PR, 2012/2013.....	61
Tabela 5	Distribuição de intercorrências na gestação segundo tipo de violência, Maringá-PR, 2012/2013.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPSAD	Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial 2
CISAM	Centro Integrado de Saúde Mental
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CRAMM	Centro de Referência de Atendimento à Mulher de Maringá
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CT	Conselho Tutelar
DDM	Delegacia de Defesa da Mulher
DHEG	Doença Hipertensiva Exclusiva da Gestação
DPP	Descolamento Prematuro de Placenta
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América
HMM	Hospital Municipal de Maringá
HUM	Hospital Universitário de Maringá
HURM	Hospital Universitário Regional de Maringá
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IML	Instituto Médico Legal
ITU	Infecção do Trato Urinário
MP	Ministério Público
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Odds Ratio
RP	Razão de Prevalência

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPP	Trabalho de Parto Prematuro
UAC	Unidade de Alojamento Conjunto
UBS	Unidade Básica de Saúde
VFPI	Violência Física por Parceiro Íntimo
VPI	Violência por Parceiro Íntimo
WHO VAW	World Health Organization Violence Against Women

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	17
1	INTRODUÇÃO	18
1.1	JUSTIFICATIVA.....	19
1.2	APROXIMAÇÃO DA TEMÁTICA.....	20
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1	VIOLENCIA CONTRA A MULHER: POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO NO BRASIL E NA CIDADE DE MARINGÁ.....	21
2.2	VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GESTAÇÃO: PREVALÊNCIA E IMPLICAÇÕES À SAÚDE MATERNA E DO CONCEPTO.....	25
2.3	VIOLÊNCIA NA GESTAÇÃO NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM.....	27
3	OBJETIVOS	28
3.1	OBJETIVO GERAL.....	28
4	MATERIAL E MÉTODOS	29
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	29
4.2	POPULAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO.....	29
4.3	CÁLCULO DA AMOSTRA.....	30
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	31
4.5	PROCEDIMENTO DE COLETAS DE DADOS.....	32
4.6	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	33
4.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	33
5	RESULTADOS	35
5.1	ARTIGO 1.....	35
5.2	ARTIGO 2.....	51
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS.....	70
	APÊNDICE.....	76
	APÊNDICE 1.....	77
	APÊNDICE 2.....	83
	ANEXOS.....	85

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação teve como objetivo investigar a prevalência da violência cometida por parceiro íntimo durante a gestação e sua associação com a saúde reprodutiva da mulher.

Os resultados deste estudo estão apresentados no formato de dois artigos científicos, cada qual correspondendo a um objetivo específico proposto no projeto da dissertação.

O primeiro artigo, intitulado “Violência física por parceiro íntimo (VFPI) durante a gestação: prevalência e fatores associados” objetivou identificar a prevalência da violência física na gestação; verificar a associação da violência física na gestação com características sociodemográficas, de saúde reprodutiva da mulher e características do companheiro.

O segundo artigo, denominado “Violência por parceiro íntimo e intercorrências clínicas durante a gestação”, objetivou identificar a prevalência da violência psicológica, física e sexual nos doze meses anteriores à gestação; além de verificar a associação entre a violência nos doze meses antes do parto e as intercorrências clínicas do período gestacional.

Para que seja possível apresentar todos antecedentes que envolvem a pesquisa, a dissertação está estruturada da seguinte forma: Introdução; Aproximação da Temática; Relevância do tema e Justificativa; Revisão da Literatura; Objetivos; Material e Método; Resultados e Discussão (Artigos 1 e 2); Considerações finais e Referências.

1 INTRODUÇÃO

A violência é um agravo que traz em seu âmago uma multiplicidade de fatores que envolvem contextos culturais, históricos, sociais e políticos. É considerada como um fenômeno universal por atingir diferentes nações, sem distinção de raça/cor, idade, etnia, classe social ou crença (LABRONICI et al, 2010). Além disso, possui uma característica de propagação, pois suas consequências afetam não apenas o indivíduo, atingindo também seus familiares, e estendendo-se para a sociedade. No que se refere à violência contra a mulher, suas altas prevalências demonstram a magnitude do problema e sua relevância para a Saúde Pública (KRONBAUER, MENEGHEL, 2005).

Por ter uma ocorrência silenciosa, a violência contra a mulher está inserida no meio familiar e social, sendo um problema vinculado às questões de poder, o qual é geralmente exercido pelo homem sobre a mulher, a partir de um paradigma que afirma que esta deve ser submissa e permanecer nessa situação. Tais ideologias legitimam a classificação de homens e mulheres com papéis sociais desiguais e com relações assimétricas de dominação masculina (GUEDES, FONSECA, 2011; MEDINA, PENNA, 2008).

A forma mais comum de violência perpetrada contra a mulher é a violência por parceiro íntimo (VPI) (MIRANDA; PAULA; BORDIN, 2010), definida como um comportamento dentro da relação íntima que cause danos físicos, abuso psicológico ou sexual e comportamentos controladores (OMS, 2010).

A VPI é reconhecida como uma violação dos direitos humanos que apresenta implicações no processo de cuidar da saúde das mulheres (ELLSBERG, 2006). A violência contra a mulher está inserida no contexto da saúde reprodutiva e tornou-se um desafio para as políticas públicas, pressupondo responsabilidades para o Estado, particularmente na implementação de ações que enfoquem as vulnerabilidades sociais como, por exemplo, a violência de gênero, especialmente na gestação (PUCCIA, 2012).

Partindo da suposição de que a violência tem característica multifatorial e suas consequências acarretam graves danos à saúde da mulher durante a gestação, questiona-se:

- Qual é a prevalência de violência física por parceiro íntimo na gestação em puérperas residentes em Maringá?
- Qual o perfil da mulher que sofreu violência física na gestação?
- Qual o perfil do companheiro da mulher que sofreu violência física na gestação?

- Existe associação entre a violência por parceiro íntimo e intercorrências clínicas na gestação?

Com a finalidade de responder a estas perguntas é que foi proposta a realização deste estudo.

1.1 JUSTIFICATIVA

Entende-se que, ao investigar a violência por parceiro íntimo na gestação durante o puerpério, que é um período pós-gestacional recente, poder-se-á contribuir com a identificação da violência no período gestacional e os fatores que se associam à sua ocorrência.

Com este trabalho, pretende-se apresentar uma alternativa de estudo sobre as complicações obstétricas na gestação, no sentido de investigar sua relação com a VPI.

Além disso, existe uma invisibilidade social do agravo da violência, gerando a necessidade de incluir esta temática nas matrizes curriculares e pesquisas dos cursos de graduação e pós-graduação, com vistas a destacar este agravo como um problema o qual necessita ser abordado na formação profissional na área da saúde.

Estudos científicos a respeito do tema em questão ampliam a compreensão deste evento e possibilitam criar mecanismos de gestão local e planejamento de ações em Saúde Pública voltados à saúde materna, na forma de incentivos governamentais e de políticas públicas para a prevenção e o enfrentamento da violência contra a mulher.

A aquisição de mais conhecimento acerca do tema da violência por parceiro íntimo gera mais subsídios para que os profissionais da área da saúde, e em particular o enfermeiro, possam aplicar novas tecnologias de atenção às mulheres, especialmente durante o período gestacional, assegurando-lhes uma assistência integral e humanizada que atenda não apenas suas necessidades clínicas, mas as múltiplas dimensões de suas necessidades humanas.

Acrescenta-se que não há conhecimento, no Estado do Paraná, de estudos referentes a este tema, fazendo-se pertinente que se descreva este evento em um município na região noroeste do Estado.

1.2 APROXIMAÇÃO DA TEMÁTICA

Ao me graduar enfermeira, meu histórico profissional centrou-se em uma trajetória de trabalho na saúde pública. Em todos os dias de trabalho, eu me perguntava: qual deveria ser a minha contribuição para esta profissão? Cada usuário atendido era uma vida, uma história, um contexto social. Muitas indagações me moveram, e eu me perguntava: o que mais poderia ser feito?

Durante as muitas jornadas de trabalho, percebi que, além da enfermagem profissional, eu deveria ter algum conhecimento a mais. Então, foram alguns anos de tentativas até chegar aqui, no mestrado. Ao iniciar minhas atividades acadêmicas novamente, deparei-me com muitas disciplinas, muitos conhecimentos e as inquietações sobre o tema da pesquisa.

Inicialmente, eu e minha orientadora pensávamos no tema da prematuridade e a coleta de dados através de banco de dados e entrevistas. No entanto, após participar de algumas reuniões da Rede de Atenção à Violência na cidade de Maringá, o tema da violência contra a mulher despertou o meu interesse.

O contato com este tema me inquietou quanto à condição social da mulher. Ela pode ser sua filha, irmã, mãe, tia, avó, prima, amiga ou companheira, está inserida em todos os contextos e classes sociais, e pode ou sujeitar-se à violência, mantendo-se calada, insegura, desamparada por falta de apoio social ou pela própria condição de vulnerabilidade na qual vive, ou manifestar-se, buscando seus direitos sociais e jurídicos.

Conhecer quem são as mulheres que sofrem violência e, em especial, aquelas que estão em um período efêmero como a gestação, motivou-me para esta pesquisa tão intensa e gratificante. Além disso, também fui movida pela necessidade de contribuir, por meio deste estudo, para que os colegas de profissão enfermeiros e os demais profissionais da saúde atentem aos fatores que se associam à violência contra a mulher durante a gestação e às possíveis intercorrências clínicas da gestação que podem estar associadas à violência por parceiro íntimo, na cidade de Maringá, assim como em todo território nacional e internacional, já que a violência contra a mulher tem um caráter universal.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO NO BRASIL E NA CIDADE DE MARINGÁ

A violência contra a mulher é um agravo que ocorre universalmente e envolve várias práticas, dependendo do contexto histórico e social no qual a mulher está inserida. Entre tais práticas há o aborto seletivo, maior infanticídio de crianças do sexo feminino, maior número de meninas abandonadas, má nutrição de meninas e mulheres, aceitação da poligamia masculina, mutilação da genitália feminina, baixos salários e pouca representatividade feminina em cargos de alto escalão empresariais e políticos. Todos esses costumes demonstram que existe uma violação dos direitos das mulheres, de ordem humana, jurídica, cultural, econômica e de saúde pública, que se perpetua ao longo a história humana (MUNÉVAR-MUNÉVAR; MENA-ORTIZ, 2009).

A temática da violência contra a mulher, também conhecida como violência de gênero, embora apresente uma alta prevalência em vários países do mundo, somente ganhou maior destaque e discussão nas últimas décadas, quando houve uma crescente mobilização da sociedade e de entidades internacionais em defesa dos direitos das mulheres (DURAND, SCHRAIBER, 2007).

No decorrer da história, a violência perpetrada contra a mulher é um paradigma naturalizado nas relações de gênero, permeada por valores culturais e socialmente impostos onde o homem abusa do poder violando a liberdade e os direitos da mulher, impedindo sua autonomia e colocando-a em uma posição de subordinação, de modo a estabelecer relações desiguais entre homens e mulheres (OLIVEIRA et al, 2007).

Entretanto, somente nas últimas décadas é que houve um aumento da visibilidade do problema, quando as mulheres se incorporaram a meios públicos, políticos e jurídicos e iniciaram as reivindicações e conquistas de seus direitos. No Brasil, as políticas públicas referentes à violência contra mulher começaram a ganhar destaque a partir da década de 80. No ano de 1984, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que resultou de reivindicações sociais e questionamentos sobre a desigualdade entre homens e mulheres e sobre as consequências dessa desigualdade para a saúde da população feminina. Assim, o PAISM incorporou princípios e diretrizes do SUS, ampliando o conceito de assistência à saúde da mulher de uma visão meramente

reprodutiva para ações que atendessem à mulher de maneira integral e em todos os ciclos de sua vida (BRASIL, 2004).

Nessa mesma época, os movimentos feministas, por meio de reivindicações e negociações com o Estado, exigiram urgência de políticas que dessem respostas institucionais de prevenção e punição de atos de violência praticados contra a mulher, sendo a criação da primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), em agosto de 1985, na cidade de São Paulo (IZUMINO, 2004) a mais importante resposta do Estado. A criação das DDM foi fundamental para o discurso sobre a criminalização da violência contra mulher, permitindo maior visibilidade para o problema da violência doméstica (IZUMINO, 2004). E, ainda no ano de 1986, foi criada a primeira Casa Abrigo, também no Estado de São Paulo, pela Secretaria de Segurança Pública (PRATES, 2007).

Outro marco importante no Brasil foi a realização da Convenção de Belém do Pará, em 1994, resultando na assinatura da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar à Violência contra a Mulher (BRASIL, 2011).

No ano de 2003, foram criadas as Secretarias Especiais de Políticas para as Mulheres, uma reformulação da Secretaria Especial dos Direitos da Mulher. A partir de sua criação, as políticas públicas de enfrentamento à violência contra mulher foram ampliadas, incluindo normas e diretrizes e definindo ações estratégicas de gestão e monitoramento deste agravo. Outra consequência da criação das Secretarias Especiais de Políticas para as Mulheres foi a instituição de novos serviços, como os Centros de Referência de Atendimento à Mulher, as Defensorias das Mulheres, os Serviços de Responsabilização e Educação do Agressor e as Promotorias Especializadas (BRASIL, 2011).

No que tange ao Legislativo, algumas leis foram promulgadas reconhecendo as situações de violência contra a mulher, sendo estas a Lei nº 10.778/03 (BRASIL, 2003), que estabelece a notificação compulsória dos casos de violência contra as mulheres que foram atendidas em serviços de saúde públicos ou privados, e a Lei n.º 10.886/04 (BRASIL, 2004), que tipifica a violência doméstica no Código Penal Brasileiro e define juridicamente as penas previstas para o agressor.

Também em 2004, foi realizada a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, da qual resultou o Plano Nacional de Política para as mulheres. Especificamente na área da Saúde, no ano de 2005 foram publicadas as normas técnicas: “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, “Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual”,

“Anticoncepção de Emergência” e “Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento” (BRASIL, 2011).

No ano de 2006, a Lei nº11340/2006, batizada de Lei Maria da Penha, foi promulgada, criando mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Suas principais conquistas foram a tipificação da violência; a proibição da aplicação de penas pecuniárias aos agressores; e a determinação de encaminhamentos das mulheres em situação de violência, e seus dependentes, a programas e serviços de proteção e de assistência social (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011). Em agosto de 2007, realizou-se a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres e, em 2008, o II Plano Nacional de Política para as mulheres (BRASIL, 2011).

A partir desse período, tem-se estimulado a criação de redes de atenção e apoio enfocadas na violência contra a mulher. Nesse sentido, o lançamento da Portaria Nº 936/2004 pelo Ministério da Saúde aprovou a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e a implantação dos Núcleos de Prevenção à Violência (NPV) nos estados e municípios, sendo que, até o ano de 2008, houve a expansão desses núcleos para mais de 250 no país (NETO, MALTA, SILVA, 2009).

Um Núcleo de Atenção à Violência foi criado na cidade de Maringá no ano de 2007, onde, desde então, várias instituições nas áreas de saúde, assistência social, educação, Ministério Público, conselhos tutelares, ONGs, entre outras, desenvolvem ações preventivas de capacitação dos profissionais, vigilância e incentivo às notificações dos casos, além de formarem grupos regionais para discussão de casos e possíveis encaminhamentos a serem realizados. Também foi criado um protocolo de atendimento às mulheres vítimas de violência, com um fluxograma de atendimento, exemplificado a seguir:

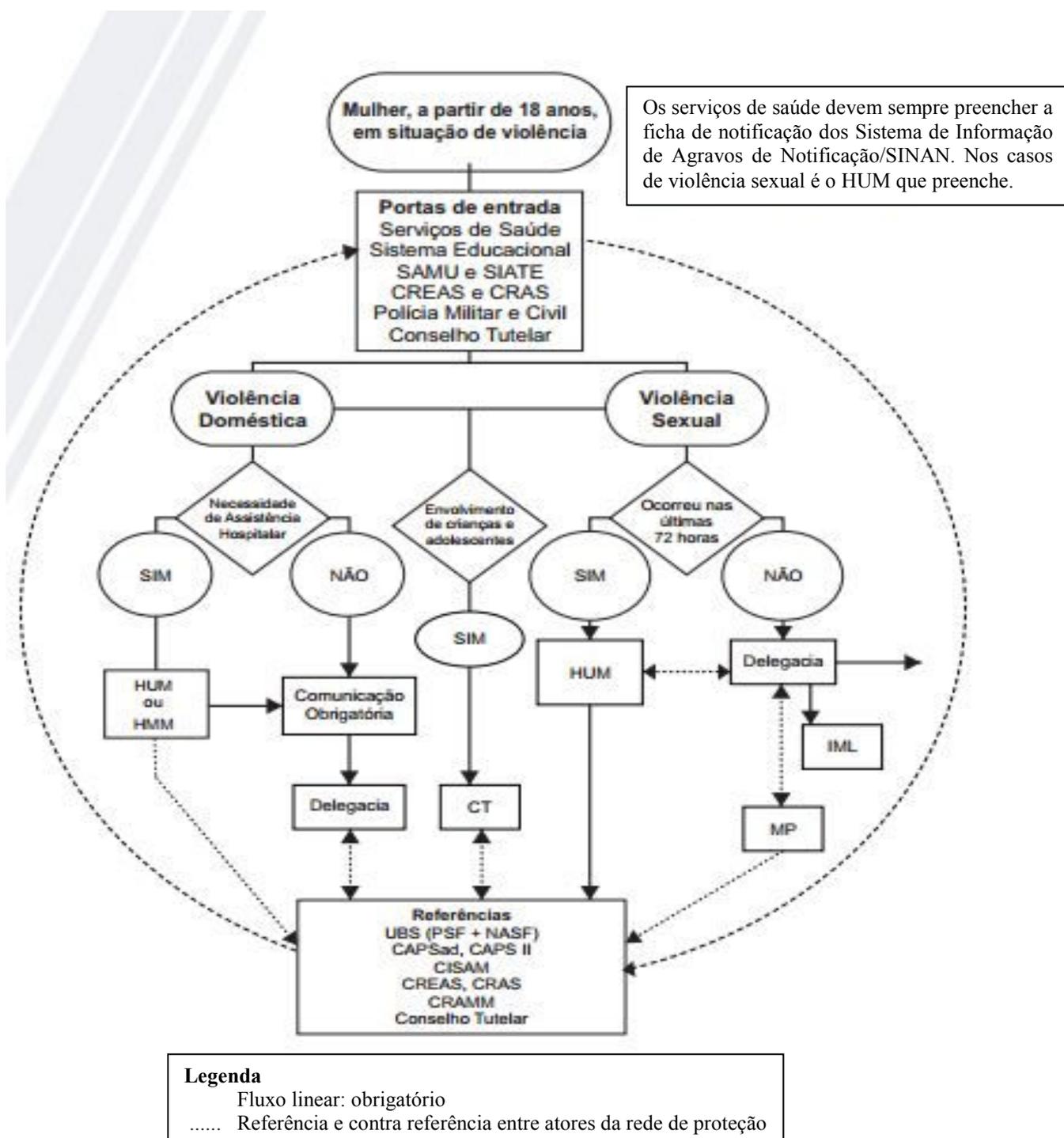


Figura 1. Fluxograma de atendimento das mulheres vítima de violência sexual e doméstica em Maringá. Fonte: Prefeitura Municipal de Maringá <http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/6f08bbe5351d.pdf>

2.2 VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GESTAÇÃO: PREVALÊNCIA E IMPLICAÇÕES À SAÚDE MATERNA E DO CONCEPTO

A gestação não impede a ocorrência de violência por parceiro íntimo. A violência por parceiro íntimo (VPI) é um fenômeno oculto, pois geralmente ocorre na vida privada e está diretamente relacionada à saúde sexual e reprodutiva da mulher, com implicações no processo de cuidar da saúde (VIEIRA; PADOIM; PAULA, 2010; ELLSBERG, 2006).

Estudos sugerem a gestação como fator de risco para VPI e demonstram que a violência durante a gestação pode apresentar um comportamento variável, podendo diminuir, aumentar ou não se alterar em relação a outro período de vida da mulher (MENEZES et al., 2003; OLIVEIRA, 2008). A violência na gestação é tão ou mais comum que outras complicações geralmente rastreadas durante o pré-natal (ELLSBERG, 2006).

Um estudo multipaíses sobre violência na gestação, realizado pela Organização Mundial de Saúde, apresentou prevalências que variam entre 4% e 32%. As maiores prevalências foram encontradas no Egito: 32%, seguido por Índia 28%, Arábia Saudita 21% e México 11%. (WHO, 2011).

No Brasil, a prevalência de violência durante a gestação sofre uma variabilidade, corroborando com Jasinski (2004), que realizou uma pesquisa de revisão da literatura sobre a violência na gestação entre os anos de 1996 e 2002 utilizando principalmente estudos realizados nos Estados Unidos, chegando à conclusão de que as estimativas de prevalência relacionada com a violência durante a gestação variam de acordo com os desenhos de investigação, instrumentos de medidas utilizados e populações amostradas.

No ano de 2010, um estudo brasileiro do Sistema de Vigilância de Violências (Sistema Viva) em 26 Estados da Federação e no Distrito Federal constatou que 5,5% das Fichas de Notificação e Investigação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências analisadas eram de mulheres no período gestacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Estudos nacionais de prevalência de violência doméstica na gestação indicam uma estimativa de 20% para qualquer tipo de violência durante a gestação, na cidade de São Paulo; 19,1 % para violência psicológica e 6,5% para violência física e sexual, em Campinas-SP; e 31% para qualquer tipo de violência, 28,8% para violência psicológica e 11,6% para violência física, no Recife-PE (DURAND; SCHRAIBER, 2007; AUDI et al., 2008; SILVA et al., 2011).

Dentre os tipos de violência mais perpetrada durante a gestação, a violência física (VF) é a mais estudada (WHO, 2011), pois pode apresentar graves consequências para a saúde da mulher e do feto. A prevalência de violência física contra a gestante pode variar entre 3% a 11% em países desenvolvidos e 4% e 32% em países em desenvolvimento (ELLSBERG, 2006).

Alguns estudos nacionais demonstram diferentes prevalências encontradas. Na cidade de Recife, em Pernambuco, foi encontrada uma prevalência de 13,1% de VF nos últimos doze meses e 7,4% de VF durante a gestação; em Ribeirão Preto-SP, verificou-se a associação entre a violência física na gestação e o *near miss*, e constatou-se uma taxa de com 7,6%; na cidade de Campinas-SP, foi encontrado 5,7% de VF na gestação. Em outro estudo nacional realizado em São Paulo-SP, foi encontrada uma taxa de 13,5% e, no Rio de Janeiro, foi encontrado 20% de prevalência de violência física durante a gestação. (MENEZES et al. 2003; PUCCIA, 2012; AUDI et al, 2008; DURAND; SCHRAIBER, 2007; MORAES et al, 2010).

Em relação às implicações causadas pela violência durante a gestação, as gestantes vítimas de violência pelo parceiro íntimo são mais propensas ao estresse, ao etilismo, ao uso de drogas ilícitas, a ter um aumento de complicações infecciosas na gestação, a não aderirem ou iniciarem tardiamente o pré-natal, ao déficit de ganho ponderal durante a gestação e a terem maior número de complicações obstétricas que necessitem de internamentos antes do parto (PEREIRA et al., 2010; RABELLO; CALDAS JUNIOR, 2007; CHAMBLISS, 2008; AMORIM, 2004; MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010).

No período gestacional, a violência pode ocasionar ainda graves consequências à saúde da mãe e do concepto com possíveis desfechos de maior gravidade, que vão desde o *near miss*, a prematuridade e o baixo peso do recém-nascido, até óbitos maternos e fetais (PUCCIA, 2012; EL KADY et al., 2005; CAMPERO et al., 2006; FONSECA; COUTINHO, 2010).

Dessa forma, é válido destacar a importância de conhecer as vítimas, compreender os possíveis fatores associados, e identificar as mulheres com intercorrências clínicas na gestação que tenham sido desencadeadas pela VPI.

2.3 VIOLÊNCIA NA GESTAÇÃO NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM

Atualmente a responsabilidade do atendimento e cuidados prestados às mulheres vítimas de violência recai, na maioria das vezes, sobre a polícia ou aos serviços de emergência. Tais serviços, por prestarem um atendimento breve e esporádico, podem possuir limitações para responder às reais necessidades das vítimas. Esse fato deve-se ao despreparo de profissionais da área de saúde para assistir tais mulheres (FERRAZ et al, 2009).

Schraiber e Oliveira (2006) afirmam que não é somente na esfera jurídica, policial ou psicossocial que deve haver intervenções nas situações de violência, mas responsabiliza também a área da saúde, pois a ocorrência da violência acarreta sofrimentos e adoecimentos, alterando a saúde das vítimas.

Alguns autores relatam que existe uma invisibilidade pelos profissionais da saúde quanto à identificação da ocorrência da violência. As mulheres não relatam e os profissionais não questionam a respeito desse tema (MOREIRA et al., 2008; SCHRAIBER et al., 2003).

Especialmente no período gestacional, considerando que as gestantes são um grupo vulnerável, portanto com maior pré-disposição a sofrerem violência doméstica, existe uma necessidade de maior atenção à mulher, devido a estar mais suscetível à violência ou ao seu agravamento (BONFIN; LOPES; PERETO, 2010).

O período gravídico-puerperal é uma fase na qual a mulher utiliza os serviços básicos de saúde com maior frequência, seja para realizar consultas de pré-natal ou exames laboratoriais, seja para vacinação, consulta pós-parto ou acompanhamento de puericultura. Essa busca mais frequente de atendimento por parte da mulher favorece a construção de um vínculo entre tais mulheres e os profissionais da saúde, facilitando a detecção de casos de violência (BONFIN, LOPES, PERETTO, 2010). Assim, essa é uma importante oportunidade de estabelecer um vínculo entre o profissional enfermeiro e a gestante, e a enfermeira e a equipe de saúde que prestam assistência pré-natal tornam-se responsáveis em perceber as diversas situações que envolvem o processo gestacional, incluindo agravos como a violência (MEDINA, 2007).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

Investigar a prevalência da violência por parceiro íntimo cometida durante a gestação e sua associação com a saúde reprodutiva da mulher.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a prevalência da violência física na gestação;
- Verificar a associação entre violência física na gestação com características sociodemográficas e de saúde reprodutiva da mulher e características do companheiro;
- Identificar a prevalência da violência psicológica, física e sexual nos doze meses anteriores a gestação;
- Verificar associação entre a violência nos doze meses antes do parto e as intercorrências clínicas do período gestacional.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi realizada uma pesquisa do tipo Survey, descritiva e transversal. A pesquisa Survey obtém dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas que representam a população-alvo, produzindo descrições quantitativas de alguns aspectos da população estudada, utilizando o questionário como instrumento de pesquisa. É apropriada como método de pesquisa quando o foco de interesse é sobre o que está acontecendo ou como e por que está acontecendo (PINSSONNEAULT, KRAEMER, 1993).

4.2 POPULAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO

A população de estudo foi constituída por 358 puérperas residentes em Maringá que receberam atendimento pelo SUS e estiveram internadas em Unidade de Alojamento Conjunto (UAC) dos hospitais. O período de coleta de dados compreendeu os meses de dezembro de 2012 a abril de 2013. O estudo aconteceu na maternidade de dois hospitais da cidade de Maringá.

O município de Maringá situado na região noroeste do estado do Paraná consolidou-se como um importante polo regional. Com pouco mais de 60 anos, possui uma população de 357.117 habitantes, com uma área total de 487,93Km² (IBGE, 2010).

Atualmente, é a terceira maior cidade do Paraná e o 66º município mais populoso do país, com uma população urbana de 97,48% de habitantes e rural com 2,52%. Possui uma taxa de crescimento de 1,86% ao ano e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi de 0,84 (IBGE, 2010).

No município de Maringá, existem duas instituições hospitalares de referência para atendimento de todos os partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o Hospital Universitário Regional de Maringá e o Hospital Santa Casa de Maringá, eleitos como locais de pesquisa.

O HURM encontra-se credenciado junto ao SUS, caracterizando-se como instituição de caráter público, sendo referência para Maringá e região. Possui 15 leitos no setor de ginecologia e obstetrícia do total de 120 leitos.

Quanto ao sistema de referência e contrarreferência para o parto hospitalar, estabeleceu-se o seguinte fluxo: as gestantes procedentes dos 29 municípios da 15ª Regional de Saúde, as de baixo e alto risco residentes na área de abrangência de quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as que realizam acompanhamento pré-natal de alto risco no ambulatório de especialidades são assistidas no HURM.

A maternidade do Hospital Santa Casa de Maringá é o hospital de referência para atendimento de 23 das 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Maringá, incluindo as gestantes de risco, consideradas de alta complexidade. A maternidade da Santa Casa possui uma Unidade de Alojamento Conjunto (UAC), onde o recém-nascido permanece todo tempo com a mãe no quarto, durante as 48 horas de internação pós-parto.

Foram entrevistadas as puérperas com conceptos acima de 500g que estiveram em UAC, com até 72 horas do pós-parto, e que estavam em condições físicas e dispostas a participarem da pesquisa.

4.3 CÁLCULO DA AMOSTRA

Para o cálculo da amostra levantou-se o número de partos ocorrido pelo SUS em Maringá, por residentes em Maringá, no ano de 2011. Tais dados foram solicitados ao setor de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá.

Este procedimento permitiu calcular o tamanho da amostra, considerando um nível de confiança de 95%, margem de erro de 4%, um n de 2168 (considerando os nascimentos pelo SUS, por residentes na cidade de Maringá, no ano de 2011) e prevalência de violência na gestação de 20%, baseado em estudo realizado sobre violência durante a gestação na cidade de São Paulo (DURAND, SCHRAIBER, 2007). As gestantes dessa amostra são identificadas como similares às daquele serviço estudado. Estimou-se um número (n) estabelecido para pesquisa de 358, já considerando com 10% de acréscimo, caso haja recusas ou outros fatores que causem perdas de indivíduos da amostra.

Após o cálculo da amostra total, com n=358, foi realizada a técnica de amostragem estratificada proporcional entre dois hospitais, considerando que os nascimentos pelo SUS na cidade de Maringá, ocorrem apenas nestas duas instituições, chegando a uma amostra

para cada hospital, de 67 para o Hospital 1 e 291 para o Hospital 2, considerando proporcionalmente o número de partos em cada instituição.

A seleção das puérperas a serem entrevistadas no estudo foi considerada como uma amostra não probabilística por tipicidade que seleciona um subgrupo que seja “típico” e, segundo as informações sobre este grupo, este possa ser considerado representativo de toda população (MARCONI, 2011). A coleta de dados em campo se encerrou ao atingir a estimativa numérica de 358 sujeitos do estudo.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para realização da coleta de dados foi utilizado o questionário World Health Organization Violence Against Women (WHO VAW), instrumento multidimensional de pesquisa validado no Brasil por Schraiber et al. (2010), através de um estudo multipaíses promovido pela OMS para avaliar a saúde da mulher e a violência doméstica.

Antes da utilização do instrumento de pesquisa, foi realizado um contato com a pesquisadora Lilia Blima Schraiber informando a intenção da pesquisa e solicitando o instrumento que não era disponível publicamente, na íntegra. Esta solicitou que justificasse o seu uso e, assim que o fiz, ela o disponibilizou prontamente.

Ainda foram acrescentadas outras perguntas ao instrumento, considerando variáveis relevantes na investigação da violência no período gestacional e as implicações para saúde da mãe citados pela literatura científica.

O questionário de entrevistas tem por objetivo assegurar as seguintes informações:

Seção I – Características sociodemográficas e hábitos da mãe:

- destina-se a obter informações sobre a idade, situação conjugal, escolaridade, raça/cor, ocupação, renda familiar em salários mínimos, número de filhos. As informações obtidas fornecerão uma percepção da situação pessoal, permitindo relacionar características sociodemográficas com a variável dependente de violência por parceiro íntimo durante a gestação.

Seção II – Antecedentes obstétricos e referentes à saúde reprodutiva:

- esta seção contém perguntas com dados relacionados à saúde da mulher que antecede a última gestação, compondo-se das seguintes variáveis: antecedentes mórbitos, óbito fetal, abortos, partos pré-termos, RN baixo-peso;

- utilizam variáveis como a idade da iniciação sexual, uso de preservativo masculino para prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e os filhos serem do mesmo pai biológico.

Seção III - Dados da gestação atual e características do recém-nascido:

- o propósito desta seção é obter informações para testar hipóteses de variáveis que possam associar a situação de violência no período gestacional com intercorrências clínicas gestacionais e os desfechos neonatais, tais como número de semanas gestacionais, intercorrências na gestação, trabalho de parto prematuro e peso ao nascer.

Seção IV – Características e hábitos do companheiro:

- refere-se aos dados do companheiro, sua escolaridade, ocupação, aceitação da gestação; e questões sobre hábitos de vida do companheiro e da gestante que podem ser prejudiciais a uma gravidez saudável, como uso inadequado do álcool, tabagismo e uso de drogas ilícitas.

Seção V – A entrevistada e seu companheiro:

- destinada à coleta de dados específicos sobre a situação de violência, esta seção explora o tipo de violência sofrida: psicológica, física ou sexual, perpetrada por parceiro íntimo e a violência na gestação.

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de informações a respeito da identificação dos sujeitos da pesquisa e características do recém-nascido foi coletada no prontuário da paciente.

Os dados referentes aos antecedentes pré-gestacionais, dados da gestação atual e intercorrências clínicas da gestação foram coletados através de entrevistas, podendo ser confirmados por meio da carteira do pré-natal da gestante ou do prontuário.

As características sócio-demográficas, os dados do companheiro, os hábitos de vida da gestante e as questões específicas referentes à violência doméstica foram coletados através da abordagem oral durante as entrevistas.

Considerando que o período de internamento no pós-parto dos hospitais utilizados como campo de pesquisa compreende um mínimo de 48 horas até 72 horas ou mais, as entrevistadas foram abordadas quando estavam em condições clínicas favoráveis para responder ao instrumento de coleta de dados.

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados descritivos da população estudada foram tabulados em planilha eletrônica do software Excel®. A análise estatística foi feita com o software Epi Info 7, o teste de associação utilizado foi o qui-quadrado e o qui-quadrado de tendência linear (no caso das variáveis ordenadas), considerando $\alpha = 5\%$. Foi utilizado também o *OddsRatio* (OR) para mensurar a magnitude da associação entre as variáveis e seu respectivo intervalo de confiança (IC95%).

4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Inicialmente, as puérperas foram abordadas no Alojamento Conjunto da maternidade pesquisada, sendo convidadas a participarem da pesquisa. As mulheres que aceitavam a participação foram encaminhadas a uma sala reservada, de modo a garantir sigilo e segurança da mulher e da entrevistadora. Em seguida eram orientadas quanto ao objetivo da pesquisa e como seria a coleta de dados, sendo apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e assinatura de concordância de sua participação na entrevista.

Visto que o estudo abordou um tema delicado, onde parte da população do estudo foi detectada como vulnerável, tratando-se de vítimas de violência no período gestacional, todos os preceitos éticos foram cumpridos rigorosamente.

As entrevistas foram realizadas somente por duas enfermeiras que se capacitaram por meio de um documento da Organização Mundial de Saúde (1999), que apresenta as recomendações éticas e de segurança para os estudos de violência doméstica contra

mulher. Esse manual recomenda que o tema seja abordado como saúde da mulher e suas experiências de vida.

Todas as mulheres foram informadas sobre a confidencialidade das informações e a possibilidade de recusa na participação em qualquer momento da pesquisa. As mulheres que responderem o instrumento de pesquisa em sua totalidade assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Para as mulheres menores de dezoito anos de idade, foi solicitada a assinatura do responsável.

Foi ofertado a todas as entrevistadas um folheto com endereços dos locais de referência para assistência às mulheres vítimas de violência na cidade de Maringá, solicitando às mesmas para que também guardassem sigilo desse material dentro do hospital, a fim de não expô-la e à entrevistadora e garantir a segurança da pesquisa.

As normas para pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidas pela Resolução Nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitadas. O projeto foi encaminhado para avaliação e autorização dos hospitais sedes da pesquisa e, após autorização dos hospitais, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (CAAE 07426912.4.0000.0104), sob o parecer 170704, de 10 de dezembro de 2012.

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1

TÍTULO: Violência física por parceiro íntimo durante a gestação: prevalência e fatores associados

Jenny Karol Gomes Sato Sgobero¹, Thais Aidar de Freitas Mathias²

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência da violência física na gestação e verificar a associação com características sociodemográficas, de saúde reprodutiva da mulher e características do companheiro. **Método:** estudo descritivo, transversal, com 358 puérperas atendidas pelo SUS em dois hospitais de um município do Paraná. Foi utilizado o questionário World Health Organization Violence Against Women - WHO VAW para investigar a ocorrência de violência. Realizou-se análise estatística descritiva, teste qui-quadrado ($p < 0,05$) e o Odds Ratio para mensurar a associação entre as variáveis. **Resultados:** A prevalência da violência física na gestação foi de 7,5% e as variáveis com associação significativa foram: número de gestações; religião; tabagismo da mãe durante a gestação; ter filhos com outro companheiro; uso de drogas ilícitas e desemprego do parceiro durante a gestação. **Conclusão:** Os fatores que se associaram à ocorrência da violência na gestação foram os aspectos sociais da vida da mulher. É fundamental investigar a ocorrência da violência no pré-natal para prevenir desfechos que resultem em graves consequências para saúde da mãe e do recém-nato.

Descritores: Violência contra a Mulher. Gestação. Violência Doméstica. Saúde da Mulher. Fatores de risco.

Article 1 - Physical violence by an intimate partner during pregnancy: Prevalence and associated factors

ABSTRACT

Objective: Identify the prevalence of physical violence during pregnancy and verify its association with socio-demographic characteristics, women's reproductive health characteristics and characteristics of the partner. **Method:** descriptive, cross-sectional study, with 358 recent mothers assisted by SUS at two hospitals of a city in Paraná State, Brazil. The World Health Organization Violence Against Women-WHO VAW questionnaire was used to investigate the occurrence of violence. Statistical descriptive analysis, Chi-square test ($p < 0.05$) and Odds Ratio were employed to measure the association between variables. **Results:** The prevalence of physical violence during pregnancy was 7.5%, and the variables with significant association were: number of pregnancies; religion; smoking by the mother during pregnancy; having children with another partner; use of illicit drugs and unemployment by the partner during the pregnancy. **Conclusion:** The factors linked to the occurrence of violence during pregnancy were the social aspects of the woman's life. It is essential to investigate the occurrence of violence

during the pre-natal stage in order to prevent outcomes that result in serious consequences for the health of the mother and newborn.

Descriptors: Violence against Women. Pregnancy. Domestic violence. Women's Health. Risk factors.

Artículo 1 - Violencia física por el compañero íntimo durante la gestación: Prevalencia y factores asociados

RESUMEN

Objetivo: Identificar la prevalencia de la violencia física en la gestación y verificar la asociación con características sociodemográficas, de salud reproductiva de la mujer y características del compañero. **Método:** estudio descriptivo, transversal, con 358 puérperas atendidas por el Sistema Único de Salud (SUS) en dos hospitales de una ciudad de Paraná. Fue utilizado el cuestionario *World Health Organization Violence Against Women-WHO VAW* para investigar la ocurrencia de violencia. Se realizó análisis estadística descriptiva, prueba chi-cuadrado ($p < 0,05$) y el *OddsRatio* para mensurar la asociación entre las variables. **Resultados:** La prevalencia de la violencia física en la gestación fue de un 7,5% y las variables con asociación significativa fueron: número de gestaciones; religión; tabaquismo de la madre durante la gestación; tener hijos con otro compañero; uso de drogas ilícitas y desempleo del compañero durante la gestación. **Conclusión:** Los factores que se asociaron a la ocurrencia de la violencia en la gestación fueron los aspectos sociales de la vida de la mujer. Es fundamental investigar la ocurrencia de la violencia en el prenatal para prevenir desenlaces que resulten en graves consecuencias para la salud de la madre y del recién nacido.

Descriptores: Violencia contra la Mujer. Gestación. Violencia Doméstica. Salud de la Mujer. Factores de riesgo.

INTRODUÇÃO

A gestação é um período em que as mulheres enfrentam muitas mudanças, podendo ser uma fase vulnerável quanto às condições psicológicas, de autonomia e algumas vezes financeira, possibilitando uma pré-disposição à violência ou ao seu agravamento (VALENTE, 2009)¹. Tem sido relatado que o maior perpetrador de violência contra mulher é o seu parceiro íntimo (BONFIN; LOPES; PERETTO, 2010)²; (MIRANDA; DE PAULA; BORDIN, 2010)³.

No âmbito mundial, a violência física na gestação apresenta uma variabilidade em suas prevalências. Os menores índices encontrados foram de 2% em países como a Austrália, Dinamarca, Camboja e Filipinas e as maiores taxas foram de 10,6% na

Colômbia, 11,1% na Nicarágua e 13,5% na Uganda. A maioria dos países apresentaram prevalências entre 3,8 e 8,8%, com maior predomínio nos países da África e América Latina (DREVIES, KISHOR, HOLLY et al., 2010)⁴.

As mulheres que sofrem violência física na gestação apresentam complicações quanto à própria saúde e a fetal, apresentando consequências dentre as quais se pode verificar distúrbios mentais, incluindo a depressão, ansiedade e fobias; vícios nocivos como uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas; a ruptura uterina, o baixo peso ao nascimento e a prematuridade; chegando a desfechos fatais como a morte materna e o óbito fetal. Vale destacar que as gestantes em situação de violência iniciam o pré-natal tardiamente (VOS, ASTBURY, PIERS, et al., 2006)⁵ e (EL KADY, GILBERT, XING et al., 2005)⁶, (MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010)⁷.

Apesar de a literatura demonstrar a magnitude do fenômeno da violência na gestação para a saúde da mãe e do concepto, ainda existe uma invisibilidade social do fenômeno da violência (LETTIERE; NAKANO, 2011)⁸, de modo que identificar as características das mulheres na gestação e sua situação conjugal possibilita elaborar uma assistência mais adequada (BARRETO; MATHIAS, 2013)⁹. Estudos com a temática da violência legitimam esse agravo como um problema para a área da saúde, o qual necessita ser abordado tanto no campo da pesquisa como na assistência (ARAGÃO, FERRIANI, VENDRUSCOLLO, et al., 2013)¹⁰. Além disso, não temos conhecimento, até o momento, de literatura científica referente a esse tema no Estado do Paraná. Portanto, neste estudo buscou-se identificar o agravo da violência a fim de fornecer subsídios que permitam criar mecanismos de gestão local e planejamento de ações em Saúde Pública com a atenção voltada à saúde materna.

Sendo assim, este estudo teve como objetivo verificar a prevalência e os fatores associados à violência física na gestação em município de médio porte do sul do Brasil.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo e transversal cuja população foi constituída por puérperas residentes em Maringá, internadas em Unidade de Alojamento Conjunto (UAC) de dois hospitais de referência ao parto pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A amostra foi calculada considerando os 2178 partos financiados pelo SUS em residentes no município no ano de 2011, considerando um nível de confiança de 95%, margem de erro de 4% e prevalência de violência física na gestação de 20%. Como não existem estudos na região sobre violência na gestação, a prevalência de 20% foi fundamentada em estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro (MORAES, ARANA, REICHENHEIM, 2010)⁷. A amostra foi composta por 358 puérperas, já considerando 10% para possíveis perdas.

Os critérios de inclusão foram: puérperas em qualquer idade, com conceitos acima de 500g que estivessem em UAC, em condições físicas e dispostas a participarem da pesquisa. O período de coleta de dados aconteceu entre dezembro de 2012 a abril de 2013. As informações foram obtidas por meio de entrevista com as mulheres, em uma sala reservada, sem a presença do parceiro, garantido sua segurança e da entrevistadora, assim como o sigilo.

Para identificar a ocorrência da violência por parceiro íntimo durante a gestação foi utilizado o questionário World Health Organization Violence Against Women (WHO VAW), instrumento multidimensional de pesquisa validado no Brasil por Schraiber, Latorre, França (2010)¹¹. Ainda foram acrescentadas outras perguntas ao instrumento, as quais eram pertinentes ao tema de estudo. As entrevistas foram realizadas somente por duas enfermeiras que se capacitaram por meio de um documento da Organização Mundial de Saúde (1999)¹² que contém recomendações éticas e de segurança para os estudos de violência doméstica contra mulher.

A variável dependente foi a ocorrência de Violência Física por Parceiro Íntimo (VFPI) durante a gestação atual ou em gestações anteriores. Para conseguir os dados que respondessem a esta variável dicotômica, foi feita a pergunta: “Houve alguma ocasião na vida em que você foi agredida fisicamente por um companheiro quando estava grávida?”. As variáveis independentes selecionadas para determinar os possíveis fatores associados à agressão física durante a gestação contemplaram as características sociodemográficas, econômicas e hábitos da mãe (idade, escolaridade, possuir ou não companheiro, ocupação, renda familiar em salários mínimos (SM), raça/cor e religião, ingestão de bebida alcoólica, tabagismo e uso de drogas); os antecedentes obstétricos e reprodutivos (nº de gestações, nº de filhos, filhos prematuros e com baixo peso ao nascimento, óbito fetal, aborto, uso de camisinha e recusa do uso de camisinha, e filhos do mesmo pai); e características e hábitos

do companheiro (idade, escolaridade, trabalho na gestação, se queria a gestação, ingestão de bebida alcoólica e uso de drogas).

Os dados coletados foram tabulados em planilha eletrônica do programa Excel 2007. A análise descritiva foi feita com uso do software Statística7. Foi utilizado o software Epi Info 7 para a análise estatística, e o teste de associação realizado foi o qui-quadrado, considerado $\alpha=5\%$. Foi utilizado o Odds Ratio (OR) para mensurar a magnitude da associação entre as variáveis. Testes com $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (CAAE 07426912.4.0000.0104), sob o parecer 170704 de 10 de dezembro de 2012.

Foi entregue a todas as mulheres um folheto com endereços dos locais de referência para assistência em situações de violência no município, constando o nome das instituições, endereços e telefones, seguido de orientações para as mesmas.

RESULTADOS

A prevalência de violência física durante a gestação foi de 7,5% do total de mulheres entrevistadas ($n=27$). Houve predomínio de mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos (70,9%), sendo que 19% eram adolescentes com até 19 anos. A maioria das mulheres não tinha terminado o ensino médio (93%), vivia com companheiro (88,5%), era branca (51,1%), tinha a renda familiar entre um e três salários mínimos (70,1%), e era católica (39,7%) ou evangélica (37,1%). Apenas 12,8% fumaram durante a gestação, 14,2% fizeram ingestão de álcool e 4,2% mulheres admitiram já ter usado ou fazer uso de drogas. Do total de entrevistadas, 41,6% eram primigestas e 58,4% multigestas (Tabela1).

Tabela 1. Distribuição de puérperas residentes em Maringá-PR, segundo variáveis sociodemográficas, econômicas e hábitos maternos.

Variáveis sociodemográficas	Puérperas (N=358)	
	N	%
Idade (anos)		
10-19	68	19,0
20-34	254	70,9
35 ou +	36	10,1
Escolaridade (anos)		
1-4	13	3,6
5-8	122	34,1
9-11	198	55,3
12 ou +	25	7,0
Companheiro		
Sim	317	88,5
Não	41	11,5
Ocupação		
Do lar/Estudante	141	39,4
Carteira assinada	51	14,2
Autônoma	166	46,4
Raça/cor		
Preto/pardo	175	48,9
Branca/amarela	183	51,1
Renda em salários mínimos		
Abaixo de 3	251	70,1
Acima de 3	107	29,9
Religião		
Católica	142	39,7
Evangélica	133	37,2
Outras	9	2,5
Nenhuma	74	20,7
Fumou na gestação		
Sim	46	12,8
Não	312	87,2
Ingestão de bebida alcoólica		
Sim	51	14,2
Não	307	85,8
Uso de drogas		
Sim	15	4,2
Não	343	95,8
Nº de gestações		
Multigesta	209	58,4
Primigesta	149	41,6
Violência física na gestação		
Sim	27	7,5
Não	331	92,5

A Tabela 2 demonstra que a violência física na gestação apresentou associação significativa com a variável religião, sendo que as mulheres que admitiram não ter religião apresentaram 3,1 vezes mais chance de relatarem a ocorrência da violência física durante

alguma gestação ($p=0,008$). Verificou-se também que a violência na gestação esteve relacionada com o hábito de fumar, as mulheres que relataram este vício tiveram 2,7 vezes mais chance de serem violentadas neste período ($p=0,025$).

Vale destacar ainda que a violência física foi mais frequente para as mulheres com menor escolaridade, com baixa renda e com relato do uso de drogas antes ou durante a gestação, embora estas variáveis não tenham apresentado associação com a violência.

Tabela 2. Razão de chances de violência física na gestação e características socioeconômicas, hábitos materno e número de gestações, Maringá-PR, 2012-2013.

Variáveis sociodemográficas	Total	Violência na gestação					p-valor
		Sim (N=27)		OR	IC		
		N	%				
Idade (anos)						0,704	
10-19	68	3	4,4	0,8	0,1-4,9		
20-34	254	22	8,7	1,6	0,4-7,2		
35 ou +	36	2	5,6				
Escolaridade (anos)						0,160	
1-4	13	2	15,4	4,4	0,3-53,4		
5-8	122	12	9,8	2,6	0,3-21,1		
9-11	198	12	6,1	1,5	0,2-12,4		
12 ou +	25	1	4,0				
Companheiro						0,954	
Sim	317	24	7,6	1,0	0,29-3,61		
Não	41	3	7,3				
Ocupação						0,912	
Do lar/Estudante	141	11	7,8	1,0	0,3-3,3		
Carteira assinada	51	4	7,8				
Autônoma	166	12	7,2	0,9	0,3-2,3		
Raça/cor						0,749	
Preto/pardo	175	14	8,0	1,1	0,5-2,5		
Branca/amarela	183	13	7,1				
Renda em SM						0,180	
Abaixo de 3	251	22	8,8	2,0	0,7-5,3		
Acima de 3	107	5	4,7				
Religião						0,008	
Católica	142	6	4,2				
Evangélica	133	11	8,3	2,0	0,7-5,7		
Outras	9	1	12,5	2,8	0,3-26,4		
Nenhuma	74	9	12,2	3,1	1,1-9,2		
Fumou na gestação						0,025	
Sim	46	8	17,4	2,7	1,1-6,5		
Não	312	19	6,1				
Ingestão de bebida alcóolica						0,628	
Sim	51	3	5,9	0,7	0,2-2,5		
Não	307	24	7,8				
Uso de drogas						0,385	
Sim	15	2	13,3	2,0	0,4-9,1		
Não	343	25	7,3				
Nº de gestações						0,001	
Multigesta	209	24	11,5	6,3	1,9-21,4		
Primigesta	149	3	2,0				

Verificou-se que as mulheres multigestas (11,5%) foram mais violentadas do que as primigestas (2,%) com chance 6,3 vezes maior ($p < 0,001$). Além disso, do total de mulheres que relataram violência na gestação, apenas três (11,1%) eram primigestas. A partir dessa constatação, a análise das Tabelas 3 e 4 foram realizadas considerando apenas a ocorrência

da violência especificamente no grupo das multigestas (n=209), pois a variável de interesse foi a ocorrência da violência em qualquer gestação, e este fato aconteceu, em sua maioria, nas mulheres com duas gestações ou mais.

No que se refere aos antecedentes obstétricos e reprodutivos das multigestas, a violência física na gestação apresentou associação com o fato de a mulher ter um ou mais filhos de outro companheiro que não o atual (OR= 3,4; p=0,011) (Tabela 3).

Tabela 3. Razão de chances de violência física na gestação em multigestas segundo antecedentes obstétricos e reprodutivos, Maringá-PR, 2012-2013.

Antecedentes obstétricos e reprodutivos	Violência na gestação				Total	OR	IC	p-valor
	Sim (n=24)		Não (n=185)					
	N	%	N	%				
Óbito fetal								0,130
Sim	3	25,0	9	75,0	12	2,8	0,7-11,1	
Não	21	10,7	176	89,3	197			
Aborto								0,595
Sim	8	13,3	52	86,7	60	1,3	0,5-3,2	
Não	16	10,7	133	89,3	149			
Filhos prematuros								0,494
Sim	1	6,3	15	93,7	16	0,5	0,1-3,9	
Não	23	11,9	170	88,1	193			
Filhos baixo peso								0,562
Sim	2	16,7	10	83,3	12	1,6	0,3-7,7	
Não	22	11,2	175	88,8	197			
Idade da 1ª relação sexual								0,599
<16	12	12,8	82	87,2	94	1,3	0,5-2,9	
16 ou +	12	10,4	103	89,6	115			
Recusa uso de camisinha*								0,503
Sim	6	15,4	33	84,6	39	1,4	0,5-4,0	
Não	13	11,3	102	88,7	115			
Filhos de outro pai**								0,011
Sim	16	17,8	74	82,2	90	3,4	1,3-9,2	
Não	6	5,9	95	94,1	101			

*Apenas as multigestas que relataram já ter usado camisinha com o companheiro

**Apenas as multigestas com filhos vivos

Em relação às características do companheiro, houve associação da violência física durante a gestação com o fato de o companheiro não ter trabalhado durante a gestação (OR=8,2); e entre os companheiros que usaram ou ainda fazem uso de drogas ilícitas (OR=3,2) (Tabela 4).

Tabela 4. Razão de chances de violência física na gestação em multigestas segundo características e hábitos do companheiro, Maringá-PR, 2012-2013.

Características do companheiro	Violência na gestação				Total	OR	IC	p-valor
	Sim (n=24)		Não (n=293)					
	N	%	N	%				
Idade (anos)								0,936
10-19	-	-	20	6,8	20	-	-	
20-34	19	79,2	218	74,4	237	1,0	0,3-2,7	
35 ou +	5	20,8	55	18,8	60			
Escolaridade* (anos)								0,634
1-4	-	-	-	-	-	-	-	
5-8	8	33,3	113	39,1	121	0,7	0,1-3,4	
9-11	14	58,4	157	54,3	171	0,8	0,2-4,0	
12 ou +	2	9,5	19	90,5	21			
Trabalhou na gestação								0,001
Não	3	37,5	5	62,5	8	8,2	1,8-36,8	
Sim	21	6,8	288	93,2	309			
Queria esta gestação								0,3527
Não	11	10,0	99	90,0	109	1,5	0,63-3,5	
Sim	13	6,3	194	93,7	206			
Frequência da ingestão de álcool								0,169
Todos/quase todos os dias	2	8,0	23	92,0	25	0,8	0,2-3,8	
Uma vez na semana	6	5,4	105	94,5	111	0,5	0,2-1,4	
Uma ou duas vezes mês	4	6,8	55	93,2	59	0,7	0,2-2,2	
Nunca	12	9,9	110	90,1	122			
Uso de drogas								0,0312
Sim	5	17,9	23	82,1	28	3,1	1,0-9,0	
Não	19	6,6	270	93,4	289			

*Quatro mulheres não sabiam referir à escolaridade de seu parceiro.

DISCUSSÃO

A prevalência de violência física na gestação encontrada neste estudo foi de 7,5%. Esta taxa se aproxima dos resultados descritos em Recife, estado de Pernambuco, com 7,4%, e Ribeirão Preto, estado de São Paulo, com 7,6%. Menores taxas foram encontradas

em Campinas, no estado de São Paulo, com 5,7%, e 5,1% no Rio de Janeiro (MENEZES, AMORIM, SANTOS et al., 2003)¹³, (PUCCIA, 2012)¹⁴, (AUDI, SEGAL-CORRÊA, SANTIAGO, 2008)¹⁵, (SANTOS, LOVISI, VALENTE, 2010)¹⁶.

Por outro lado, a prevalência deste estudo foi inferior às verificadas em outros estudos nacionais, como em São Paulo, com 13,5% (DURAND, SCHRAIBER, 2007)¹⁷; e 14% (FERRI, MITSUHIRO, BARROS, 2007)¹⁸; ou Rio de Janeiro, com 18% (AMORIM, REICHENHEIM, MORAES, 2004)¹⁹, 20% (MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010)⁷. Esses últimos estudos demonstram um aumento no relato de violência que pode estar associado a investimentos das políticas públicas de incentivos as denúncias; maior disponibilidade dos serviços de referência; campanhas de divulgação que possibilitaram uma maior visibilidade desse agravo; uma mudança de valores e a conscientização por parte da mulher acerca de seus direitos; além da melhoria nas notificações dos casos e das formas de monitoramento de tal tipo de evento.

A prevalência de violência na gestação encontrada neste estudo e as diferentes prevalências encontradas no resultado de outros estudos demonstram a variabilidade do agravo em contextos diversos, que é influenciada pelas características das populações e contextos historicamente construídos por ideologias que legitimam e classificam homens e mulheres com papéis sociais desiguais e com relações assimétricas de dominação masculina (GUEDES; FONSECA, 2011)²⁰.

Também a forma de abordagem na realização de uma pesquisa nessa área, como o tipo de instrumento utilizado, tempo e local podem interferir nos resultados. O constrangimento ao assumir ter sido vítima de alguma violência depende tanto da percepção da violência quanto da coragem de confirmar algo humilhante e embaraçoso. Assim, é possível que todos esses fatores possam contribuir para subestimação dos dados, fazendo com que seja apresentada uma prevalência de VFPI na gestação menor que a de outros estudos, ou mesmo maior do que a que realmente ocorre na comunidade, ainda que a presente pesquisa tenha respeitado as recomendações da literatura (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE, 1999)¹², a fim de reduzir a subinformação, seguindo recomendações éticas e de segurança para os estudos de violência doméstica contra mulher.

A religião foi um fator que, embora tenha apresentado associação com a violência, constitui uma variável de interpretação difícil por envolver dogmas religiosos que interferem no relato da violência (DURAND, SCHRAIBER, 2007)¹⁷. As mulheres que

relataram ter religião apresentaram uma prevalência menor de VFPI na gestação do que as mulheres que disseram não ter religião. Assumir não ter religião pode ser tabu na sociedade cristã, e assumir a violência também pode ter esse caráter, o que deve ser considerado também como possibilidade de subinformação por parte da mulher que tem religião em relatar ocorrência da violência.

A violência física mostrou associação com o tabagismo da mulher durante a gestação. Como este é um estudo de corte transversal, deve ser considerado que o desfecho, violência, e o fator associado foram analisados ao mesmo tempo. Portanto, esta é outra limitação do estudo, de modo que as associações aqui encontradas não podem ser afirmadas em uma relação de causa e efeito. Contudo, é possível que a perda da autoestima levasse a mulher a adquirir comportamentos de risco, como o hábito de fumar para aliviar o estresse e o sofrimento causados pela violência (MENEZES, AMORIN, SANTOS et al., 2003)¹³, (DAHMER, GABATZ, VIEIRA et al., 2012)²¹.

Os resultados deste estudo demonstraram que a ocorrência da violência foi predominante no grupo de mulheres multigestas, o que corrobora com outros estudos (SANTOS, LOVISI, VALENTE et al, 2010)¹⁶, (KRONBAUER, MENEGUEL, 2005)²². As mulheres com mais filhos são mais suscetíveis à violência, a qual pode decorrer do fato de um maior número de filhos gerar aumento do estresse nas famílias (DURAND, SCHRAIBER, 2007)¹⁷. Outra possível realidade é que as mulheres que sofrem violência estejam sujeitas a uma situação de submissão, tendo menos poder de negociação na relação sexual quanto ao uso de meios contraceptivos e estando mais suscetível a uma gravidez indesejada, tornando-as mães de vários filhos (CASTRO, RUIZ, 2004)²³.

A associação entre a VFPI na gestação e a mulher ter um ou mais filhos que não sejam do seu parceiro atual encontrada neste estudo também foi relatada em um estudo realizado no México, o qual faz referência à violência no período gestacional como um padrão mais grave de violência, pois, além de comprometer a saúde da mulher, pode comprometer também a infância, quando a violência é exercida por seu parceiro em seus filhos (CASTRO; RUIZ, 2004)²³.

Em relação às características do companheiro, a VFPI na gestação esteve associada ao desemprego durante a gestação. Uma das prováveis explicações é que, ao estar desempregado, o companheiro torna-se mais violento com a esposa e os filhos (KRONBAUER; MENEGUEL, 2005)²². O fato de estar sem renda e, em algumas situações, a percepção de que a esposa é financeiramente independente ou que pode se

tornar chefe de família aumenta a chance de episódios de violência física (VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011)²⁴.

Outro resultado deste estudo foi a associação entre o uso de drogas e a agressão física na gestação. Esta associação encontrada corrobora com um estudo que já apontou o uso de drogas pelo companheiro como fator preditivo para violência (VIEIRA, PERDONA, SANTOS, 2011)²⁴.

Em se tratando do companheiro, a situação de desemprego e o uso de drogas ilícitas foram as variáveis que estiveram associadas à violência física na gestação. Além disso, a VFPI na gestação foi mais frequente entre os companheiros com maior escolaridade e entre os que não aceitaram a gestação, embora estas variáveis não apresentassem associação estatisticamente significativa.

Nesse sentido, os resultados deste estudo demonstram que os fatores associados à violência física na gestação estão relacionados ao paradigma que envolve os parceiros íntimos em situação de violência como a situação de baixa autonomia feminina e a relação de poder do homem sobre a mulher (LABRONICI, FERRAZ, TRIGUEIRO et al., 2010)²⁵.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo mostraram que o fato de a mulher ser multigesta, os comportamentos de risco da mulher e do parceiro, a situação de desemprego do companheiro e os rearranjos familiares foram os fatores que mais frequentemente permearam a situação de violência física por parceiro íntimo na gestação.

Vale destacar a importância de estudos que evidenciem o agravo da violência para os trabalhadores de saúde. Especificamente durante a gestação, conhecer os fatores que se associam à ocorrência da violência física nesse período permite instrumentalizar os profissionais da saúde, especialmente o enfermeiro, a identificar essas características na gestante e sua família priorizando um atendimento mais próximo, com equipe multiprofissional e abordagem interdisciplinar, a fim de fazer os encaminhamentos necessários no sentido de proteção da mulher, de seus filhos e sua família, prevenindo agravos decorrentes dessa violência.

Este estudo apresentou algumas limitações que são referentes ao tema da variável de interesse, uma vez que depende da resposta afirmativa da mulher à questão da pesquisa, que envolve fatores culturais e emocionais. O ato de relatar a violência na gestação é

enfrentado com dificuldade, e é provável que algumas mulheres possam ter omitido o agravo.

A complexidade e importância da violência remetem à necessidade de conhecer os fatores envolvidos com fins de legitimar a problemática deste agravo no âmbito da saúde. Apesar do aumento da produção científica sobre o tema nos últimos anos, ainda existem lacunas do conhecimento, sendo necessário investigar outros contextos que envolvam a violência como, por exemplo, aspectos psicológicos das gestantes vítimas de violência, experiências positivas e redes de apoio às mulheres e seus companheiros, e a efetividade dos serviços de saúde e de assistência às vítimas.

Sugere-se que o agravo da violência seja investigado pelos profissionais de saúde na rotina do pré-natal, considerando que, especialmente durante a gestação, tal violência pode resultar em graves consequências para saúde da mãe e do recém-nato.

REFERÊNCIAS

1. Valente CCB. Prevalência de violência doméstica durante a gestação em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde na cidade do Rio de Janeiro. Dissertação (mestrado)–Universidade Federal do Rio de Janeiro. Faculdade de Medicina. Pós-graduação em Saúde Coletiva; 2009. .
2. Bonfin EG, Lopes MJM, Peretto M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. Esc. Anna Nery 2010; 14(1):97-104.
3. Miranda MPM, Paula CS, Bordin IA. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. Rev Panam Salud Publica. 2010; 27(4): 300-8.
4. Drevies KM, Kishor S, Holly J, et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. Reproductive Health Matters. 2010; 18(36):158–170.
5. Vos T, Astbury J, Piers LS et al. Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. Bull World Health Organ 2006; 84:739-44.
6. El Kady, Gilbert WM, Xing G et al. Maternal and neonatal outcomes of assaults during pregnancy. Obstetrics and gynecology, 2005; 105(2):357-63.
7. Moraes CL, Arana FDN, Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. Rev. Saúde Pública. 2010; 44(4):667-676.

8. Lettiere A, Nakano MAS. Violência doméstica: as possibilidades e os limites de enfrentamento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 2011; 19(6):08 telas.
9. Barreto MS, Mathias TAF. Cuidado á gestante na atenção básica: relato de atividades em estágio curricular. *Rev Rene*. 2013; 14(3):639-48.
10. Aragão AS, Ferriani MGC, Vendruscollo TS, et al. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2013, 21(n.spe): 172-179.
11. Schraiber LB, Latorre MRDO, França JR I et al. Validade do instrumento WHO VAW Study para estimar violência de gênero contra mulher. *Rev. Saúde Pública* 2010; 44(4).
12. Organización Mundial de la Salud. Programa Mundial sobre Puebas Científicas para las Políticas de Salud. Dando prioridad a las mujeres: recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia contra las mujeres. Ginebra, Suiza, 1999.
13. Menezes TC, Amorim MMR, Santos LC et al. Violência Física Doméstica e Gestação: Resultados de um Inquérito no Puerpério. *RBGO* 2003; 25(5).
14. Puccia MIR. Violência por parceiro íntimo e morbidade materna grave. Tese. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto 2012; p.144.
15. Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(5): 877-885.
16. Santos, AS, Lovisi GM, Valente CCB et al. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet.*, 2010; 18 (4):483-93.
17. Durand JG, Schraiber LB. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. *Rev. bras. epidemiol.* 2007; 10(3).
18. Ferri CP, Mitsuhiro SS, Barros MCM et al. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. *BMC Public Health* 2007; 7: 209.
19. Amorim AR, Reichenheim ME, Moraes CL. Diferenciais de ganho de peso: o papel da violência física conjugal durante a gestação. 91 f. Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2004.
20. Guedes RN, Fonseca RMGS. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. *Rev. Esc. Enferm da USP* 2011; 45(spe2).
21. Dahmer TS, Gabatz RIB, Vieira LB, et al. Violência no contexto das relações familiares: implicações na saúde e vida das mulheres. *Cienc. Cuid. Saude* 2012; 11(3): 497-505.
22. Kronbauer JFD, Meneguel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(5): 695-701.

23. Castro R, Ruiz, A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. Rev. Saúde Pública 2004; 38(1): 62-70.
24. Vieira EM, Perdoná GSC, Santos, MA. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. Rev. Saúde Pública 2011; 45(4): 730-737.
25. Labronici LM, Ferraz MIR, Trigueiro TH et al. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. Rev. esc. enferm. USP. 2010; 44(1): 126-133.

5.2 ARTIGO 2

Violência por parceiro íntimo e intercorrências clínicas durante a gestação: um estudo com puérperas em alojamento conjunto.

Jenny Karol Gomes Sato Sgobero¹, Thais Aidar de Freitas Mathias²

RESUMO:

Objetivo: investigar se a violência psicológica, física e sexual ocorrida doze meses antes do parto podem contribuir para ocorrência de intercorrências clínicas na gestação. **Método:** Estudo transversal com 358 puérperas atendidas para o parto em dois hospitais de referência ao Sistema Único de Saúde, em um município de médio porte do Paraná. Aplicou-se o instrumento World Health Organization Violence Against Women para estimar a violência na gestação. Foram consideradas intercorrências clínicas na gestação a infecção do trato urinário, doença hipertensiva exclusiva da gestação, vaginoses, descolamento prematuro de placenta, trabalho de parto prematuro, hemorragias e infecções. Foi realizada análise descritiva utilizando o software Statística7, o teste do qui-quadrado, e Odds Ratio (OR) brutos para mensurar a magnitude da associação com nível de confiança de $p < 0,05$. **Resultados:** das 358 entrevistadas, 21,8% sofreram algum tipo de violência durante a gestação e 55,3% tiveram algum tipo de intercorrência. Entre essas, 20,2% sofreram violência psicológica; 6,6%, violência física e 2,5%, violência sexual. As intercorrências clínicas que se associaram à violência foram: infecção do trato urinário e trabalho de parto prematuro. **Conclusão:** o estudo demonstrou associação entre a violência e a ocorrência de intercorrências clínicas na gestação. As repercussões da violência por parceiro íntimo sobre a saúde da mulher, particularmente no período gestacional, e as intercorrências obstétricas que este agravo pode acarretar ainda são objeto de estudo que precisam ser mais explorados tanto em pesquisas acadêmicas como no cuidado a saúde da mulher.

Descritores: Violência. Gestação. Complicações na gravidez. Saúde materna.

Article 2

Intimate partner violence and clinical complications during pregnancy: a study of postpartum rooming-in.

ABSTRACT

Objective: to investigate whether psychological, physical and sexual violence 12 months before childbirth can contribute to the occurrence of clinical complications during pregnancy. **Method:** Cross-sectional study with 358 recent mothers assisted for childbirth at two reference hospitals within Brazil's Unified Health System, at a mid-sized city in Paraná State, Brazil. The World Health Organization Violence Against Women tool was applied to estimate violence during pregnancy. Urinary tract infection, pregnancy

hypertension, vaginitis, placental abruption, premature labor, hemorrhages and infections were regarded as clinical complications during pregnancy. A descriptive analysis was carried out using Statistica 7 software, Chi-square test and gross Odds Ratio (OR) to measure the magnitude of the association, with confidence level of $p < 0.05$. **Results:** of the 358 interviewed subjects, 21.8% suffered some type of violence during the pregnancy, and 55.3% had some sort of complication. Among those, 20.2% suffered psychological violence; 6.6% physical violence; and 2.5% sexual violence. The clinical complications linked to violence were urinary tract infection and premature labor. **Conclusion:** the study showed an association between violence and the occurrence of clinical complications during pregnancy. The repercussions of violence by an intimate partner on the woman's health and the obstetric complications this can create are still an object of study that must be further explored, both in academic studies and in women's health care.

Descriptors: Violence. Pregnancy. Pregnancy complications. Mother's health.

Artículo 2

Violencia por el compañero íntimo e interurrencias clínicas durante la gestación: un estudio con puérperas en alojamiento conjunto.

RESUMEN:

Objetivo: investigar si la violencia psicológica, física y sexual ocurrida doce meses antes del parto pueden contribuir para ocurrencia de interurrencias clínicas en la gestación. **Método:** Estudio transversal con 358 puérperas atendidas para el parto en dos hospitales de referencia al Sistema Único de Salud, en una ciudad mediana de Paraná. Fue aplicado el instrumento *World Health Organization Violence Against Women* para estimar la violencia en la gestación. Fueron consideradas interurrencias clínicas en la gestación la infección del tracto urinario, enfermedad hipertensiva exclusiva de la gestación, vaginosis, desprendimiento prematuro de placenta, trabajo de parto prematuro, hemorragias e infecciones. Fue realizado análisis descriptivo utilizando el *software Statística7*, la prueba del chi-cuadrado, y *Odds Ratio* (OR) brutos para mensurar la magnitud de la asociación con nivel de confianza de $p < 0,05$. **Resultados:** de las 358 entrevistadas, un 21,8% sufrió algún tipo de violencia durante la gestación y un 55,3% tuvo algún tipo de interurrencias. Entre estas, un 20,2% sufrió violencia psicológica; un 6,6%% violencia física y un 2,5% violencia sexual. Las interurrencias clínicas que se asociaron a la violencia fueron: infección del tracto urinario y trabajo de parto prematuro. **Conclusión:** el estudio demostró asociación entre la violencia y la ocurrencia de interurrencias clínicas en la gestación. Las repercusiones de la violencia por el compañero íntimo sobre la salud de la mujer, particularmente en el período gestacional y las interurrencias obstétricas que este agravio puede acarrear, aun son objeto de estudio que necesitan ser más explorados tanto en investigaciones académicas como en el cuidado a la salud de la mujer.

Descriptor: Violencia. Gestación. Complicaciones en el embarazo. Salud materna.

INTRODUÇÃO

A violência por parceiro íntimo é um problema de Saúde pública que afeta milhões de mulheres em todo o mundo, independente de raça, idade, etnia, classe econômica, religião ou escolaridade (LABRONICI, FERRAZ, TRIGUEIRO et al., 2010)¹; (COMMITTEE ON HEALTH CARE FOR UNDERSERVED WOMEN, 2012)². Internacionalmente, um estudo realizado em 10 países constatou que a violência doméstica contra as mulheres variou de 15% a 71% (MORENO, JANSEN, ELLSBERG et al., 2006)³.

No que diz respeito à violência no período gestacional, os dados da World Health Organization (2011)⁴, resultantes de um estudo multipaíses sobre violência na gestação, apresentou prevalências que variam entre 4% e 32%. As maiores prevalências foram encontradas no Egito (32%), seguido pela Índia (28%), Arábia Saudita (21%) e México (11%). A compreensão sobre os tipos mais comuns de violência, as prevalências encontradas, os fatores que se associam a este agravo e os desfechos com o recém-nascido tem sido amplamente explorados (SILVA, LUDERMIR, ARAUJO et al., 2011)⁵, (WHO, 2011)⁴, (AUDI, SEGALL-CORRÊA, SANTIAGO et al., 2008)⁶, (EL KADY, GILBERT, XING et al., 2005)⁷. No entanto, poucos são os estudos que investigaram a violência e sua associação com a ocorrência de complicações na gestação.

A violência por parceiro íntimo (VPI) é um fenômeno oculto, pois geralmente ocorre na vida privada e está diretamente relacionado à saúde sexual e reprodutiva da mulher, com implicações no processo de cuidar da saúde (VIEIRA; PADOIM; PAULA, 2010)⁸, (ELLSBERG, 2006)⁹.

As gestantes vítimas de violência pelo parceiro íntimo são mais propensas ao estresse, ao etilismo, ao uso de drogas ilícitas, a ter um aumento de complicações infecciosas na gestação, a não aderirem ou iniciarem tardiamente o pré-natal, e a terem maior número de complicações obstétricas que necessitem de internamentos antes do parto (PEREIRA, LOVISI, LIMA et al., 2010)¹⁰, (RABELLO; CALDAS JUNIOR, 2007)¹¹, (CHAMBLISS, 2008)¹², (MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010)¹³.

Os abusos, sejam psicológicos, físicos ou sexuais, ainda podem causar complicações na gravidez, que vão desde o retardo do crescimento intrauterino com o aumento do risco de aborto, hemorragia pré-parto, mortes perinatais, até a mortalidade

materna por homicídios (FANSLOW, SILVA, WHITEHEAD, 2008)¹⁴, (JANSEN, HOLT, SUGG et al., 2003)¹⁵, MC FARLANE; CAMPBELL, SHARPS, 2002)¹⁶, (EL KADY, GILBERT, XING et al., 2005)⁷.

Nesse sentido, a violência pode ocasionar graves consequências à saúde da mãe e do concepto. Portanto, é importante avaliar a violência como um fator que se associa aos diferentes tipos de intercorrências para prevenir possíveis desfechos de maior gravidade associados à violência, como o *near miss*, a prematuridade, o baixo peso do recém-nascido, ou mesmo óbitos maternos e fetais (PUCCIA, 2012)¹⁷; EL KADY, GILBERT, XING et al., 2005)⁷, (CAMPERO et al., 2006)¹⁸, (FONSECA; COUTINHO, 2010)¹⁹.

Um estudo multipaíses da OMS investigou a importância da ocorrência de violência por parceiro íntimo antes da gestação, verificando que a maioria das entrevistadas que admitiram abuso físico durante a gravidez também foram espancadas antes de engravidar (GARCIA-MORENO, JANSEN, ELLSBERG et al., 2005)²⁰. O fato de a mulher admitir ter sido violentada dentro de até doze meses antecedentes ao parto pode indicar que isso tenha ocorrido também durante a gestação.

Considerando a mulher e a sua complexidade de coexistir com a violência e os reflexos que esse agravo produz no meio familiar; as implicações para sua saúde e do concepto; que a produção de mais conhecimentos e saberes para a enfermagem contribuem para instrumentalizar o profissional no sentido de colaborar para emancipação das mulheres envolvidas na situação de violência (BATISTA, 2013)²¹ e ainda a escassez de estudos que abordem a violência por parceiro íntimo de forma associada às complicações na gestação, é que foi proposto o presente estudo.

Assim, foi objetivo deste trabalho investigar a prevalência da violência em suas formas psicológica, física e sexual, dentro do período de doze meses que precedem o parto, como possíveis fatores contribuintes para ocorrência de complicações obstétricas.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Foi realizado um estudo transversal, com população de 358 puérperas residentes na cidade de Maringá-PR, internadas em Unidade de Alojamento Conjunto (UAC), em dois hospitais conveniados ao Sistema único de Saúde para o atendimento ao parto nos serviços públicos de dois hospitais de referência ao parto.

Amostra e critérios de inclusão

O cálculo da amostra baseou-se nos 2178 partos financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em residentes no município de Maringá, no ano de 2011, considerando nível de confiança de 95% e margem de erro de 4%. Como não existem estudos na região sobre violência na gestação, foi utilizada a prevalência de 20% de acordo com estudo realizado na cidade de São Paulo (SCHRAIBER; DURAN 2007)²². A amostra foi composta por 358 puérperas, já considerando 10% para possíveis perdas. Foi realizada a técnica de amostragem estratificada proporcional ao número de partos realizados em cada hospital de referência para os nascimentos pelo SUS, chegando a uma amostra de 67 puérperas para o Hospital 1 e 291 para o Hospital 2.

Foram incluídas no estudo puérperas residentes em Maringá, com conceitos nascidos vivos ou natimorto, que estivessem em UAC e em condições físicas e dispostas a participarem da pesquisa. A coleta de dados aconteceu entre os meses dezembro de 2012 e abril de 2013.

Instrumentos de coleta e variáveis de estudo

Os dados sobre a violência na gestação foram obtidos diretamente das mulheres entrevistadas através da aplicação de um instrumento multidimensional de pesquisa denominado World Health Organization Violence Against Women- WHO VAW e validado no Brasil por Schraiber, Latorre, França et al. (2010)²³, que identifica a ocorrência da violência por parceiro íntimo durante a gestação.

A violência foi considerada como variável independente e analisada segundo os aspectos socioeconômicos, idade, escolaridade, estado conjugal, ocupação, renda, raça/cor e o comportamento materno de risco: tabagismo, uso de álcool na gestação, já ter feito ou fazer uso de drogas e idade gestacional do início do pré-natal, esta última descrita pelo Center Diseases Control (2012)²⁴, referindo que as mulheres violentadas demoram mais para iniciar o acompanhamento pré-natal, ou por serem impedidas por seus parceiros ou devido ao constrangimento frente aos profissionais de saúde, decorrente das suas lesões corporais.

Definiu-se como violência psicológica, pelo menos uma resposta positiva para experiência de insultos, humilhações, ameaças contra si ou a alguém de quem a mulher gostasse. A violência física foi considerada quando a mulher relatou a ocorrência de empurrões, tapas, socos, chutes, tentativa de estrangulamento, lesões corporais, queimaduras e ameaça ou uso de arma de fogo. Para considerar violência sexual foi necessária uma resposta afirmativa para relação sexual fisicamente forçada, prática do ato sexual por medo ou ser forçada a uma prática sexual humilhante ou degradante.

As intercorrências clínicas na gestação foram consideradas como variável dependente e consideradas na ocorrência de alguma resposta afirmativa para as seguintes questões: “Você teve alguma destas intercorrências na gestação”? As respostas incluíam infecção do trato urinário (ITU), doença hipertensiva exclusiva da gestação (DHEG), vaginoses, descolamento prematuro de placenta (DPP), trabalho de parto prematuro (TPP), hemorragias, hiperemese e amniorrexe. Foram consideradas apenas as intercorrências mais frequentemente associadas à violência nos últimos doze meses.

Procedimentos de Análise dos dados

Os dados foram digitados em planilha Excel. Para análise de associação foi utilizado o qui-quadrado e o qui-quadrado de tendência linear (no caso das variáveis ordenadas), considerado $\alpha = 5\%$. Foram estimadas as razões de chance: OR brutos para mensurar a magnitude da associação entre as variáveis e seu respectivo intervalo de confiança (IC95%). A análise descritiva dos dados foi realizada por meio do software Statística7.

Procedimentos éticos

As puérperas foram abordadas na UAC das maternidades sendo convidadas a participar da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada assegurando mais conforto e privacidade, o que foi um cuidado que recebeu especial atenção das pesquisadoras. As mulheres foram orientadas quanto ao objetivo da pesquisa e foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e assinatura de concordância de sua participação na entrevista. Foi solicitada a assinatura do responsável quando as

puérperas eram menores de 18 anos. Todas entrevistadas foram orientadas e receberam um folheto com endereços dos locais de referência para assistência em situações de violência no município, constando o nome das instituições, endereços e telefones. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (CAAE 07426912.4.0000.0104), sob o parecer 170704 de 10 de dezembro de 2012.

RESULTADOS

Das 358 puérperas entrevistadas, 78 (21,8%) relataram algum tipo de violência nos últimos doze meses antes do parto. Verificou-se que 198 (55,3%) mulheres tiveram algum tipo de intercorrência durante a gestação. Quanto às características sociais e demográficas das mulheres que relataram serem violentadas 26,9% eram adolescentes com até 19 anos; 94,9% tinham escolaridade de 11 ou menos anos de estudo; 89,7% viviam com companheiro; 53,8% eram brancas; 60,3% não tinham renda própria; para 84,6% a renda familiar compreendia até três salários mínimos; e 57,7% tiveram intercorrências clínicas na gestação (Tabela 1).

Tabela 1. Prevalência de violência nos últimos doze meses segundo características sociodemográficas da mulher e intercorrências na gestação, Maringá-PR, 2012/2013.

Variáveis sociodemográficas	Violência nos últimos doze meses			
	Sim (n=78)		Não (n=280)	
	N	%	N	%
Idade(anos)				
10-19	21	26,9	47	16,8
20-34	53	67,9	201	71,8
35 ou +	4	5,1	32	11,4
Escolaridade				
Até 11 anos	74	94,9	252	90,0
12 anos ou +	4	5,1	28	10,0
Estado conjugal				
Com companheiro	70	89,7	247	88,2
Sem companheiro	8	10,3	33	11,8
Ocupação				
Com renda	31	39,7	153	54,6
Sem renda	47	60,3	127	45,4
Raça/cor				
Branca	42	53,8	141	50,4
Outra	36	46,2	139	49,6
Renda familiar em salário mínimo				
Até 3	66	84,6	185	66,1
3 ou +	12	15,4	95	33,9
Intercorrências				
Sim	45	57,7	153	54,6
Não	33	42,3	127	45,4

A Tabela 2 mostra a prevalência e a razão de chance para violência nos doze meses antes do parto. A ocupação sem renda (estudantes ou do lar) e renda familiar de até três salários mínimos apresentaram associação significativa com a violência (OR= 1,8; $p=0,020$ e OR=2,8; $p=0,001$, respectivamente).

Tabela 2. Violência nos últimos doze meses segundo características sociodemográficas, comportamento de risco da mãe, desfecho neonatal e intercorrências, Maringá-PR, 2012/2013.

Variáveis sociodemográficas	Violência nos últimos doze meses				
	Sim (n=78)		OR	IC	Valor de p*
	N	%			
Idade(anos)					0,547
10-19	21	26,9	1,7	0,9-3,1	
20-34	53	67,9			
35 ou +	4	5,1	0,5	0,2-1,4	
Escolaridade					
Até 11 anos	74	22,7	2,1	0,7-6,0	0,182
12 anos ou +	4	12,5			
Estado conjugal					
Com companheiro	70	22,1	1,2	0,5-2,6	0,707
Sem companheiro	8	19,5			
Ocupação					
Com renda	31	16,8			
Sem renda	47	27,0	1,8	1,1-3,0	0,020
Cor					
Branca	42	23,0	1,2	0,7-1,9	0,585
Outra	36	20,6			
Renda familiar em salário mínimo					
Até 3	66	26,3	2,8	1,5-5,5	0,001
3 ou +	12	11,2			
Fumou na gestação					
Sim	19	41,3	3,0	1,6-5,8	0,000
Não	59	18,9			
Ingestão de bebida alcoólica					
Sim	18	35,3	2,2	1,2-4,3	0,012
Não	60	19,6			
Uso de drogas					
Sim	6	40,0	2,5	0,9-7,2	0,081
Não	72	21,0			
IG início do pré-natal					
< 12 semanas	55	21,3			
12 semanas ou +	23	23,0	1,1	0,6-1,9	0,729
Prematuridade					
Sim	8	15,1	0,6	0,3-1,3	0,200
Não	70	23,0			
Baixo peso					
Sim	6	18,2	0,8	0,3-2,0	0,598
Não	72	22,2			
Intercorrências					
Sim	45	22,7	1,1	0,7-1,9	0,632
Não	33	20,6			

Alguns comportamentos de risco da mãe durante o período gestacional estiveram associados à violência nos doze meses antes do parto. O hábito de fumar apresentou uma chance três vezes maior para mulher sofrer violência (OR= 3,0; $p<0,001$) e duas vezes maior quando houve consumo de álcool durante a gestação (OR= 2,2; $p=0,008$).

Ao analisar as intercorrências clínicas na gestação e os tipos de violência (Tabela 3), do total de mulheres que apresentaram alguma intercorrência durante a gestação (n=198), 20,2% sofreram violência psicológica; 6,6% violência física; e 2,5% violência sexual e 8,6% violência física/sexual, podendo ocorrer mais de um tipo de violência simultaneamente.

Tabela 3. Intercorrências na gestação segundo tipo de violência. Maringá-PR, 2012-2013.

Tipos de violência nos últimos doze meses	Intercorrências clínicas			
	Sim (n=198)		Não(n=160)	
	N	%	N	%
Qualquer tipo				
Sim	45	22,7	33	20,6
Não	153	77,3	127	79,4
Violência psicológica				
Sim	40	20,2	32	20,0
Não	158	79,8	128	80,0
Violência física				
Sim	13	6,6	5	3,1
Não	185	93,4	155	96,9
Violência sexual				
Sim	5	2,5	3	1,9
Não	193	97,5	157	98,1
Violência física/sexual				
Sim	17	8,6	7	4,4
Não	181	91,4	153	95,6

Quando verificada a associação entre os tipos de violência e o número de intercorrências na gestação (Tabela 4), observou-se que as mulheres que sofreram violência física ou sexual nos doze meses que antecederam o parto tiveram um aumento gradativo na chance de ter maior número de intercorrências na gestação, chegando a 7,4 vezes mais chance de ter três ou mais intercorrências clínicas durante a gestação ($p=0,033$) (Tabela 3).

Tabela 4. Número de intercorrências na gestação segundo tipos de violência. Maringá-PR, 2012/2013.

Intercorrências	Total	Sem violência*		Qualquer violência**		Violência psicológica***		Violência física/sexual****	
		Sim N= 280(%)	OR	Sim N=78(%)	OR	Sim N=72(%)	OR	Sim N=24(%)	OR
Quantidade									
Nenhuma	160	127 (79,4)	1,0	33 (20,6)	1,0	32 (20,0)	1,0	7 (4,3)	1,0
1	129	100 (77,5)	1,0	29 (22,5)	1,1	26 (20,2)	1,0	9 (6,9)	1,6
2	60	47 (78,3)	1,0	13 (21,7)	1,0	13 (21,7)	1,1	5 (8,3)	1,9
3 ou +	9	6 (66,7)	0,8	3 (33,3)	1,6	1 (11,1)	0,5	3 (33,3)	7,6

*p-valor=0,793; **p-valor= 0,682; ***p-valor=0,883; ****p-valor=0,033

A distribuição das intercorrências clínicas na gestação segundo o tipo de violência (Tabela 5) constatou associação somente para a violência física e sexual. As intercorrências que tiveram relação com a violência foram a ITU (OR= 2,4; p= 0,039) e o TPP (OR= 3,5; p=0,026).

Tabela 5. Distribuição de intercorrências na gestação segundo tipo de violência. Maringá-PR, 2012-2013.

Intercorrências	Total	Violência psicológica (n=72)			Violência física/sexual (n=24)		
		Sim N (%)	OR	p-valor	Sim N (%)	OR	p-valor
ITU							
Sim	99	23 (23,2)	1,3	0,362	11 (11,1)	2,4	0,039
Não	259	49 (18,9)			13 (5,0)		
Vaginose							
Sim	49	10 (20,4)	1,0	0,955	6 (12,2)	2,3	0,095
Não	309	62 (20,1)			18 (5,8)		
DHEG							
Sim	41	4 (9,8)	0,4	0,079	2 (4,9)	0,69	0,619
Não	317	68 (21,5)			22 (6,9)		
TPP							
Sim	22	6 (21,4)	1,1	0,856	4 (18,2)	3,5	0,026
Não	336	66 (20,0)			20 (6,0)		
Hemorragias							
Sim	28	6 (21,4)	1,1	0,856	1 (3,6)	0,5	0,490
Não	330	66 (20,0)			23 (7,0)		
DPP							
Sim	28	3 (13,7)	0,6	0,434	4 (14,3)	2,6	0,095
Não	330	69 (20,5)			20 (6,1)		
Amniorrexe							
Sim	6	1 (16,7)	0,8	0,831	0 (0,0)	0,0	0,507
Não	352	71 (20,2)			24 (6,8)		
Hiperemese							
Sim	5	2 (40,0)	2,7	0,264	0 (0,0)	0,0	0,546
Não	353	70 (19,8)			24 (6,8)		

DISCUSSÃO

O estudo revelou que a violência física e sexual nos doze meses que antecederam ao parto apresentaram associação com às intercorrências clínicas na gestação. E as mulheres que relataram violência tiveram um maior número de intercorrências clínicas na gestação.

Nesta pesquisa, foi verificado que a violência física e sexual nos doze meses antes do parto esteve associada à ocorrência de ITU. Sendo esta a intercorrência que mais

acomete a mulher durante a gestação, a ITU pode ocasionar graves desfechos quando não diagnosticada e tratada precocemente, evoluindo para uma pielonefrite e para o trabalho de parto prematuro (BARRETO, MATHIAS, 2013)²⁵. O não uso de antibiótico para tratamento da pielonefrite aguda na gestação foi associada entre 20% a 50% de incidência de parto prematuro (SMALL, VAZQUEZ, 2007)²⁶.

A violência física e sexual nos doze meses antes do parto também apresentou associação com o TPP. Um estudo realizado em 26 estados nos Estados Unidos coletou dados de 118.579 mulheres por meio do Sistema de Monitoramento e Avaliação de Risco na Gravidez, nos anos de 2000 a 2003, constatando que existia associação entre o TPP e a violência por parceiro íntimo nos doze meses antes da gravidez (SILVERMAN, DECKER, REED et al, 2005)²⁷. Outro estudo realizado em Santiago, no Chile, com puérperas adolescentes internadas em período pós-parto demonstrou que fatores psicossociais como a agressão e violência familiar foram significativamente associados ao risco de TPP (MUÑOZ, OLIVA, 2009)²⁸.

Além disso, a violência apresentou associação com as características sociodemográficas, demonstrando que as mulheres financeiramente dependentes do parceiro e as que relataram uma baixa renda familiar tiveram maiores chances de serem violentadas ($p=0,020$; $p=0,001$). O fato de não ter uma independência financeira expõe a mulher a uma situação de vulnerabilidade, pois o companheiro perpetua uma situação de violência e poder sobre sua parceira por ter consciência de que a mesma não terá recursos financeiros para sua sobrevivência e, muitas vezes, de seus filhos (SANTOS, LOVISI, VALENTE et al, 2010)²⁹.

Os comportamentos maternos nocivos à sua saúde e do conceito, como o tabagismo e etilismo, também apresentaram relação com a violência. Possíveis explicações para tais hábitos seriam: a tentativa de alívio do estresse e o sofrimento causados pela violência (WHO, 2011)⁴. Porém, é preciso destacar que o uso de álcool na gestação é um fator que submete também o feto às consequências etílicas, já que a placenta é totalmente permeável a essa substância (OLIVEIRA, DELL'AGNOLO, BALLANI et al., 2012)³⁰.

As mulheres mais jovens e com baixa escolaridade tiveram maiores prevalências de violência nos doze meses antes do parto, embora essas variáveis não apresentassem associação com a violência durante a gestação. Cabe aqui um destaque para a escolaridade, pois mais anos de estudo é um importante determinante para melhores relações interpessoais e, conseqüentemente, para que o casal consiga negociar problemas cotidianos

evitando resultados violentos como as agressões (MENEZES, AMORIM, SANTOS et al, 2003)³¹.

Ainda que este estudo não tenha encontrado associação entre a prematuridade e a violência nos doze meses antes do parto, estudos apontam que as complicações obstétricas, quando não bem tratadas, podem acarretar graves consequências, incluindo a prematuridade (Centers for Disease Control and Prevention)²⁴, EL KADY, GILBET, XING, 2005)⁷. Nesse sentido, é possível que, embora as gestantes apresentassem intercorrências gestacionais associadas à violência como ITU e TPP, as ações de saúde fossem determinantes para evitar a prematuridade.

CONCLUSÃO

A ITU e TPP foram as intercorrências que apresentaram maior associação com a violência física e sexual, nos doze meses anteriores ao parto. Esses dois tipos de violência estiveram associados a um maior número de intercorrências clínicas no período gestacional. As características sociodemográficas, econômicas e os comportamentos maternos de risco também estiveram relacionados à violência.

É importante destacar que estudos que abordam temas com um estigma social como a violência contra mulher, especialmente no período gestacional, apresentam algumas limitações. A dificuldade da mulher em admitir na entrevista que sofre violência por parceiro íntimo é um fato que pode contribuir para uma possível subestimação dos casos.

Outra limitação do presente estudo é o fato de que a informação sobre a presença de intercorrências clínicas na gestação foi baseada somente no relato da mulher, quando a carteira de gestante não estava disponível ou havia sido mal preenchida.

Neste estudo, foram analisadas mulheres que tiveram seus partos financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), portanto pode-se dizer que, nesta população, para este município, 21,8% de mulheres relataram algum tipo de violência durante a gestação, o que pode parecer pouco, mas quando expandimos esse valor para a totalidade de nascimentos pelo SUS, de residentes no município considerados para este estudo (n=2168), serão 472 casos de mulheres violentadas que estão acontecendo e que devem ser considerados durante os atendimentos de pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde ou mesmo em outros ambulatórios médicos e clínicas particulares que atendem a gestante para o pré-natal.

Os achados deste estudo demonstraram que as características das mulheres violentadas alguns meses anteriores ao parto eram condizentes com as desigualdades de gênero. Portanto, tal agravo precisa ser mais explicitado pelas mídias com o objetivo de que as mulheres percebam a real necessidade de revelar o seu infortúnio; para geração de informações mais precisas sobre este agravo e para que políticas públicas sejam melhor direcionadas para o seu enfrentamento. Além disso, este estudo é mais uma contribuição que propicia ao enfermeiro e os demais profissionais da saúde que se capacitem para identificar os casos de violência e assistam adequadamente às vítimas.

Investimentos são necessários para que haja mais apoio às vítimas em nível comunitário; para que redes sociais de apoio sejam fortalecidas; e atividades preventivas sejam estimuladas a fim de buscar mudanças culturais no que diz respeito aos papéis sociais relacionados ao gênero.

REFERÊNCIAS

1. Labronici LM, Ferraz MIR, Trigueiro TH et al. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. *Rev. esc. enferm. USP.* 2010; 44(1):126-133.
2. Committee on Health Care for Underserved Women. Intimate partner violence. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2012; 119:412–7.
3. Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*; 2006(368): 1260-1269.
4. World Health Organization. Intimate partner violence during pregnancy. Department of Reproductive Health and Research. Geneva; 2011.
5. Silva EP, Ludemir AB, Araujo TVB et al. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Rev. Saúde Pública.* 2011; 45(6): 1044-53.
6. Audi CAF, Segall-Corrêa AM; Santiago SM et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(5): 877-885.
7. El Kady, D; Gilbert, W. M, Xing G et al. Maternal and neonatal outcomes of assaults during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology* 2005; 105(2):357-363.
8. Vieira LB, Padoin SMM, Paula, CC. Cotidiano e implicações da violência contra as mulheres: revisão narrativa da produção científica de enfermagem, 1994-2008. *Cienc Cuid Saude* 2010; 9(2): 383-389.

9. Ellsberg M. Violence against women and the Millennium Development Goals: Facilitating women's access to support. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006; 94:325-332.
10. Pereira PK, Lovisi GM, Lima LA, et al. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. *RevPsiq Clín.*2010; 37(5): 216-22.
11. Rabello PM, Caldas JRAF. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev. Saúde Pública.* 2007; 41(6): 970-978.
12. Chambliss, LR. Intimate Partner Violence and its Implication for Pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology.* 2008; 51(2):385-397.
13. Moraes CL, Arana FDN, Reichnheim, ME. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Rev. Saúde Pública* 2010; 44(4): 667-676.
14. Fanslow J, Silva M, Whitehead A, Robinson E. Pregnancy outcomes and intimate partner violence in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2008; 48(4):391-397.
15. Janssen PA, Holt VL, Sugg NK et al. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.*2003; 188(5):1341-1347.
16. McFarlane J, Campbell JC, Sharps P et al. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. *Obstet. Gynecol.* 2002; 100(1):27-36.
17. Puccia MIR. Violência por parceiro íntimo e morbidade materna grave. 2012. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; 2012.
18. Campero L, Walker D, Hernández B et al. La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México. *Salud pública Méx.* 2006; 48(suppl.2): 297-306.
19. Fonseca S, Coutinho ESF. Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso-controle. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(2):240-252.
20. García-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M et al. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. *World Health Organization; Geneva; 2005.*
21. Batista JMS, Trigueiro TH, Mazza VA et al. O modelo bioecológico: desvendando contribuições para a práxis da enfermagem diante da violência doméstica. *Esc Anna Nery* 2013; 17 (1): 173-178.
22. Schraiber LB, Durand JG. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da grande São Paulo: prevalência e fatores associados, *Rev Bras Epidemiol.* 2007; 10(3): 310-322.

23. Schraiber LB, Latorre MRDO, França JR I et al. Validade do instrumento WHO VAW Study para estimar violência de gênero contra mulher. Rev. Saúde Pública 2010; 44(4): 658-666.
24. Centers for Disease Control and Prevention. Intimate Partner Violence: Consequences. National Center for Injury Prevention and Control. CDC 24/7: Saving lives Protecting people. 2012; Sept, 26.
25. Barreto MS, Mathias TAF. Cuidado à gestante na atenção básica: relato de atividades em estágio curricular. Rev Rene. 2013; 14(3): 639-48.
26. Smaill M, Vazquez, JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy (Review) The Cochrane Collaboration. 2007; 4.
27. Silverman JG, Decker MR, Reed E et al. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: Associations with maternal and neonatal health. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2006; 195: 140-8.
28. Muñoz MP, Oliva PM. Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo de embarazo y/o síntomas de parto prematuro em elembarazo adolescente. Rev. chil. obstet. Ginecol. 2009; 74(5): 281-285.
29. Santos AS, Lovisi GM, Valente CCB. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. Cad. Saúde Colet. 2010; 18(4): 483-93.
30. Oliveira GC, Dell'Agnolo CM, Ballani TSL et al. Consumo abusivo de álcool em mulheres. Rev Gaúcha Enferm. 2012; 33(2):60-68.
31. Menezes TC, Amorim MR, Santos LC et al. Violência Física Doméstica e Gestação: Resultados de um Inquérito no Puerpério. RBGO 2003; 25(5):309-316.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do pressuposto que a violência na gestação é um agravo ainda mais relevante por acometer a mulher em um momento de mudanças e fragilidades de sua vida e também uma fase que necessita de maior atenção à sua saúde e à de seu conceito, o presente estudo é mais uma contribuição para a literatura científica, cujo fim é que a violência contra a mulher não seja um fenômeno socialmente invisível.

Os resultados deste trabalho verificaram que a prevalência da violência na gestação encontrada foi semelhante a outros estudos nacionais. Um fator importante que se relacionou à violência na gestação foi o fato de as mulheres que admitiram ser violentadas na gestação eram, na grande maioria, multigestas, podendo-se inferir que a mulher ter vivenciado maior número de gestações pode ser um fator que contribuiu para que, no grupo das multigestas, a afirmativa de haver sofrido violência em alguma gestação ter sido maior.

Além disso, de modo geral, as mulheres violentadas na gestação viviam em situação de rearranjos familiares, tendo filhos de outros companheiros que não o atual, não praticavam nenhuma religião e fizeram uso de tabaco durante a gestação.

Os dados sociodemográficos demonstraram que as mulheres tinham um nível de escolaridade baixo e incompatível com sua idade, demonstrando que houve repetência nos anos de estudo e/ou evasão escolar. Nesse grupo, a renda familiar declarada foi de até três salários mínimos, ou então, as vítimas de violência não tinham renda ou, quando tinham, não tinham seguridade social, ou seja, seu trabalho não tinha carteira assinada.

Com relação às características do companheiro agressor, ele esteve desempregado durante a gestação e era usuário de drogas.

Foi possível demonstrar também que as intercorrências clínicas na gestação estiveram mais frequentemente associadas não à violência de um modo geral, mas especificamente à violência física e sexual.

É importante afirmar que algumas mulheres têm dificuldade de admitir serem violentadas, portanto, é possível que mais mulheres que passaram por complicações na gestação tenham sido vítimas de violência. Tal fato pode interferir nos dados da pesquisa de modo a criar uma subinformação do número de mulheres violentadas e, portanto, nos

resultados do estudo, sendo possível que outros diferentes tipos de intercorrências na gestação pudessem estar também associados à violência.

Esta pesquisa apresentou algumas limitações decorrentes de dificuldades que surgiram durante a trajetória de sua realização. Iniciou-se com a submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisas, que, por tratar-se de um tema complexo, exigiu a explicitação detalhada dos objetivos e dos procedimentos de coleta de dados, bem como a apresentação de justificativas, inclusive legais, para o projeto de pesquisa, para que a pesquisa fosse liberada. A coleta de dados ocorreu em um período de cinco meses, e houve recusas de mulheres a participar do estudo; houve também dificuldade em estabelecer um local para entrevista, pelo fato de um dos hospitais estar com a maternidade em reforma e, além disso, por a sala utilizada para as entrevistas ter estado ocupada em alguns dias, sendo necessário esperar a liberação da mesma. Outras dificuldades foram a busca de dados nos prontuários, que algumas vezes tinham que ser disputados com os funcionários do setor; a falta de informações nos prontuários e na carteira da gestante; a busca por gestantes que eram residentes em Maringá, que em alguns momentos eram poucas e, por este motivo, exigiu que fosse prolongado o prazo previsto para a coleta de dados.

É importante destacar que os fatores associados à violência contra a mulher na gestação encontrados neste estudo sugerem que este agravo está relacionado aos aspectos sociais da vida da mulher. Nesse sentido, faz-se necessária uma profunda reflexão sobre as políticas públicas voltadas para a mulher, as quais devem perpassar sobre os múltiplos aspectos de sua vida. Somente as políticas de saúde não atendem às reais necessidades da mulher no contexto social encontrado. As ações para prevenir a violência contra a mulher devem ter uma configuração multidimensional. É preciso que a mulher tenha melhores condições de acesso aos estudos, ao trabalho, à informação sobre seus direitos jurídicos, sobre sua saúde reprodutiva e sexual e à maior autonomia sobre si. Para isso, é necessário incentivar políticas públicas intersetoriais, mecanismos de apoio social e a participação de comunidades locais.

Estas são algumas sinalizações de que muitas ações podem e devem ser realizadas no sentido de diminuir efetivamente o número de vítimas, pois, como os resultados deste estudo apontaram, a prevalência de violência contra a mulher, seja no período que antecedeu a gestação, seja durante esta fase, ainda são alarmantes.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Amanda Rodrigues. *Diferenciais de ganho de peso: o papel da violência física conjugal durante a gestação*. 91f. Tese (Doutorado)-Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Rio de Janeiro, 2004.

ARAGÃO, A. S; FERRIANI, M. G. C; VENDRUSCOLLO, T. S et al. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, 2013, 21(n. spe): 172-179.

AUDI, C. A. F; SEGALL-CORRÊA, A. M; SANTIAGO, S. M; ANDRADE, M. G. G; PÉREZ-ESCAMILA, R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 877-885, 2008.

BARRETO, M. S; MATHIAS, T. A. F. Cuidado à gestante na atenção básica: relato de atividades em estágio curricular. *Rev Rene*, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 639-48, 2013.

BATISTA, J. M. S; TRIGUEIRO, T. H; MAZZA, V. A et al. O modelo bioecológico: desvendando contribuições para a práxis da enfermagem diante da violência doméstica. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 173-178, 2013.

BONFIN, E; LOPES, M. J. M; PERETTO, M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 97-104, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção integral para as mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres*. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília, 2004.

BRASIL. *Política nacional de enfrentamento à violência contra a mulher*. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2011. (Capítulo 13).

BRASIL. Ministério Público Federal. *Lei Maria da Penha & direitos da mulher*. Procuradoria Federal dos direitos do cidadão. Brasília, mar, 2011. Cartilha.

CAMPERO L, et al. La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México. *Salud pública Méx.*, Cuernavaca, v. 48, p. 297-306, 2006. Supl 2.

CASTRO, R; RUIZ, A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, no. 1, p. 62-70, 2004.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Intimate Partner Violence: Consequences*. National Center for Injury Prevention and Control. CDC 24/7: Saving lives Protecting people. 2012; September, 26.

CHAMBLISS, L. R. Intimate Partner Violence and its Implication for Pregnancy. *Clin. Obstet. Gynecol.* Philadelphia, v. 51, no. 2, p. 385-397, 2008.

DAHMER, T. S; GABATZ, R. I. B; VIEIRA, L. B et al. Violência no contexto das relações familiares: implicações na saúde e vida das mulheres. *Cienc Cuid Saude*, Maringá, v. 11, n. 3, p. 497-505, 2012.

DREVIES, K. M; KISHOR, S; HOLLY, J; STÖCKL, H; BACCHUS L. J; GARCIA-MORENO, C; et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters.* v. 18, no. 36, p.158–170, 2010.

DURAND, J. G; SCHRAIBER, L. B. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. *Rev. bras. epidemiol*, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 310-322, 2007.

EL KADY, D; GILBERT, W.M; XING, G, et al. Maternal and neonatal outcomes of assaults during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, v. 105, n. 2, p. 357-363, 2005.

ELLSBERG, M. Violence against women and the Millennium Development Goals: Facilitating women's access to support. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 94, p.325-332, 2006.

FANSLOW, J; SILVA, M; WHITEHEAD, A et al. Pregnancy outcomes and intimate partner violence in New Zealand. *Aust. N. Z. j. obstet. gynaecol.* Melbourne, v. 48, no. 4, p. 391-397, 2008.

FERRAZ, M.I.R; LACERDA, M.R; LABRONICI, L.M. O cuidado de enfermagem a vítima de violência doméstica. *Cogitare Enferm*, Belém, v. 14, n. 4, p. 755-9, 2009.

FERRI, C. P; MITSUHIRO, S. S; BARROS, M. C.M et al. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. *BMC Public Health (on line)*, London, v. 7, p. 209, 2007.

FONSECA, S.; COUTINHO, E.S.F. Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso-controle. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 240-252, 2010.

GARCÍA-MORENO, C; JANSEN, H.A; ELLSBERG, M. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. *World Health Organization*, Geneva; 2005.

GUEDES, R.N; FONSECA, R. M. G. S. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. *Rev. Esc. Enferm da USP*, São Paulo, n. 45, 2011. Especial 2.

IZUMINO, Wânia Pasinat. Violência contra mulher no Brasil: acesso a justiça e construção da cidadania de gênero. In: A questão social do novo milênio. In: CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS. 8., 2004, Coimbra. Anais... Portugal: Universidade de Coimbra-Portugal, Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia, set, 2004.

JANSSEN, P. A; HOLT, V. L; SUGG, N. K et al. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *Am. J. Obstet. Gynecolog.*, Saint Louis, v. 188, no. 5, p. 1341-1347, 2003.

JASINSKI, J. L. Pregnancy and violence domestic: a review of the literature. *Trauma violence abuse*, Thousand Oaks, v. 5, no.1, jan, 2004.

KRONBAUER, J. F. D; MENEGUEL, S.N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 695-701, 2005.

LABRONICI, L. M; FERRAZ, M. I. R; TRIGUEIRO, T. H et al. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 126-133, 2010.

LETTIERE, A; NAKANO, M. A. S. Violência doméstica: as possibilidades e os limites de enfrentamento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p.1421-1428, 2011.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação dos dados*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

McFARLANE, J; CAMPBELL, J. C; SHARPS, P. et al. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. *Obstet. Gynecol.*, Hagerstown, v. 100, no. 1, p. 27-36, 2002.

MEDINA, Ana Beatriz Campos. *Violência intrafamiliar em mulheres grávidas: a identificação pela enfermeira obstétrica*. Dissertação (Mestrado). 72f. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, 2007.

MENEZES, T. C; AMORIM, M. R; SANTOS L. C et al. Violência Física Doméstica e Gestação: Resultados de um Inquérito no Puerpério. *RBGO*, Porto Alegre, v. 25, n. 5, p. 309-316, 2003.

MIRANDA, M. P. M; de PAULA, C.S; BORDIN, I. A. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, DC, v. 27, n. 4, p. 300–8, 2010.

MORAES, C. L; ARANA, F. D. N; REICHENHEIM, M. E. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Rev. Saúde Pública*, v. 44, n. 4, p. 667-676, 2010.

MOREIRA, S. N. T; GALVÃO, L. L. L. F; MELO, C. O. M et al. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1053-1059, 2008.

MORENO, C; JANSEN, H. A; ELLSBERG, M et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, London, v. 368, no. 9643, p. 1260-1269, 2006.

MUNEVAR-MUNEVAR, D. I; MENA-ORTIZ, L. Z. Violencia estructural de género. *Rev.fac.med.unal*, Bogotá, v. 57, n. 4, p. 356-365, 2009.

MUÑOZ, M. P; OLIVA, P. M. Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro em el embarazo adolescente. *Rev. chil. obstet. Ginecol*, Santiago, v. 74, n. 5, p. 281-285, 2009.

NETO, O. L. M; MALTA, D. C; SILVA, M. M. A. Promoção à saúde e vigilância de violências: efetividade e perspectivas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1638-1638, 2009.

OLIVEIRA, A. F; PELLOSO, S. M. Paradoxo e conflitos frente ao direito de ser mulher. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v. 26, n. 2, p. 279-286, 2004.

OLIVEIRA, A. P. G; CAVALCANTI, V. R. S. Violência doméstica na perspectiva de gênero e políticas públicas. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 39-51, 2007.

OLIVEIRA, Alessandra Silva Dias de. *Violência entre parceiros íntimos durante a gestação: um fator de risco para o desmame precoce?* 2008. 207f. Tese (Doutorado em Medicina Social)-Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

OLIVEIRA, G. C; DELL'AGNOLO, C. M; BALLANI, T. S. L; CARVALHO, M. D. B; PELLOSO, S. M. Consumo abusivo de álcool em mulheres. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 60-68, 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Programa Mundial sobre Puebas Científicas para las Políticas de Salud. *Dando prioridad a las mujeres: recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia contra las mujeres*. Ginebra, Suiza, 1999.

PEREIRA, P. K; LOVISI, G. M; LIMA, L. A et al. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. *Rev Psiq Clín*, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 216-22, 2010.

PINSSONNEAULT, A; KRAEMER, K. L. Survey research methodology in management information systems: an assessment. *Journal of Management Information Systems*, Armonk, US, v. 10, no. 2, Sept. 1993.

PRATES, Paula Licursi. *Violência doméstica e de gênero: perfil sociodemográfico e psicossocial de mulheres abrigadas*. (Dissertação)-Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, 2007.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ. Protocolo de atenção às mulheres, crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e doméstica. Secretaria de Saúde de Maringá, 2012.

PUCCIA, Maria Inês Rosselli. *Violência por parceiro íntimo e morbidade materna grave*. 2012. 144f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

RABELLO, P. M; CALDAS JUNIOR, A. F. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 970-978, 2007.

SANTOS, S. A; LOVISI, G.M; VALENTE, C. C. B et al. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 483-93, 2010.

SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA, A. F. P. L; HANADA, H. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface*, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 41-54, 2003.

SCHRAIBER, L. B; DURAND, J. G. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da grande São Paulo: prevalência e fatores associados, *Rev Bras Epidemiol*, São Paulo, v.10, n.3, dez, 2007.

SCHRAIBER, L.B; LATORRE, M.R.D.O; FRANÇA JR, I. Validade do instrumento WHO VAW Study para estimar violência de gênero contra mulher. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 658-666, 2010.

SCHRAIBER, L. B; OLIVEIRA, A. F. P. L. *O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica*. Projeto gênero, violência e direitos humanos- novas questões para o campo da saúde. São Paulo. Fundação Ford, 2006.

SILVA, E. P; LUDERMIR, A. B; ARAUJO, T. V. B et al. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 6 p. 1044-53, 2011.

SILVERMAN, J. G; DECKER, M. R; REED, E et al. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states:

Associations with maternal and neonatal health. *Am. j. obstet. gynecol*, v. 195, p. 140-8, 2006.

SMAILL, M; VAZQUEZ, J. C. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. The Cochrane Collaboration, no. 4, (Review) 2007.

VALENTE, Cristina da Costa Braga. *Prevalência de violência doméstica durante a gestação em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde na cidade do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Medicina, Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

VIEIRA, E.M; PERDONA, G. S. C; SANTOS, M. A. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 45, n. 4, p. 730-737, 2011.

VIEIRA, L. B; PADOIN, S. M. M; PAULA, C. C. Cotidiano e implicações da violência contra as mulheres: revisão narrativa da produção científica de enfermagem, 1994-2008. *Cienc Cuid Saude*, Maringá, v. 9, n. 2, p. 383-389, 2010.

VOS, T; ASTBURY, J; PIERS, L. S et al *Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia*. *Bull World Health Organ*, v. 84, p. 739-44, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Intimate partner violence during pregnancy*. Department of Reproductive Health and Research. Geneva, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. London School of Hygiene and Tropical Medicine. *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*. Geneva, 2010.

APÊNDICE

Apêndice1

INSTRUMENTO DE PESQUISA DE DISSERTAÇÃO

Número do quarto:	Data da entrevista:
Hora de início da entrevista:	Hora do término:
Nome:	Nº do prontuário
Idade:	Data parto:
Telefone:	DNV:
Equipe de ESF/UBS onde realizou o Pré-natal:	
Local da entrevista: (1) HURM (2) Hospital Santa Casa de Maringá	
Endereço:	
Risco Gestacional:	
1) DATA DE NASCIMENTO ____ / ____ / ____	
2) SITUAÇÃO CONJUGAL:(1) vive com companheiro (2) não tem companheiro (separada, viúva, solteira)	
3) HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ COM SEU ATUAL COMPANHEIRO? ____ anos ____ meses	
4) ATÉ QUE SÉRIE ESTUDOU? _____ ANOS	
5) RAÇA/COR: (1) branca (2) preta (3) parda (4) amarela (5) indígena (6) NS/NR	
6) FREQUENTA ALGUMA RELIGIÃO? _____	
7) OCUPAÇÃO: (1) trabalha com carteira assinada (2) trabalha sem carteira assinada – autônoma (3) do lar (4) outro	
8) RENDA FAMILIAR APROXIMADA EM SALÁRIOS MÍNIMOS: (1) até 01 (2) 1 a 3 (3) + 3 SM	
9) Nº DE FILHOS (CONTANDO RN): (1) 1 filho (2) 2 a 3 filhos (3) 4 filhos ou mais	
10) VOCÊ FUMOU DURANTE A ÚLTIMA GRAVIDEZ? (1) sim (2) não	
11) QUANTOS CIGARROS VOCÊ FUMOU POR DIA DURANTE A GESTAÇÃO _____	
12) COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ BEBEU DURANTE A GESTAÇÃO?	

(1) Todos os dias ou quase todos os dias (2) Uma vez por semana (3) Uma ou duas vezes no mês (4) Nunca
13) VOCÊ USA ALGUM TIPO DE DROGA? (1) maconha (2) cocaína (3) crack (4) outros
14) HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ USA ESTAS SUBSTÂNCIAS? _____
SEÇÃO II: ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E REPRODUTIVOS
15) Nº DE GESTAÇÕES _____ Nº PARTOS _____ Nº CESAREAS _____ Nº OBITOS PERINATAIS _____
16) ANTECEDENTES MÓRBIDOS: (1) hipertensão (2) diabetes (3) cardiopatias (4) hemorragias (5) outras patologias (6) NS/NR
17) ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: (1) Óbito fetal (2) Abortos (3) Partos pré- termos (4) RN baixo peso
18) USA MEDICAMENTOS CONTÍNUOS: (1) sim (2) não Qual? _____
19) COM QUE IDADE FOI SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL? _____ ANOS
20) VOCÊ ALGUMA VEZ USOU CAMISINHA COM SEU COMPANHEIRO MAIS RECENTE PARA SE PROTEGER DE ALGUMA DOENÇA? (1) sim (2) não
21) ALGUMA VEZ SEU COMPANHEIRO RECENTE JÁ SE RECUSOU A USAR CAMISINHA PARA SE PROTEGER DE ALGUMA DOENÇA? (1) sim (2) não
22) SEUS FILHOS SÃO TODOS DO MESMO PAI BIOLÓGICO DA ÚLTIMA GRAVIDEZ? (1) Sim (2) Não (3) NS/NR
SEÇÃO III – DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL E CARACTERÍSTICAS DO RN
23) DUM: _____
24) Nº DE SEMANAS GESTACIONAL: _____ (1) referida pela mãe (2) USG (3) segundo a carteira do pré natal (4) anotação médica ou de enfermagem no prontuário
25) INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO: (1) HA (2) ITU (3) DM gestacional (4) DHEG (5) vaginose bacteriana (6) DPP (7) hemorragias _____ trimestre (8) depressão

(9)outras _____
26)TIPO DE PARTO: (1) normal (2) cesárea (3) fórceps
27)VOCÊ FICOU INTERNADA POR ALGUM PROBLEMA DURANTE A GESTAÇÃO?(1) sim (2) não Qual? _____ N° dias: _____
28) PESO AO NASCER RN: _____ GRAMAS
29) APGAR: 1º minuto: ____ 5º minuto: ____
30) DESTINO RN: (1) AC (2) Neonatal (3) Berçário (4) Óbito
SEÇÃO IV- CARACTERÍSTICAS E HÁBITOS DO COMPANHEIRO
31) QUAL É A IDADE DO SEU COMPANHEIRO? _____ ANOS
32) SEU COMPANHEIRO ESTUDOU ATÉ QUE SÉRIE? _____ ANOS
33) SEU COMPANHEIRO TRABALHOU DURANTE O PERÍODO DE SUA GESTAÇÃO? (1) sim (2) não
34) ESTÁ PROCURANDO EMPREGO? (1) sim (2) não
35)HABITUALMENTE QUE TIPO DE TRABALHO ELE FAZ OU FAZIA? _____
36)ELE ESTÁ ESTUDANDO? (1) sim (2) não O que? _____
37) QUANDO VOCÊ FICOU GRÁVIDA, SEU COMPANHEIRO QUERIA ESTA GRAVIDEZ? (1) sim (2) não (3) NS/NR
38) SE A RESPOSTA FOI NÃO, ELE ACEITOU BEM ESTA GESTAÇÃO? (1) sim (2) não
39) COM QUE FREQUÊNCIA SEU MARIDO/COMPANHEIRO TOMA/TOMAVA BEBIDA ALCÓOLICA? (1) Todos os dias ou quase todos os dias (2) Uma vez por semana (3) Uma ou duas vezes no mês (4) Nunca
40) SEU COMPANHEIRO USA ALGUM TIPO DE DROGAS? (1) maconha (2) cocaína (3) crack (4) outros _____
41) COM QUE FREQUÊNCIA SEU COMPANHEIRO USA/USOU DROGAS? (1) Todos os dias ou quase todos os dias (2) Uma vez por semana

(3) Uma ou duas vezes no mês			(4) Nunca							
SEÇÃO V – A ENTREVISTADA E SEU COMPANHEIRO										
42) Quando duas pessoas casam, vivem juntas ou namoram, elas geralmente compartilham bons e maus momentos. Gostaria de fazer algumas perguntas sobre seus relacionamentos anteriores e atual e sobre como seu marido/parceiro atual a trata. Se alguém nos interromper eu mudarei o assunto de nossa conversa. Gostaria de lhe assegurar, novamente, que suas respostas serão mantidas em segredo, e que você não precisa responder a nada que não queira. Posso continuar?										
43) Geralmente você e o seu atual marido/companheiro conversam, entre vocês, os seguintes assuntos:			a. O dia dele ()sim ()não b. O seu dia () sim ()não c. Suas preocupações ()sim ()não d. As preocupações dele ()sim ()não							
44) No relacionamento com seu atual marido/companheiro, com que frequência você diria que vocês brigam?			1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Frequentemente							
45) Agora vou lhe colocar algumas situações que são verdadeiras para muitas mulheres. Pensando sobre seu marido/companheiro (atual ou mais recente), você diria que geralmente ele:										
			SIM NÃO							
a) Tenta evitar que você visite./veja seus amigos			a) Ver amigos 1 2							
b) Procura restringir o seu contato com sua família			b) Contatos familiares 1 2							
c) Insiste em saber onde você está o tempo todo			c) Saber onde está 1 2							
d) Lhe ignora e trata com indiferença			d) A ignora 1 2							
e) Fica zangado se você conversa com outro homem			e) Fica zangado 1 2							
f) Está frequentemente suspeitando que você é infiel			f) Suspeita 1 2							
g) Espera que você peça permissão a ele antes de procurar um serviço de saúde para você mesma			g) Serviço de saúde 1 2							
46) Eu quero que você me diga se o seu atual companheiro ou outro companheiro alguma vez, tratou você da seguinte forma:	A) Se sim, continue em B, se não passe para o próximo item		B) Isto aconteceu nos últimos 12 meses? Se sim, pergunte somente a C. Se não, somente a D.		C) Nos últimos 12 meses, você diria que isto aconteceu uma (U), pouca (P) ou muitas (M) vezes? Depois de responder a C, pule para a D.		D) Antes dos últimos 12 meses, você diria que isto aconteceu uma (U), pouca (P) ou muitas (M) vezes?			
	Sim	Não	Sim	Não	U	P	M	U	P	M
a) Insultou ou fez com que você se sentisse mal a	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3

respeito de si mesma?										
b) Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
c) Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito? p.ex: forma como ele olha, grita ou quebra as coisas?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
d) Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?	1	2	1	1	1	2	3	1	2	3
47)Alguna vez o seu atual companheiro, ou qualquer outro companheiro, tratou você da seguinte forma:										
a)Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
b)Empurrou-a ou deu um tranco/chacoalhão?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
c) Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
d) Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
e) Estrangulou ou queimou você de propósito?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
f) Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
48)Alguna vez o seu atual marido/companheiro, ou qualquer outro companheiro, tratou você da seguinte forma:										
a)Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
b) Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
c) Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3

49) Houve alguma ocasião na sua vida em que você foi espancada ou, de alguma forma agredida fisicamente por um companheiro quando você estava grávida? (1) Sim (2) Não
50) Isto ocorreu em uma gravidez, ou mais de uma? Se em mais de uma: Em quantas delas você foi agredida fisicamente? Nº DE GESTAÇÕES COM AGRESSÃO FÍSICA []
51) Você já levou socos ou pontapés na barriga durante a gravidez? (1) Sim (2) Não
SE A VIOLÊNCIA FOI RELATADA EM MAIS DO QUE UMA GRAVIDEZ, AS PERGUNTAS SEGUINTE IRÃO SE REFERIR À ÚLTIMA OU MAIS RECENTE GRAVIDEZ COM VIOLÊNCIA REPORTADA
52) Durante a mais recente gravidez, na qual você foi agredida, a pessoa que a agrediu era o pai da criança? (1) Sim (2) Não
53) Você estava vivendo com esta pessoa quando isto aconteceu? (1) Sim (2) Não (8) Não sabe
54) Você já havia sido agredida por esta mesma pessoa antes de ficar grávida? (1) Sim (2) Não
55) Comparando sua situação antes da gravidez, você diria que a situação de violência diminuiu, não se alterou ou aumentou durante a gravidez? (1) Diminuiu (2) Não se alterou (3) Aumentou (8) Não sabe

Apêndice 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-la a participar da pesquisa intitulada “Violência física por parceiro íntimo durante a gestação: prevalência e fatores associados à saúde reprodutiva da mulher”, que faz parte do curso de Pós-graduação, Mestrado em Enfermagem e é orientada pela prof^a Dr^a Thais Aidar de Freitas Mathias da Universidade Estadual de Maringá.

O objetivo da pesquisa é investigar as experiências de vida de mulheres durante a gestação associando-as à intercorrências gestacionais e desfechos neonatais. Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria através de respostas a questionário. Informamos que o questionário será aplicado em ambiente restrito, garantindo o sigilo de todas as informações, portanto a participação dos sujeitos da pesquisa será através da resposta a algumas questões. Poderá ocorrer algum nível de desconforto em falar sobre o assunto, contudo não estão previstos riscos ou desconfortos inaceitáveis aos sujeitos da pesquisa. A sua participação é voluntária, podendo deixar de responder a alguma pergunta que porventura lhe cause desconforto ou constrangimento e, interromper a entrevista recusando-se em qualquer momento a sua participação, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo a sua pessoa.

Os benefícios esperados é o de adquirir conhecimentos acerca das experiências vividas por mulheres no período gestacional e, as associações e consequências para saúde da mãe e do bebê, que poderão através dos resultados desta pesquisa beneficiar outras mulheres no futuro, sendo possível utilizar os dados em programas de orientações e aconselhamento voltados para assistência à saúde da mulher.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar no email: jenny-sato@hotmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, no endereço: Av. Colombo, 5790, na Biblioteca Central (BCE) da UEM, CEP 87020-900, Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444, E-mail: copep@uem.br

Eu,.....declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE desta pesquisa
Data:..... Assinatura _____

Eu,..... declaro que forneci todas as
informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

_____ Data:.....

Assinatura do pesquisador

ANEXO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Violência na gestação: prevalência e fatores associados à saúde reprodutiva e desfecho neonatal

Pesquisador: Thais Aidar de Freitas Mathias

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 07426912.4.0000.0104

Instituição Proponente: Núcleo/Incubadora Unitrabalho

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 170.704

Data da Relatoria: 10/12/2012

Apresentação do Projeto:

Pesquisa do tipo Survey, descritiva e transversal. Serão entrevistadas 358 puerperas residentes em Maringá que receberam atendimento pelo SUS e estiverem internadas em Unidade de Alojamento Conjunto (UAC) de dois hospitais, no ano de 2012. O questionário abordará variáveis relevantes à violência no período gestacional e as implicações para saúde da mãe e do recém-nascido, citados pela literatura científica, constando de 07 seções: Seção I - Características Sociodemográficas; Seção II - Antecedentes pré-gestacionais; Seção III - Dados da gestação atual e características do recém-nascidos; Seção IV - Avaliação do pré-natal; Seção V - Dados do companheiro e hábitos da gestante; Seção VI - Aspectos sobre saúde reprodutiva e sexualidade; Seção VII - A entrevistada e seu companheiro. Portanto, serão IDENTIFICADAS a prevalência e o tipo de violência perpetrada contra a gestante no município de Maringá, assim como verificar-se-á associações entre a violência na gestação, intercorrências gestacionais e desfecho neonatal desfavorável como baixo peso ao nascer e prematuridade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar a prevalência da violência por parceiro íntimo cometida contra gestantes e fatores associados para saúde da gestante e do recém nascido.

Objetivos Secundários: Identificar a prevalência da violência psicológica, física e sexual por parceiro íntimo durante a gestação; Identificar fatores maternos de saúde reprodutiva e

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3011-4444

Fax: (44)3011-4518

E-mail: copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



sociodemográficos associados à violência durante a gestação; Estimar o efeito da violência sobre a saúde da mulher na gestação, segundo a morbidade; Estimar o efeito da violência na gestação sobre o desfecho neonatal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Conforme declarado pela pesquisadora: "A presente pesquisa objetiva investigar a prevalência da violência por parceiro íntimo cometida contra gestantes e as implicações associadas para saúde da gestante e do recém-nascido. Para isto, embora a coleta de dados seja realizada individualmente, os sujeitos da pesquisa não serão identificados, apenas as

iniciais dos nomes serão coletadas. O estudo trata de uma estimativa populacional sendo que o resultado da pesquisa será apresentado referindo-se aos grupos de puérperas violentadas. Será realizada uma análise estatística de probabilidade onde o que será estudado não será o risco individual, mas o risco do grupo populacional. Quanto à referência do dano contra incapaz, do ponto de vista jurídico, há um debate sobre a proteção do ser humano desde embrião através do reconhecimento de seus direitos fundamentais, considerando o fato que ser homem, exige o direito à vida e a integridade física desde o primeiro momento de sua existência ainda no ventre materno (REIS, MENEZES, 2010). Considerando o conceito um ser vulnerável e impossibilitado de defender-se física, social e juridicamente, estudos sobre a violência durante a gestação, necessitam ser realizados para que sejam comprovadas as repercussões desfavoráveis ao recém-nascido, ressaltando-se assim, entre os profissionais da saúde, a necessidade de despertar à atenção para detecção e atendimento as gestantes vítimas de violência. No presente projeto de pesquisa, a pesquisadora manterá sigilo das informações coletadas, porém para as entrevistadas que relatarem algum tipo de violência na gestação, será esclarecido garantias de encaminhamento e retaguarda assistencial através de órgãos oficiais

especializados da cidade de Maringá-PR, considerados Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde instituídos pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 936, de 20 de maio de 2004 e da Lei nº 11.340 (Lei Maria da Penha), que cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar, além de dispor sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher."

Benefícios:

Adquirir conhecimentos acerca da violência na gestação e suas implicações contribui para mensurar a gravidade deste agravo e as consequências para saúde da mãe e do recém-nato. Tais

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3011-4444

Fax: (44)3011-4518

E-mail: copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



estudos possibilitam compreender a magnitude do fenômeno da violência e criar mecanismos de gestão através do planejamento de ações em Saúde Pública, que previnam a violência contra a mulher e tratem suas sequelas. Também os cursos de graduação e pós-graduação precisam incluir e discutir esta temática em suas matrizes curriculares e suas pesquisas, visando uma formação profissional com vistas a integralidade na assistência à mulher.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O cronograma de execução foi apresentado, prevendo uma duração total do estudo de seis meses, entre setembro de 2012 e março de 2013, com início da coleta de dados prevista para outubro de 2012.

O orçamento do estudo, totalizando R\$ 2.540,00 segue com a informação de que será subsidiado pela pesquisadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em submissão a este Comitê de Ética o protocolo restou pendente conforme parecer nr. 162.127 de 26/11/2012 para que fossem realizadas as adequações abaixo citadas:

Pendência única: Declarar os riscos ou desconfortos no TCLE, com a observância contida na pendência anterior, CONSIDERANDO A COMPLEXIDADE DO CASO, bem como, assegurando o devido acompanhamento ou encaminhamento para tanto.

Resposta da pesquisadora: a pesquisadora enviou novo TCLE no qual pondera sobre os riscos e/ou desconfortos aos sujeitos da pesquisa, bem como se compromete, caso seja solicitado, a dar orientações quanto a serviços de assistência adicionais, onde o sujeito participante receberá todas as informações e encaminhamentos disponíveis nos órgãos oficiais especializados da cidade de Maringá.

Parecer do relator: Face o exposto, considera-se a pendência atendida.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Face o exposto e considerando a apreciação do protocolo à luz da normativa ética vigente, este comitê de ética em pesquisa se manifesta pela aprovação do protocolo em tela.

Solicita-se a entrega do relatório final, via Plataforma Brasil, em julho de 2013, conforme modelo disponibilizado no site do COPEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3011-4444

Fax: (44)3011-4518

E-mail: copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Face o exposto e considerando a apreciação do protocolo à luz da normativa ética vigente, este comitê de ética em pesquisa se manifesta pela aprovação do protocolo em tela.

MARINGÁ, 12 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Ieda Harumi Higarashi
(Coordenador)