



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CHALANA DUARTE DE SENA

FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM GESTANTES
ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA

SALVADOR

2014

CHALANA DUARTE DE SENA

FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM GESTANTES
ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de pesquisa “Mulher, Gênero e Saúde”.

Orientadora: Profa. Dra. Normélia Maria Freire Diniz

Coorientadora: Profa. Dra. Ridalva Dias Martins Felzemburgh

SALVADOR

2014

S474 Sena, Chalana Duarte

Fatores associados à violência doméstica em gestantes atendidas em uma maternidade pública / Chalana Duarte de Sena.-Salvador, 2014.

110 f.

Orientadora: Prof^a Dr^a Normélia Maria Freire Diniz

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2014.

1. Saúde da mulher. 2. Violência doméstica. 3. Gravidez. I. Diniz, Normélia Maria Freire. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.

CDD: 613.04244

FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM GESTANTES ATENDIDAS EM UMA
MATERNIDADE PÚBLICA

Dissertação apresenta ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau
de Mestre, área de concentração "Gênero, Cuidado e Administração em Saúde".

Aprovada em 30 de abril de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Normélia Maria Freire Diniz

Normélia Maria Freire Diniz

Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

Lilian Conceição Guimarães de Almeida

Liliane Almeida

Doutora em Saúde Coletiva, Professora da Universidade Federal do Recôncavo Baiano

Maria Enoy Neves Gusmão

Maria Enoy Neves Gusmão

Doutora em Saúde Coletiva, Professora Universidade Federal da Bahia

Regina Lúcia Mendonça Lopes

Regina Lúcia Mendonça Lopes

Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela dádiva da vida. Pela sua presença constante, tão forte, pura e singela;

Aos meus pais Noé e Almira pelo amor, dedicação, doação ilimitada. Por sempre acreditarem em mim e, por vezes, abdicaram dos seus sonhos em troca dos meus;

À minha irmã Samilla pelo companheirismo, amizade e mesmo às vezes estando longe, sempre nos entendemos e nos amamos;

Ao meu noivo Fonseca Filho pelo incentivo, inclusive para o ingresso na pós-graduação, apoio, amizade, paciência irrestrita, por me ajudar a ser uma pessoa melhor, por me amar e me fazer amar.

À todos os meus familiares que sempre estiveram comigo, mesmo à distância (às vezes) me apoiando e incentivando;

Às minhas amigas Gilvânia, Menaia, Tialla, Aline por simplesmente existirem na minha vida e torná-la tão mais interessante. Amo vocês!

Às minhas queridas Milca Ramaiane e Anne Jacob pela “família” de Salvador. Também a Gilvânia, quase integrante desta;

A Cláudio Claudino por todo incentivo, amizade, ajuda e descontração;

À minha querida orientadora Normélia Maria Freire Diniz, por ter me concedido a honra de ser sua “última mestrand”. Por todos os conselhos, que ultrapassaram os ensinamentos acadêmicos, pela sensibilidade para trabalhar com a violência contra as mulheres, pelo amor à obstetrícia, pelas horas de distração. Enfim, muito obrigada por tudo!

À minha coorientadora Ridalva Dias Martins Felzemburgh, por me fazer compreender um pouco o mundo da epidemiologia;

A Diorlene Oliveira da Silva pela ajuda tão sábia e eficaz com a estatística;

A Adriana Diniz e Priscila Fernandes, por toda ajuda desde o princípio deste trabalho, principalmente com a tão traumática “coleta de dados”. Obrigada pela amizade.

A Margaret Olinda, minha eterna professora, que me ensinou o que é a enfermagem. Por ser tão humana e carinhosa comigo, nunca te esquecerei.

Às (o) colegas (o) de mestrado que participaram dessa caminhada comigo Anne Jacob, Daniela Medeiros, Flávia Farias, Leonildo Silva, Manuela Bastos, Andréa Mendes, Joice Magarão;

Aos amigos da UNEB Campus VII Gilvânia Paixão, Milca Ramaiane, Rudval Souza, Magna Andrade, Isaiane Bittencourt, Simone Santana e Igor Brasil;

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- CAPES, pela ajuda financeira durante o curso;

A Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia por me possibilitar o acesso à pós-graduação;

À todas as professoras da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, que contribuíram na minha aprendizagem, Normélia Diniz, Nadirlene Gomes, Telmara Couto, Cristina Melo, Jeane Freitas, Edmeia Coelho, Enilda Rosendo, Darci Santa Rosa, Mariza Almeida;

Às professoras Enoy Gusmão, Lilian Almeida pelas grandes contribuições na qualificação e pela disponibilidade de vir compor a minha banca de defesa de mestrado;

À Professora Regina Lopes pelo aceite em participar da banca da minha defesa de mestrado;

Aos profissionais da Maternidade *lócus* do estudo, pela ajuda incondicional na coleta de dados;

Agradeço especialmente à todas as mulheres que aceitaram participar desse estudo.

“A violência só destrói o que se pretende defender: a dignidade da vida, a saúde, e a liberdade do ser humano.”

Papa João Paulo II

RESUMO

SENA, Chalana Duarte. **Fatores associados à violência doméstica em gestantes atendidas em uma maternidade pública**. 2014. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

Considerada como problema de saúde pública, a violência doméstica (VD) contra a mulher tem trazido dados importantes em relação à morbimortalidade materna e neonatal. Quando se trata de violência na gestação, tais estatísticas são ainda mais preocupantes, pois uma série de fatores biológicos, comportamentais e socioeconômicos pode envolver a saúde de ambos. O objetivo geral da pesquisa foi analisar os fatores associados à violência doméstica em gestantes de uma maternidade pública. Trata-se de um estudo observacional, do tipo corte transversal, desenvolvido em uma maternidade pertencente a rede estadual de Salvador - BA. A amostra foi composta por 498 mulheres. Os dados foram obtidos através de entrevistas com formulários. As análises univariadas descrevem características sócio econômicas de todas as participantes do estudo. As análises bivariadas visaram descrever e verificar diferenças proporcionais entre mulheres que vivenciaram a VD durante a gravidez e as que vivenciaram somente antes desta, mediante aplicação dos Testes Qui-quadrado de Pearson e o Exato de Fischer para as variáveis qualitativas nominais e o Teste Qhi-quadrado de Tendência Linear para as variáveis qualitativas ordinais. Para estimar a magnitude das associações foram utilizadas como medida de ocorrência a Prevalência e como medida de associação a Razão de Prevalência (RP) e os respectivos intervalos de confiança de 95%, estimados através do Teste de Homogeneidade de Mantel-Haenzel. Adotou-se o nível de 5% de significância. A prevalência de violência doméstica em mulheres independentemente do período de ocorrência foi de 41,4%. Estratificada por período foi: *durante a gestação* - 24,3%; *antes da gestação* - 17,1%. A expressão que se mostrou com maior ocorrência foi a violência psicológica, apresentando prevalência de 40,6%. O principal autor foi o parceiro atual com prevalência de 16,9% independente do período, e 17,2% para durante a gravidez e 3,4% somente antes da gravidez. Foi possível verificar associação positiva e estatisticamente significativa entre problemas de saúde e a ocorrência da VD. Os dados encontrados neste estudo confirmam a magnitude da violência doméstica contra mulheres, principalmente contra as gestantes, apontando que a gestação parece colaborar para tornar a mulher mais vulnerável à ocorrência de violência doméstica. Apesar da existência de diversos programas protetivos para VD contra a mulher, ainda existem dificuldades na abordagem integral e efetiva à mulher e à família, assim como um entendimento limitado dos profissionais de saúde sobre a violência como objeto de intervenção da Saúde Pública. Assim, este estudo sugere a intensificação da identificação e notificação dos casos de violência contra gestantes.

Palavras-chave: Violência Doméstica; Gravidez; Saúde da Mulher; Violência de Gênero.

ABSTRACT

SENA, Chalana Duarte. **Associated factors with domestic violence in pregnant women attended in a public maternity**. 2014. 110f. Dissertation (Master's in Nursing). School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador. 2014.

Considered as a public health problem, the domestic violence (DV) against women has brought important data. When it comes as violence during pregnancy, such statistics are even more worrying, because a number of biological, behavioral and socioeconomic factors may involve maternal and neonatal health. The research's general objective was to analyze factors associated with domestic violence in pregnancy maternity of a public. This study is observational, cross-section type and quantitative in nature. It was developed on a public maternity, which belongs to Salvador's public health network. The sample consisted in 498 women. The data was acquired through interviews with forms. The univariate analyze describes socioeconomic characteristics of all study participants. The bivariate analyzes aimed to describe and verify the proportional differences between women who experienced DV during pregnancy and those who only experienced this before, by applying the Pearson's Chi-Square and Fisher's Exact tests for nominal qualitative variables and chi-square Linear Trend test for ordinal qualitative variables. To evaluate the association magnitude were used, as occurrence measure, the Prevalence and, as association measure, the Prevalence ratio with its confidence interval of 95%, estimated by the Mantel-Haenzel Homogeneity test. It was adopted a 5% significance level. The prevalence of domestic violence in women, irrespective of time of occurrence, was 41,4 %. If stratified by period it was: during pregnancy – 24,3 %; Only before pregnancy – 17,1%.The expression that showed greater occurrence was psychological violence, with a prevalence of 40,6 %. The lead author was the current partner with a prevalence of 16,9 % irrespective to the period, 17,2 % during pregnancy and only 3,4 % before pregnancy. It was possible to verify positive and statistically significant association between health problems and the occurrence of DV. The data found in this study confirm the magnitude of domestic violence against women, especially against pregnant women, pointing out that pregnancy seems to collaborate to make women more vulnerable to the occurrence of domestic violence. Despite the existence of various protective programs for DV against women, there are, still, difficulties to fully and effectively approach to women and family, as well as a limited understanding of health professionals on violence as an object of intervention of Public Health. Thus, this study aims to suggest actions to identify and report cases of violence against pregnant women.

Keywords: Domestic Violence; pregnancy; Women's Health; Gender Violence.

RESUMEN

SENA, Chalana Duarte. **Factores asociados a la violencia doméstica en mujeres embarazadas asistidas en una maternidad pública.** 2014. 110f. Tesis (Maestría en Ciencias de Enfermería). Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahia. 2014.

Considerada como un problema de salud pública, la violencia doméstica (VD) contra la mujer ha aportado datos importantes para la morbilidad y mortalidad. Cuando se trata de violencia durante el embarazo tales estadísticas son aún más preocupantes, porque una serie de factores biológicos, conductuales y socio-económicos puede involucrar la salud materna y neonatal. El objetivo general de la investigación fue analizar factores asociados con la violencia doméstica en el embarazo de una maternidad pública. Este es un estudio observacional, del tipo de sección transversal, cuantitativo en la naturaleza, que se convirtió en una sala de maternidad en la red estatal de Salvador-Bahia. La muestra estuvo compuesta por 498 mujeres. Los datos fueron obtenidos a través de entrevistas con las formas. Los análisis univariados describen características socioeconómicas de todos los participantes del estudio. Los análisis bivariados intentaron describir y verificar diferencias proporcionales entre las mujeres que han experimentado la VD durante el embarazo y aquellas que han experimentado justo antes de esto, mediante la aplicación de pruebas de Chi-cuadrado de Pearson y la exacta de Fischer para las variables cualitativas nominales y la prueba de Chi-cuadrada de Tendencia Lineal para las variables cualitativas ordinales. Para estimar la magnitud de las asociaciones fueron utilizadas como medida de la ocurrencia la Prevalencia y como medida de asociación la Razón de Prevalencia (RP) y sus intervalos de confianza de 95%, estimados a través del Teste de Homogeneidad de Mantel-Haenzel. Tomó al nivel de significancia de 5%. La prevalencia de la violencia doméstica en mujeres independientemente del período de ocurrencia fue 41,4%. Estratificado por período: durante el embarazo-24.3%; Solamente antes del embarazo-17.1%. La expresión que resultó con mayor ocurrencia fue la violencia psicológica, mostrando la prevalencia del 40,6%. El autor principal fue el actual socio con predominio de 16,9% independiente del período, y 17,2% para durante el embarazo y 3,4% sólo antes del embarazo. Fue posible verificar la asociación positiva y estadísticamente significativa entre los problemas de salud y la ocurrencia de VD. Los datos encontrados en este estudio confirman la magnitud de la violencia doméstica contra las mujeres, especialmente las mujeres embarazadas, señalando que el embarazo parece colaborar para hacer que la mujer más vulnerable a la ocurrencia de la violencia doméstica. A pesar de la existencia de diversos programas de protección para VD contra las mujeres, todavía hay dificultades en el enfoque completo y eficaz para la mujer y la familia, así como una comprensión limitada de los profesionales de la salud a cerca de la violencia como un objeto de intervención de Salud Pública. Por lo tanto, este estudio pretende sugerir medidas para la identificación y notificación de casos de violencia contra las mujeres embarazadas.

Descriptor: Violencia Doméstica; Embarazo; Salud de la Mujer; Violencia de Género.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS: *Abuse Assessment Screen*

BA: Bahia

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CNDM: Conselho Nacional de Direitos das Mulheres

DEAM: Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher

EEUFBA: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS: Ministério da Saúde

OR: *Odds Ratio*

OMS: Organização Mundial de Saúde

ONG: Organizações Não Governamentais

ONU: Organização das Nações Unidas

PET: Programa de Educação Tutorial de Saúde

PAISM: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISM: Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PE: Pernambuco

PIB: Produto Interno Bruto

RP: Razão de Prevalência

SP: São Paulo

VCM: Violência Contra mulher

VD: Violência Doméstica

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição percentual do período de ocorrência da violência doméstica (n=498).
Salvador – Bahia, março a julho 2013. _____ 38

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1-** Distribuição proporcional da ocorrência de violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública (n = 498), segundo características sociodemográficas. Salvador – Bahia, março a julho, 2013. _____ 40
- Tabela 2** - Distribuição proporcional da ocorrência de violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública (n = 498), segundo características dos companheiros de mulheres. Salvador – Bahia, março a julho, 2013. _____ 42
- Tabela 3** – Distribuição da relação proporcional entre a expressão da violência doméstica de acordo com o período em que a violência foi praticada em mulheres atendidas em uma maternidade (n=206). Salvador – Bahia, março a julho 2013. _____ 43
- Tabela 4** - Distribuição da relação proporcional entre o autor da agressão de acordo com o período em que a violência foi praticada em mulheres atendidas em uma maternidade (n=206). Salvador – Bahia, março a julho 2013. _____ 44
- Tabela 5** - Distribuição da relação proporcional entre as formas de expressão da violência doméstica de acordo com o período em que a violência foi praticada em mulheres atendidas em uma maternidade (n=206). Salvador – Bahia, março a julho 2013. _____ 46
- Tabela 6** - Distribuição da relação proporcional entre os sítios das agressões físicas de acordo com o período em que a violência foi praticada em mulheres atendidas em uma maternidade (n=206). Salvador – Bahia, março a julho 2013. _____ 47
- Tabela 7** - Distribuição da relação proporcional entre os problemas de saúde decorrentes da violência doméstica de acordo com o período em que a violência foi praticada em mulheres atendidas em uma maternidade (n=206). Salvador – Bahia, março a julho 2013. _____ 48
- Tabela 8** - Prevalências e Razão de Prevalência da associação entre o período de ocorrência da violência doméstica segundo expressão da violência e o autor da agressão (n=498). Salvador – Bahia, março a julho 2013. _____ 51
- Tabela 9** - Prevalências e Razão de Prevalência da associação entre o período de ocorrência da violência doméstica e o sítio da agressão e, problemas de saúde decorrentes da violência (n=498). Salvador – Bahia, março a julho 2013. _____ 52

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 Violência doméstica contra a mulher.....	20
2.2 Gravidez, vivência da violência e o adoecimento	22
2.3 Políticas públicas de atenção à mulher em situação de violência	25
3 METODOLOGIA	30
3.1 Desenho e tipo de estudo.....	30
3.2 Local do estudo.....	30
3.3 População e amostra	31
3.4 Critérios de inclusão e de exclusão	32
3.5 Coleta de dados.....	32
3.5.1 Instrumento de coleta de dados.....	32
3.5.2 Operacionalização da coleta de dados	33
3.6 Descrição das variáveis do estudo.....	35
3.6.1 Variáveis independentes.....	35
3.6.2 Variável dependente:	36
3.7 Análise dos Dados	37
3.8 Aspectos éticos	38
4 RESULTADOS	39
4.1 Prevalência da Violência Doméstica durante a gestação.....	39
4.2 Caracterizações sociodemográfica e econômica de mulheres atendidas em uma maternidade pública	39
4.3 Caracterização da expressão da violência doméstica vivenciada por mulheres atendidas em uma maternidade pública.	44
4.4 Avaliação da associação da violência doméstica sofrida pelas gestantes por período de ocorrência.	49
5 DISCUSSÃO	54
5.1 Prevalência da violência doméstica.....	54
5.2 Características sociodemográficas e econômicas das mulheres	57
5.3 Características dos companheiros.....	60
5.4 Características da violência doméstica durante a gestação	63
5.4.1 Expressão da violência doméstica.....	63
5.4.2 Autor da violência	66
5.4.3 Sítio das lesões.....	68
5.4.4 Problemas de saúde em decorrência da violência.....	69

6 CONCLUSÕES	72
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICES	86
APÊNDICE I: Instrumento de coleta de dados.....	86
APÊNDICE II: Termo de consentimento livre esclarecido	96
ANEXOS	98
ANEXO I : Instrumento da pesquisa “A mulher sob o signo da violência doméstica e institucional”	98
ANEXO II: Versão em português do instrumento pra rastreamento de violência durante a gestação “Abuse Assessment Screen”	106
ANEXO III: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	108
ANEXO IV: Carta de anuência da maternidade	111

1 INTRODUÇÃO

A violência tem se constituído um dos mais sérios problemas que afligem a humanidade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países (OMS, 2002).

Em todas as partes do mundo, sociedade e governo se mobilizam nas perspectivas de fazer conhecer e de coibir esse fenômeno. No Brasil e no mundo, a violência representa uma questão de intervenção da Saúde Pública, tendo em vista o impacto que provoca sobre a vida das pessoas, sendo, em parte, responsável pelo crescimento de coeficientes de morbimortalidade (MINAYO, 2004).

A OMS (2002) define a violência como “ação que tenha o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra o outro ou contra um grupo, que resulte ou possa resultar em qualquer dano psicológico, deficiência, lesão ou morte”, dividindo-a em três grandes categorias: violência autoinfligida, violência coletiva e violência interpessoal, incluindo a Violência Doméstica (OMS, 2002. p. 25).

A violência se apresenta de formas diferentes para homens e mulheres. Em relação aos homens, está mais vinculada ao espaço público, sendo cometida geralmente por outros homens. Já a violência contra as mulheres é praticada geralmente por homens conhecidos no espaço domiciliar, o que caracteriza a violência doméstica (VILLELA, 2011). Assim, a violência doméstica é definida como aquela que ocorre dentro do espaço de convívio da mulher, podendo ser praticada por parentes ou pessoas sem vínculo familiar, incluindo relações esporádicas. Quando perpetrada por parentes, pode ser chamada de violência familiar e quando o agressor possui relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação, se caracteriza como violência por parceiro íntimo (BRASIL, 2006).

Esse fenômeno pode ser explicado a partir da perspectiva de gênero, no qual se afirma que as relações ente homens e mulheres foram construídas socialmente pautadas em relações desiguais de poder, onde o homem ocupa posição de superioridade em comparação à mulher. Essa condição é mais acentuada no âmbito privado (SCOTT, 1995). Assim, gênero é uma maneira de indicar as construções sociais das ideias sobre os papéis de homens e mulheres, constituindo uma categoria social imposta a um corpo sexuado, passando a ser usado como

uma categoria mais ampla para compreender as relações de poder e violência entre homens e mulheres (SCOTT, 1995; GOMES; DINIZ, 2005).

Estudos abordam aspectos da subordinação a que mulheres estão expostas, ressaltando que, independentemente da forma de expressão da violência, a mulher que vivência abusos físicos, sexuais e psicológicos, encontra-se submetida ao poder, à subordinação, ao controle e à humilhação do masculino, levando ao comprometimento da sua saúde física e mental (OMS, 2002; GOMES; DINIZ, 2005).

Outras investigações denunciam que, entre as mulheres, as violências físicas e sexuais são os eventos mais frequentes, normalmente associados às relações de gênero, estruturadas em relações desiguais, as quais lhes reservam um lugar de submissão na sociedade (MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010).

Estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo (2010) identificou que, no Brasil, uma a cada cinco mulheres afirma já ter sofrido algum tipo de violência. A mesma Instituição ainda aponta, que a cada 15 segundos, uma mulher é espancada por um homem. Ao repetir o citado estudo em 2011, a Organização identificou que 20,0% das mulheres entrevistadas afirmaram vivenciar algum tipo de violência doméstica (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2011).

Atualmente, pesquisas vêm abordando a violência durante a gestação, assim, há de se considerar que a gravidez não protege a mulher da vivência da violência doméstica (MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010; SILVA, *et al*, 2011; BRASIL, 2012a).

Maldonado (2000), em seu estudo, destaca que o período gestacional intensifica conflitos em relacionamentos conjugais, sendo alguns motivos apresentados pelo companheiro, por exemplo, a recusa da gestante em manter relações sexuais e/ou a aversão ao corpo da grávida que pode levar o homem a se desinteressar pela sua companheira, buscando relacionamentos extraconjugais; carência da mulher por não sentir atenção por parte do companheiro e questões referentes à dúvida sobre a paternidade.

A mesma autora afirma que a gravidez enquanto fenômeno natural traz transformações psicológicas, sociais e corporais, presentes ao longo do ciclo gravídico-puerperal. Essas modificações levam a uma crise de ajustamento, deixando a mulher mais vulnerável. Vários fatores devem ser considerados enquanto eventos que podem influenciar a psicodinâmica da gravidez, tais como variáveis sociodemográficas, socioeconômicas, acontecimentos de caráter traumático e separação ou brigas conjugais (MALDONADO, 2000).

E, ainda, acrescenta que a gravidez traz mudança de identidade e de papéis sociais no ambiente familiar. Essas reformulações podem gerar crises e/ou reacender conflitos ocultos na

relação conjugal, que podem intensificar ou precipitar a ocorrência de violência nesse período. Nesse sentido, o próprio ambiente familiar constitui um cenário de reprodução de tensões que interferem no relacionamento e estabilidade familiar (MALDONADO, 2000).

Dessa forma, percebe-se uma relação entre a gravidez e a violência. Estudo realizado por Durand e Schraiber (2007), sobre violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde no país, revela que 20,0% das mulheres entrevistadas já sofreram algum tipo de violência doméstica (VD) durante a gestação. Estudos nacionais e internacionais revelam que a incidência de violência em mulheres grávidas oscilou entre 17,0% e 33,8%, ameaçando não somente a saúde da mãe, mas também a do recém-nascido (LOURENÇO, 2006; MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010).

Castro e Ruiz (2004), em estudo investigativo na literatura internacional, visando identificar a gravidez enquanto fator de risco ou proteção, mostraram uma prevalência de violência na gestação entre 4,0 a 25,0%. Os autores afirmam que, em um universo de 157 mulheres, 27,0% delas vivenciaram a violência durante a gestação, sem que houvesse episódio prévio antes desse período.

As mulheres em situação de violência durante a gravidez requerem atendimento diferenciado dos serviços de saúde, já que, além de suas características socioeconômicas, reprodutivas e hábitos de vida, que, por si sós, atribuem riscos de complicações, essas mulheres ainda podem apresentar intercorrências decorrentes da violência, tais como depressão, baixa autoestima, sangramentos vaginais frequentes, ameaça de trabalho de parto prematuro, dentre outros (MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010).

Nessa perspectiva, os serviços de saúde têm papel imprescindível no enfrentamento da violência contra a mulher. Todavia, os profissionais subestimam a importância do fenômeno, voltando a assistência somente às lesões físicas, raramente procurando buscar suas causas para a efetiva prevenção e diagnóstico (LOURENÇO; DESLANDES, 2008).

A não compreensão da violência como um problema de saúde pública abre um precedente para a não integralidade da assistência compreendido por Moraes, Monteiro e Rocha (2010) como um atendimento tecnicista, refletindo a necessidade da incorporação de um cuidar acolhedor, humanista e qualificado. Essa dificuldade também é identificada no cuidar em enfermagem.

A fragmentação do cuidado, para alguns autores, é construída a partir da não compreensão da violência como um problema de saúde pública que impossibilita a identificação dos casos e tem como consequência a subnotificação do agravo, fazendo com que não se conheça a real situação do fenômeno (ANDRADE, 2009).

No Brasil, houve um intenso avanço nas estratégias para o enfrentamento da violência contra a mulher, o que inclui mudanças na legislação, produção crescente de estudos e de dados estatísticos sobre a incidência de atos violentos contra as mulheres, criação de serviços públicos especializados de atendimento no que diz respeito à própria violência (BARSTED; PITANGUY, 2011).

Contudo, vale ressaltar que a maioria dos profissionais de saúde não está capacitada/sensibilizada para identificar os casos de violência doméstica. Borsoi, Brandão e Cavalcanti (2009) afirmam que os profissionais de saúde devem estar preparados para o atendimento às mulheres, já que elas, muitas vezes, buscam o serviço de saúde não pela violência em si, mas pelas consequências que essa pode trazer a sua saúde e ressaltam ainda que é de extrema importância a reestruturação e a organização dos serviços de saúde. Gomes *et al.* (2009) acrescentam que a violência doméstica requer a integração de conhecimentos e serviços, uma vez que seu enfrentamento não se dá mediante de ações isoladas.

E nesse contexto, considera-se a violência contra a mulher, em especial durante o período gestacional, um importante agravo para sua saúde, por seu impacto direto e indireto na morbimortalidade materno-infantil, além dos danos sociais gerados. Entretanto, o número de produções e notificações epidemiológicas que retratem a magnitude do fenômeno acerca dessa problemática ainda é muito reduzido.

Nesse sentido, objetivando contribuir com a construção do conhecimento, este estudo torna-se um tema relevante, ao explorar a violência doméstica durante o período gestacional. Dessa forma, tal estudo tem como:

Questões de investigação:

- Qual a prevalência da violência doméstica em gestantes de uma maternidade pública em Salvador - BA?
- Quais os fatores associados à violência doméstica em gestantes de uma maternidade pública em Salvador – BA?
- Objetivo geral:
 - Analisar os fatores associados à violência doméstica em gestantes de uma maternidade pública em Salvador – BA;
- Objetivos específicos:
 - Estimar a prevalência da violência doméstica em gestantes;
 - Descrever as características sociodemográficas de gestantes atendidas;
 - Caracterizar a violência doméstica em gestantes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER

As construções dos papéis femininos e masculinos se dão a partir de construções sociais, onde se inserem, além das características biológicas e sexuais, as formas como cada sociedade e cada pessoa interpretam as relações sociais, econômicas e culturais, que unidas, definem os modos de ser e os comportamentos próprios às mulheres e aos homens. Esta construção geralmente está permeada por relações desiguais na relação de poder e consequente subordinação da mulher perante o homem (CAMPOS; TEIXEIRA, 2010).

Movimentos sociais, em especial, o movimento feminista, a partir dos anos de 1970, identificaram que as desigualdades nas relações sociais, principalmente nas relações de gênero entre homens e mulheres, traduziam-se em violência doméstica.

A violência contra a mulher (VCM) é relatada historicamente de diversas formas desde a década de 50. Na metade do século XX, foi chamada de violência intrafamiliar; duas décadas depois, passou a ser denominada como violência contra a mulher. Nos anos 80, conheceu-se uma nova modalidade, a violência doméstica e, na década de 90 foi referida como violência de gênero, ressaltando as relações de poder, em que a mulher é submetida e subjugada (BRASIL, 2011a).

A Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1993, definiu violência contra a mulher como sendo qualquer ato de violência de gênero, que resulte ou possa resultar em prejuízos de cunho físico, sexual ou, ainda, psicológico, incluindo sofrimento para as mulheres, ameaça, coerção e a privação da liberdade, tanto no espaço público como privado (MENEZES *et al*, 2003). Dentre os vários tipos da violência contra a mulher, ressalta-se a violência doméstica.

Segundo a Lei 11.340, violência doméstica é tida como qualquer ato violento perpetrado por pessoas que convivam no mesmo espaço doméstico, tendo ou não laços consanguíneos ou relação de parentesco, sendo que tais relações podem ser esporádicas (BRASIL, 2006).

A violência contra a mulher é, atualmente, uma questão de saúde pública e constitui um tema de grande relevância no contexto social, já que a mulher é vulnerável a essa situação por questões socioculturais e de gênero. A violência tem forte impacto sobre a saúde física, mental e vida social, interferindo no bem-estar da pessoa atingida e de todos ao seu redor.

Minayo (2004) diz que a violência não é objeto próprio do setor saúde, sendo antes uma questão social. Ela se torna parte do campo da saúde devido ao impacto que provoca na qualidade de vida das pessoas e pela concepção ampliada do processo saúde-doença. A violência, atualmente, é tratada como um fenômeno gerado nos processos sociais, históricos e culturais.

Em relação às consequências da violência, D'Oliveira *et al* (2009) revelam que mulheres que experimentam a violência apresentam sinais e sintomas físicos e psicológicos específicos como: lesões, traumatismos, gravidez indesejada, problemas ginecológicos, bem como comportamentos associados ao medo, isolamento afetivo, dependência emocional, sentimentos de culpabilidade, baixa autoestima, quadros depressivos e uso de álcool e outras drogas.

Mulheres em situação de violência doméstica representam 19,0% a 30,0% das mulheres atendidas nas emergências, 25,0% das mulheres atendidas em serviços de psiquiatria e 25,0% das mulheres que realizam pré-natal (BRASIL, 2011b). Lamoglia e Minayo (2009) apontam que a violência doméstica e o estupro são a sexta causa de morbimortalidade em mulheres de 15 a 44 anos, matando mais do que o câncer, acidentes de trânsito e vitimização em situações de guerra.

Além de provocar, na maioria das vezes, danos não visíveis, a violência doméstica é rodeada pelo silêncio, medo e dor, tornando-se de difícil identificação. Esse tipo de violência ocorre em todas as fases de sua vida e o principal agressor é o parceiro íntimo (DINIZ; SANTOS; LOPES, 2007; SILVA, 2010; SCHRAIBER *et al*, 2007; ALMEIDA; SOEIRO, 2010).

Estima-se que, em todo o mundo, pelo menos uma em cada três mulheres já foi espancada, coagida ao sexo ou sofreu alguma outra forma de abuso durante a vida. Na América Latina, o número de mulheres que sofrem violência doméstica varia entre 25,0 a 50,0% (CHADE, 2004).

Pesquisa em serviços de saúde revelaram prevalências anuais de violência contra mulher cometida pelo parceiro íntimo entre 4,0% a 23,0% e de 33,0% a 39,0%, quando considerada a violência no período total de vida dessas mulheres (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008).

A violência contra a mulher também é responsável pela diminuição da produtividade no trabalho e perda do emprego. Assim, torna-se evidente que, além dos custos humanos, a violência representa uma imensa carga econômica para as sociedades e aumento do uso de serviços sociais (LAMOGLIA; MINAYO, 2009). Segundo Instituto de Pesquisa Econômica

Aplicada (IPEA), o custo total com violências foi de 90 bilhões de reais em 2004, representando 5,0% do PIB Brasileiro (SILVA, 2010).

Nesse sentido, Lima e Lima (2006) afirmam que todos os integrantes da sociedade estão, direta ou indiretamente, envolvidos e podem participar da discussão e enfrentamento dessa problemática, que se tornou uma preocupação mundial. A violência contra a mulher não diz respeito a algo reservado apenas no âmbito familiar, uma vez que afeta toda a sociedade – homens e mulheres, crianças, jovens e adultos – independente da raça/etnia, religião, local de moradia e tipo físico.

2.2 GRAVIDEZ, VIVÊNCIA DA VIOLÊNCIA E O ADOECIMENTO

A construção da maternidade inicia-se muito antes da concepção do feto. Principia na infância, com as atividades lúdicas, na adolescência, na fase adulta, nas primeiras relações da mulher e na ideação de ser mãe. Aspectos geracionais e culturais também contribuem nesse processo, relacionado às construções sociais do ser mulher tanto para família, como para a sociedade (PICCININI *et al*, 2008).

A gravidez é um fenômeno fisiológico e traz consigo alterações físicas, e todos os sistemas sofrem adaptações para a acomodação do feto em desenvolvimento. Tais aspectos ocorrem em um limite de tempo variável sendo, algumas vezes, desconfortáveis, cabendo a cada mulher uma reação única a tais alterações (RICCI, 2008). Durante esse período, também ocorrem adaptações psicossociais para a mulher e para o homem que fazem parte do processo normal de seu desenvolvimento e do casal, tornando a maternidade e a paternidade momentos essenciais no ciclo de vida de ambos (MALDONADO, 2000).

Diante dessas modificações, a mulher apresenta uma gama de emoções/sentimentos diretamente relacionados às suas bases emocional, cultural e social, sua aceitação/rejeição à gravidez e sua rede de apoio familiar. Mesmo com tantas oscilações emocionais agregadas ao ciclo gravídico, muitas mulheres têm respostas análogas a essa condição. Tais respostas incluem especialmente ambivalência, introversão, aceitação, mudanças abruptas de humor e na imagem corporal, repercutindo nas relações familiares, na satisfação dos casais e de seus filhos (RICCI, 2008; CAMACHO *et al*, 2010).

Ainda segundo Camacho *et al* (2010, p. 116), tais modificações “talvez sejam as mais significativas que o ser humano pode sofrer. A gestação e o nascimento de uma criança

são eventos psicossociais que mais afetam a vida dos pais e da família”, e são essenciais à adaptação destes para as modificações da gravidez e para a chegada do filho.

Em relação à conjugalidade, sabe-se que o casal, que até então se constituía unicamente de um homem e uma mulher, passa, com a parentalidade, a se constituir de pai e mãe, situação que vem a alterar profundamente tanto as suas dinâmicas individuais como a relação conjugal. Essa transição acarreta mudanças importantes tanto objetivas como relacionais, o que exige uma transformação e adaptação dos padrões anteriores de interação conjugal (PICCININI *et al*, 2008).

Esse é um momento de importantes reestruturações na vida da mulher e nos papéis que ela exerce. Durante esse período, tem que passar da condição de só filha para a de também mãe e reviver experiências anteriores, além de reajustar seu relacionamento conjugal, sua situação socioeconômica e suas atividades profissionais (MALDONADO, 2000).

A gravidez resulta em transformações psicológicas, sociais e corporais, podendo gerar crises tornando a mulher mais vulnerável, visto seu novo papel social, o de mãe. A gestante poderá experimentar uma série de sentimentos, estando diretamente relacionados à forma como a mulher vivencia a gestação (CAMPOS, 2010).

Quando se refere à ocorrência da violência doméstica na gravidez, Lauriano (2009) afirma que a violência não diminui durante a gravidez. Cerca de 13,0% das mulheres afirmam o incremento da frequência e/ou severidade das agressões durante esse período, sendo que a prevalência de violência física e sexual variou entre 1,0% e 20,0%, com índices igualmente elevados nos primeiros seis meses após o parto, atingindo 25,0% das mulheres.

A violência doméstica contra a mulher tem trazido dados alarmantes. Quando se trata de violência na gestação, as estatísticas são ainda mais preocupantes, pois uma série de fatores biológicos, comportamentais e socioeconômicos pode envolver além da saúde materna, a neonatal (BRASIL, 2012a).

A violência durante a gestação provoca aumento na morbimortalidade da mãe e do concepto. Segundo Lourenço e Deslandes (2008), a violência, nesse período, pode interferir de duas formas, uma provocada diretamente pelo trauma físico e a outra fundamentada na teoria do estresse, que se refere às modificações no comportamento dos indivíduos que, nesse caso, altera a capacidade da mulher de manter seu estado nutricional, repouso e ocorre diminuição na frequência nos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde descreve que gestantes, em situação de violência, não realizam o pré-natal ou postergam seu início. Exibem maior risco em apresentarem vulvovaginites e infecções do trato urinário, de ganho de peso insuficiente, início prematuro

do trabalho de parto, feto com baixo peso ao nascer. Juntamente, podem desenvolver um quadro de estresse emocional associado à baixa estima, ao isolamento, ao suicídio e ao uso excessivo ou abusivo de cigarro, álcool ou drogas (BRASIL, 2012a).

Estudos têm relatado a associação da violência doméstica com baixo nível socioeconômico e suporte social, da raça negra e jovens, ter tido a primeira relação sexual antes dos 19 anos, gravidez não planejada, entre outras. Mulheres envolvidas no ciclo da violência durante a juventude apresentam mais chances de serem vítimas de violência durante a gestação (AUDI *et al*, 2008).

Em relação à magnitude do fenômeno, no Brasil, as prevalências foram estimadas em 24,7% em Recife - PE e 32,0% em São Paulo - SP antes da gravidez e 30,6% e 31,8%, respectivamente, durante a gravidez (SILVA *et al*, 2011). Estudo realizado por Durand e Schraiber, em 2007, encontrou que 20,0% (n=1.922) das gestantes entrevistadas relataram ter sofrido algum tipo de violência na gestação. Pesquisa realizada por Audi *et al* (2008) com 1.379 gestantes, apontou que 19,1% dessas reportaram violência psicológica e 6,5% violência física e/ou sexual.

Campos (2010), em seu estudo com mulheres que tiveram parto prematuro, percebeu que algumas doenças relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal estiveram mais presentes em mulheres que sofreram violência nesse período, sendo elas: doenças do aparelho circulatório como síndromes hipertensivas, alterações no volume do líquido amniótico, amniorrexe prematura e descolamento prematuro da placenta. Incrementando tais achados, Durand e Schraiber (2007) afirmam que essas mulheres têm maiores chances de apresentarem depressão durante a gestação, anemia, sangramento no primeiro e no segundo trimestre. Além disso, elas buscam tardiamente atendimento pré-natal, em geral, no terceiro trimestre da gestação, já na ocasião do parto.

O MS afirma que o atendimento de pré-natal é um momento privilegiado para identificação de mulheres em situação de violência e, por vezes, a única oportunidade de serem identificadas. A observação cuidadosa e uma escuta qualificada, durante a prestação da assistência, são estratégias eficazes para o enfrentamento do agravo e fortalecimento da mulher. Ainda, destaca que a oferta de serviços e o acesso imediato a cuidados de saúde podem mudar drasticamente o destino dessas mulheres (BRASIL, 2012a).

A violência se torna um problema que envolve todos os setores da sociedade, incluindo os prestadores da assistência à saúde. Afirmam, ainda, que seja em qualquer âmbito de atuação é preciso um olhar cuidadoso para essas mulheres e que reflexões sobre as práticas profissionais sempre se façam presentes se constituindo de “elementos fundamentais para a

construção de novos conhecimentos acerca do complexo fenômeno da violência, bem como para a busca de estratégias de enfrentamento” (Gomes *et al*, 2012, p.110).

Contudo, apesar do impacto provocado a mulheres e em toda sociedade, a temática violência vem sendo pouco incorporada à prática dos profissionais de saúde, que possuem papel fundamental e estratégico no enfrentamento da violência, não só atuando na assistência e na recuperação das vítimas, mas também na coordenação de ações específicas de promoção à saúde em seu sentido mais amplo.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Durante o século XX, no Brasil, a saúde da mulher era voltada somente à assistência materna infantil, tendo em vista as altas taxas de morbimortalidade desse grupo. A partir dos anos 70, movimentos sociais, principalmente o movimento feminista, passaram a reivindicar dos poderes públicos medidas sistemáticas para o enfrentamento de tal problemática, já que eles entendiam que as mulheres eram sujeitos de direito, com necessidades que ultrapassavam o ciclo gravídico-puerperal e que demandavam ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida. Essas ações deviam contemplar as particularidades dos diferentes grupos populacionais, as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas nas quais as mulheres estivessem inseridas (BRASIL, 2004).

O movimento feminista foi um dos maiores atores na luta pela garantia dos direitos da mulher em situação de violência. Na tentativa de dar visibilidade às reivindicações, passou a adotar estratégias, principalmente no que tange à representação das mulheres, e do movimento, no poder e na política e a criação de espaços institucionais para discutir os direitos das mulheres (BANDEIRA, 2009).

Uma das primeiras estratégias foi a criação de espaços institucionais para a garantia de direitos das mulheres. Um marco importante, nesse sentido, foi a realização da I Conferência Mundial sobre a Mulher, no México, em 1975. Nesse momento, foi incorporada pela Organização das Nações Unidas (ONU) a luta do movimento feminista e foi declarado o ano internacional da mulher e a década da mulher. Também foi elaborada a Plataforma de Ação para a redução das desigualdades de gênero. Os países signatários à plataforma deveriam, durante os dez anos seguintes, desenvolver políticas públicas que visassem à igualdade de gênero (MIRANDA, 2008).

Resultaram dessas discussões diversos serviços de atendimento a mulheres, muitos até vinculados a Organizações Não Governamentais (ONG), criadas por militantes feministas envolvidas na implantação de políticas públicas voltadas à mulher. No cenário mundial, as organizações internacionais começaram a se mobilizar no sentido de discutir a violência contra a mulher após o ano de 1975, data em que a Organização das Nações Unidas realizou o primeiro Dia Internacional da Mulher (MIRANDA, 2008).

Em meio a essas demandas, em 1984, foi implantado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), incorporando como princípios basilares a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, sendo elaborado conjuntamente, ao Movimento de Reforma Sanitária, concebendo a base conceitual, que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

O PAISM, enquanto diretriz filosófica e política, é um programa que propunha, além da assistência, abarcar as condições de vida da mulher e foi o primeiro programa a explorar questões de gênero e da violência contra a mulher. Contudo, as ações propostas não foram contempladas na sua totalidade e a assistência à mulher continuou restrita às questões relativas à saúde reprodutiva (BRASIL, 2004).

Em 1985, foi implantada a primeira Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher-DEAM, em São Paulo, a partir do Decreto 23.769/85 (BRASIL, 1985). Assim, o acesso das mulheres em situação de violência tornou-se maior e houve melhoria nos atendimentos, já que esse espaço era compreendido como um local de atendimento às especificidades dos crimes que envolvem o âmbito doméstico e familiar; contudo, ainda, não existia lei específica para o julgamento dos crimes praticados contra a mulher. O movimento feminista solicitou que as delegacias da mulher estivessem incluídas em uma política de atenção à mulher em situação de violência e criação de lei específica para o julgamento dos casos (PASINATO; SANTOS, 2008).

Ainda em 1985, foi criado o Conselho Nacional de Direitos das Mulheres (CNDM), que representou a primeira experiência de institucionalização das reivindicações do movimento feminista no país. Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco no Brasil, surgindo a partir dela, a proposta de reformulação do Sistema Nacional de Saúde junto à Assembleia Nacional Constituinte. Nela, foram intensificados os debates acerca da saúde da mulher com a incorporação de um olhar não apenas para o biológico, como também para suas condições sociais, como questões de gênero, trabalho e direitos civis, sendo homologados

posteriormente, em 1988, na Constituição Federal Brasileira (MEDEIROS; GUARESHI, 2009).

Apesar de a Constituição abordar a igualdade de direitos e deveres, neste documento, ainda, não foram contemplados os aspectos específicos da violência doméstica, fenômeno diariamente vivenciado pelas mulheres. Bandeira (2009) afirma que a título mundial, somente na Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena no ano de 1993, o Tribunal de Crimes contra as Mulheres defendeu que uma vida sem violência constitui um direito indissociável para os Direitos Humanos no mundo.

A Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento, ocorrida no Cairo, em 1994, reafirmou a importância de relações de gênero mais igualitárias, com maior liberdade para a mulher, livre de discriminação e violência. No mesmo ano, no Brasil, foi realizada a Convenção de Belém do Pará, destinada a prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, ressaltando a preocupação com a violência doméstica e a responsabilidade do Estado em combater esse agravo (RIOS, 2006).

Ainda de acordo com esse autor, em 1995, a IV Conferência Mundial da Mulher em Pequim, confirmou as diretrizes definidas no Cairo. Assim, reforçou a necessidade da proteção dos direitos reprodutivos, sexuais, da saúde, da integridade, da proteção contra violência, da igualdade e não discriminação, matrimônio, educação e proteção contra exploração sexual (MIRANDA, 2008).

Assim, por demandar uma complexa rede para o atendimento às suas vítimas, a violência exige dos serviços públicos grande atenção. Partindo do pressuposto de que a violência gera sérios agravos a quem sofre e onera os cofres públicos, a relação entre a violência doméstica com os serviços de saúde é complexa.

As vítimas são frequentadoras assíduas das unidades de saúde por, talvez, ser este o único lugar em que elas possam recorrer à ajuda. Porém, o despreparo dos profissionais de saúde é preocupante e envolve vários fatores, tais como: invisibilidade social perante o agravo, impunidade, medo do agressor, despreparo dos profissionais para lidar com a situação e o não reconhecimento da violência como problema de saúde pública (VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011).

Após esse ano, no Brasil, várias políticas públicas foram criadas para o combate da violência contra a mulher, como leis, secretarias e programas. Implantaram-se, também, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, os Conselhos Estaduais e Municipais da Condição Feminina e as Delegacias de Defesa da Mulher, conquistas importantes no combate à violência contra a mulher (BARSTED; PITANGUY, 2011).

A Lei 10.683, de 28 de maio de 2003, criou a Secretaria de Políticas para as Mulheres, estabelecendo políticas públicas que contribuam para a melhoria da vida de todas as brasileiras enfrentando as desigualdades e diferenças sociais, raciais, sexuais, étnicas. Essa secretaria tem como desafio a incorporação das especificidades das mulheres nas políticas públicas e o estabelecimento das condições necessárias para a sua plena cidadania (BRASIL, 2012b). A partir de então, o governo reconheceu a necessidade da criação de políticas com a transversalidade de gênero.

Ainda no ano de 2003, foi sancionada a Lei 10.778, em 24 de novembro, estabelecendo a notificação compulsória em todo o Território Nacional dos casos de violência contra a mulher atendidos tanto nos serviços de saúde públicos, quanto nos privados (BRASIL, 2003). A notificação é de grande importância, pois, por meio desses casos identificados, o fenômeno ganha visibilidade, demonstrando a realidade e magnitude do problema, tornando possível a identificação e o dimensionamento epidemiológico para, assim, possibilitar a criação de políticas públicas voltadas à prevenção da violência.

De acordo com Saliba *et al* (2007), ainda se percebe que a identificação dos casos de violência contra a mulher é de difícil registro, pois faltam informações e preparo dos profissionais de saúde para olharem além do dano físico. A maior dificuldade para se conhecer e notificar injúrias contra mulheres, deve-se ao fato de que os serviços de saúde não estão implementando a lei.

No ano de 2004, foi implantada a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), afirmando que humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A partir da priorização da organização de redes integradas de atenção às mulheres em situações de violência, se tornaria possível promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual (MEDINA; PENNA, 2008).

Já em 2006, foi aprovada a Lei Nº 11.340 - Lei Maria da Penha. Assim, a violência doméstica contra a mulher passou a ser definida como um crime específico, além de criar mecanismos para coibir esse tipo de violência, indicando algumas providências a serem tomadas, bem como identificando os tipos e expressões de violência contra a mulher (BRASIL, 2006).

A Lei Maria da Penha, no seu capítulo 1, artigo 5º, define violência doméstica e familiar contra a mulher como:

“Qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial:

I - no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas;

II - no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa;

III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação”.

A Lei 11.340/06, ainda, afirma que as relações interpessoais independem de orientação sexual e que a violência doméstica e familiar contra a mulher se constitui uma das formas mais sérias de violação dos direitos humanos (BRASIL, 2006).

Essa lei altera o Código Penal Brasileiro, aumentando em três vezes a pena para os agressores, fortalecendo, assim, os mecanismos de proteção às mulheres. Prevê prisões em flagrante e extingue penas pecuniárias, além de estimular a promoção de estudos e pesquisas com a perspectiva de gênero e a promoção de convênios para implementar programas de erradicação da violência doméstica e familiar contra as mulheres (BEIRAS *et al*, 2012).

Dessa forma, percebe-se o grande avanço em relação às políticas públicas para o enfrentamento da violência contra a mulher, provocando debates significativos e uma sensibilização social importante. Contudo, há a necessidade de se implementarem as leis e normas técnicas que tratam acerca da violência doméstica contra a mulher, além da ampliação das estratégias de prevenção desse fenômeno, bem como sensibilizar os profissionais de saúde para que reconheçam a violência contra a mulher como um objeto de intervenção da saúde pública.

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO E TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, exploratório, com abordagem quantitativa. O método quantitativo se caracteriza por reduzir as chances de erros no processo de análise dos dados, possibilitando a precisão das informações (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004), sendo, portanto, apropriado para o objeto deste estudo.

Para Pereira (2005), estudos transversais permitem examinar a relação exposição/desfecho, em uma dada população, em um dado momento. Esse método é eficaz para a detecção de doenças e seus fatores de risco. Assim, ele permite a identificação das populações de risco, além de possibilitar o cálculo entre a associação da exposição com o desfecho e estimar a prevalência do agravo.

Polit, Beck e Hungler (2004) corroboram com essa ideia, afirmando que estudo de corte transversal é realizado em um dado momento, não permitindo seguimento dos participantes da pesquisa, sendo adequado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição. Esse tipo de estudo tem como principal vantagem ser econômico e de fácil controle.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em uma Maternidade Pública de Salvador – BA pertencente à Rede Estadual de Saúde, considerada de ensino e de assistência às mulheres durante o ciclo reprodutivo. Essa instituição é localizada em um bairro popular da Cidade de Salvador, que teve ocupação e expansão significativa a partir da década de 1990 e, atualmente, reúne populações de diferentes origens, oriundas do interior do Estado e também de outros bairros populares, possui um comércio local em constante expansão, que procura atender às necessidades da sua população, já que o bairro é distante do centro da cidade (TOURINHO; ANTONINO, 2013).

A maternidade em questão foi fundada em 1993 e atende uma população estimada em cerca de 700 mil habitantes. Presta serviços nas especialidades de ginecologia e obstetria

clínica e cirúrgica, ultrassonografia, neonatologia e unidade intermediária neonatal. Oferece consultas de pré-natal para adolescentes, gestantes de risco habitual e alto risco, serviço de assistência social, planejamento familiar, consultas de enfermagem, além de atuar como campo de estágio e de desenvolvimento de atividades relacionadas ao ensino/pesquisa/extensão em parceria com a Universidade Federal da Bahia.

Essa instituição possui 66 leitos na enfermaria adulta e 12 leitos neonatais. Apresenta uma média mensal de 290 partos e 100 curetagens, 1.500 atendimentos médicos de emergência e 7 mil exames laboratoriais. Também realiza triagem neonatal e exames de acuidade audiovisual para recém nascidos. Em 2007, pesquisa realizada pelas Voluntárias Sociais da Bahia junto às diversas comunidades de Salvador, apontou a unidade como responsável pela melhor assistência pré-natal na rede estadual de saúde (SECON, 2007).

As informações mais atuais acerca do número de partos realizados neste equipamento de saúde são relativas ao ano de 2011, quando foram realizados 3.562, partos (DATASUS, 2012).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo do estudo foi representada por mulheres internadas no alojamento conjunto da referida maternidade, durante o período de março a julho de 2013. A escolha pelo período puerperal justifica-se por essas mulheres poderem reportar vivências de violência durante a gravidez integralmente.

Foi calculada uma amostra aleatória simples sem reposição, com o objetivo de estimar a prevalência da violência doméstica em gestantes na referida maternidade pública. Adotou-se uma prevalência estimada com base em estudos anteriores de que 20,0% de mulheres sofrem violência doméstica durante a gravidez (DURAND; SCHRAIBER, 2007). Admitiu-se um erro amostral de 3,0% ($d=0,03$), sob o nível de confiança de 95,0%, tomou-se como denominador o total de 3.562 partos realizados durante o ano de 2011 no *locus* do estudo (DATASUS, 2012), Assim, a população de estudo foi composta por 516 puérperas, que se encontravam no pós-parto imediato ou pós-abortamento, internadas na maternidade selecionada de Salvador – BA.

Optou-se por amostragem sem reposição, pois o uso dessa se justificaria diante das situações em que os questionários fossem preenchidos incorretamente ou com grande quantidade de questões sem informação.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Foram incluídas mulheres internadas no alojamento conjunto que estivessem em condições clínicas e emocionais para responder ao instrumento. O convite para a participação no estudo foi realizado em 18 horas ou mais, de pós-parto para mulheres que tiveram o parto normal e 24 horas ou mais, para as que foram submetidas à cesariana ou pós-abortamento. Foram excluídas as puérperas que apresentaram intercorrências (clínicas e emocionais) durante o puerpério imediato e as impossibilitadas de responder ao instrumento.

Da amostra de 516 puérperas, foram entrevistadas 498, tendo como justificativa a suspensão do atendimento às parturientes por motivo de reforma física da instituição. Assim, todas as pacientes que estavam internadas, bem como as gestantes que procuravam seus serviços, tanto para as consultas, a realização de exames, como para o parto, foram transferidas para outros estabelecimentos de saúde, o que impossibilitou a coleta de toda a amostra preestabelecida.

3.5 COLETA DE DADOS

3.5.1 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu mediante entrevista baseada em um formulário estruturado (APÊNDICE 1), tendo como base o instrumento utilizado na pesquisa intitulada “A mulher sob o signo da violência doméstica e institucional¹” (DINIZ *et al*, 2000) (ANEXO 1) e o

¹ Projeto desenvolvido na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia pela Professora Doutora Normélia Maria Freire Diniz e colaboradores no ano de 2000. Pesquisa realizada em parceria com REDOR- Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e pesquisas sobre a mulher e as relações de gênero, DECOM- Departamento de Enfermagem Comunitária e o GEM- Grupo de Estudos Sobre a Saúde da Mulher.

instrumento *Abuse Assessment Screen*² (AAS) (REICHENHEIM; MORAES; HASSELMANN, 2000) (ANEXO 2), usado para o rastreamento de casos de violência contra a mulher grávida na sua versão em português. Contém questões fechadas sobre as Características Sociodemográficas (Raça/cor, idade, religião, grau de escolaridade, estado civil, com quem mora, trabalho, grau de dependência financeira, renda familiar, quem ajuda financeiramente; Dados do Companheiro (número de companheiros, idade, ocupação, número de filhos com o companheiro atual); Características Gineco-obstétricas (idade da menarca, início da vida sexual, número de gestações, número de abortos espontâneos e provocados, número de partos, número de filhos vivos e mortos, realização do pré-natal, número de consultas de pré-natal, trimestre do início para o acompanhamento pré-natal); Uso de Drogas Lícitas e Ilícitas (tipo de droga, tempo de uso, frequência de uso); Uso de Drogas Lícitas e Ilícitas por Familiares (quem usa, tipo de droga, tempo de uso, frequência de uso); Intercorrências Obstétricas (síndromes hipertensivas, hemorragias, infecções urinárias, vulvovaginites, anemia crônica, aminiorrexe prematura, ameaça de aborto, parto prematuro); e Vivência da Violência (vivência da violência doméstica: quem praticou a violência, período em que sofreu ou sofre violência, expressão da violência, qual a área do corpo atingida, como se sentiu após sofrer a violência, conversou com alguém, procurou por instituição de auxílio, apresentou alguma dificuldade para a realização do pré-natal, algum profissional questionou sobre o tema violência, presença de problemas de saúde em decorrência da violência doméstica).

3.5.2 Operacionalização da coleta de dados

Após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa, ocorreram encontros com a coordenadora da maternidade selecionada, onde foi acordado o início da coleta dos dados, o local onde a entrevista seria realizada dentro da maternidade e o número de coletadoras. A direção da Maternidade teve acesso ao projeto, bem como ao instrumento de coleta, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

² Instrumento de investigação epidemiológica para rastreamento de casos de violência contra a mulher grávida desenvolvido nos EUA, em 1989, pelo *Nursing Research Consortium on-Violence and Abuse*.

3.5.2.1 Estudo piloto

Foi aplicado um estudo piloto do qual participaram 52 puérperas (10,0% da amostra) e que teve por objetivo testar o instrumento para coleta de dados e tornar a equipe de coleta apta para a aplicação do mesmo de forma sistemática. Isso visou colaborar, entre outros, na redução da ocorrência de erros sistemáticos, conferindo qualidade aos dados obtidos.

O controle de qualidade da produção dos dados coletados foi realizado pela pesquisadora responsável pelo projeto, que acompanhou e supervisionou as entrevistadoras no campo e verificou todos os instrumentos coletados.

3.5.2.2 Estrutura e treinamento da equipe de trabalho

A equipe foi composta por 01 pesquisadora orientadora, 03 entrevistadoras (01 pesquisadora responsável pelo projeto, 01 graduanda bolsista de Iniciação Científica e 01 aluna de doutorado), 1 estatística e 2 digitadoras. O treinamento das entrevistadoras foi realizado a partir da exposição do estudo, seguido de leitura exaustiva do instrumento e discussão do formulário para a garantia da padronização durante a entrevista.

3.5.2.3 Procedimentos de abordagem das participantes

Antes de se aproximarem das mulheres, as entrevistadoras faziam análise de prontuário, para identificar as participantes elegíveis de acordo com os critérios de inclusão e exclusão preestabelecidos. Logo após, convidavam as mulheres a participar do estudo, explicando seu objetivo e leitura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As mulheres que concordaram em participar e assinaram o TCLE foram, juntamente com a entrevistadora, para uma sala reservada, tendo em vista a realização da entrevista por meio de formulário. Para as participantes que não tinham acompanhante ou para as que desejavam levar o recém-nascido consigo, foi oferecido um berço para a acomodação do mesmo durante a entrevista.

Finalizada a entrevista, a entrevistadora acompanhava a participante para seu leito.

3.6 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

Variável é uma característica de interesse, que se associa a uma dada população, podendo ser observada e medida em uma investigação. São chamadas assim porque apresentam variação de elemento para elemento na população ou amostra de estudo (ROUQUEAYROL; ALMEIDA FILHO, 2007).

3.6.1 Variáveis independentes

São variáveis introduzidas propositadamente na investigação para verificar sua relação com o comportamento de outras variáveis (ROUQUEAYROL; ALMEIDA FILHO, 2007).

3.6.1.1 Variáveis Sociodemográficas:

Definidas como fonte de informação para o estudo e monitoramento da desigualdade em saúde. O conhecimento das condições sociodemográficas permite uma maior precisão na medição da desigualdade social e dos fatores de risco (MONTILLA; CUNHA; MARQUES, 2008).

Para este estudo foram utilizadas: Idade (em anos); Religião; Raça/Cor (auto-declarada); Grau de escolaridade (avaliada em anos de estudo); Tipo de trabalho; Conjugalidade (casada, solteira ou união estável); Grau de dependência financeira (independente, parcialmente dependente, totalmente dependente); Dados do companheiro (Número de companheiros; Idade; Ocupação; Número de filhos com o companheiro atual).

3.6.1.2 Variáveis relacionadas à violência:

- Violência física: conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;
- Violência psicológica: conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que degrade ou controle suas ações, comportamentos mediante ameaça, constrangimento, chantagem ou limitação do direito de ir e vir;
- Violência sexual: conduta que a leve a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, que a induza a comercializar ou a utilizar sua sexualidade, que a impeça de usar método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto;
- Violência patrimonial: conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus bens e/ou objetos;
- Violência moral: conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.
- Expressão da violência: avaliada quanto ao tipo (violência física; violência psicológica; violência sexual violência patrimonial; violência moral).
- Agressor.
- Adoecimento relacionado à violência.

3.6.2 Variável dependente:

Variável cujo comportamento se quer verificar em função das variáveis independentes. Portanto, todo resultado obtido em um experimento é uma variável dependente (ROUQUEAYROL; ALMEIDA FILHO, 2007).

3.6.2.1 Variável ter sofrido violência doméstica:

Definida como violência doméstica contra a mulher a qual provoque qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial.

- Vivência da violência doméstica: não ou sim;
- Período que sofreu ou sofre violência: *antes da gravidez* (violência doméstica vivenciada somente antes da gravidez, não ocorreu durante a gestação); *durante a gravidez* (violência doméstica vivenciada durante a gravidez); *nunca* (violência doméstica não vivenciada).

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram digitados no programa Epi Info Windows (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA*) e, após a digitação, foram exportados para o pacote estatístico STATA v.11 para geração dos resultados.

Inicialmente, foram realizadas análises exploratórias univariadas por meio de distribuições de frequências e medidas descritivas (média e desvio padrão) das variáveis selecionadas para o estudo (sociodemográficas da mulher e do companheiro; da expressão da violência; autor da agressão e de problemas de saúde relacionados à violência doméstica). Posteriormente, foram verificadas diferenças proporcionais entre os grupos por meio de análises bivariadas entre cada covariável e o período de ocorrência da violência doméstica (desfecho). Para tal, foram utilizados os Testes Chi-quadrado de Pearson e o Exato de Fischer (quando necessário) para as variáveis qualitativas nominais e o Teste Chi-quadrado de Tendência Linear para as variáveis qualitativas ordinais. Adotou-se o nível de 5% de significância estatística.

Para estimar a magnitude das associações, foram utilizadas como medida de ocorrência a Prevalência e como medida de associação a Razão de Prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança de 95%, estimados por meio do Teste de Homogeneidade de Mantel-Haenzel. O uso do risco relativo deve-se à elevada prevalência de violência doméstica encontrada na população de estudo 41,4%; foi contraindicado o uso da *Odds Ratio* (OR) para estimar a RP e respectivos intervalos de confiança. Em todas as análises, adotou-se o nível de significância estatístico de 5% ($p \leq 0,05$).

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

As mulheres que atenderam aos critérios de inclusão foram convidadas a integrar a pesquisa e informadas acerca dos aspectos éticos, ancorados na resolução 196/96 (BRASIL, 1996), visto que essa Resolução ainda estava em vigor no momento da submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa. Previamente, foram esclarecidas sobre os objetivos, relevância e procedimentos metodológicos do estudo. Assim, foram elucidadas todas as dúvidas pertinentes a sua participação na pesquisa, podendo decidir, por livre e espontânea vontade, quanto ao desejo de participar do estudo, sem que isto vinhesse a acarretar algum tipo de prejuízo decorrente de sua contribuição.

As participantes foram informadas sobre o direito de participar ou não do estudo, bem como desistir em qualquer fase, sem que ocorresse prejuízo no seu atendimento, sendo-lhes garantido o sigilo das informações observado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e expostos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE II), o qual foi de ciência pelas participantes e assinados pelas mesmas e/ou seus responsáveis e pela pesquisadora (BRASIL, 1996).

Durante a entrevista, a pesquisadora norteou sua atuação visando minimizar a dissimetria do relacionamento, estabelecendo uma relação acolhedora, amparada por uma escuta respeitosa, livre de qualquer ação de julgamento quanto ao processo de vivência e enfrentamento da violência doméstica. Vale destacar que foi garantida à entrevistada a possibilidade de interrupção da entrevista a qualquer momento, uma vez que o conteúdo da pesquisa dizia respeito a vivências que poderiam mobilizar sentimentos difíceis, sendo esse um risco considerado no estudo.

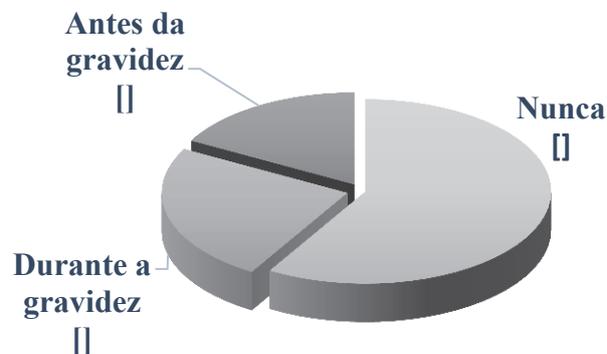
O projeto foi submetido à Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (CEP-EEUFBA), sendo aprovado mediante o Protocolo N°: 194.339 e CAAE N°: 12520313.8.0000.5531. A coleta dos dados se iniciou somente após a aprovação pelo CEP (ANEXO 3).

4 RESULTADOS

4.1 PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DURANTE A GESTAÇÃO

A prevalência de violência doméstica foi de 41,4%, (*durante a gestação* - 24,3%; *antes da gestação* - 17,1%) (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição percentual do período de ocorrência da violência doméstica (n=498). Salvador – Bahia, março a julho 2013.



4.2 CARACTERIZAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICA E ECONÔMICA DE MULHERES ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA

A idade das gestantes variou de 12 a 43 anos, com média de 24 anos (desvio padrão = ± 7 anos). Houve predomínio nas faixas etárias de 18 a 24 anos (32,7%) e ≥ 25 anos (48,4%). Verificou-se homogeneidade proporcional entre a distribuição etária e os períodos com e sem história de violência (Tabela 1).

Em relação à variável cor, predominantemente, as mulheres se autodeclararam pardas e pretas (436 – 87,6%). No que diz respeito ao estado civil, houve predomínio de casadas ou em união estável (404 – 81,1%) (Tabela 1).

Concernente à religião, houve maior frequência de evangélicas (193 - 38,8%), seguida de mulheres sem religião (148 - 29,7%) e católicas 144 (28,9%). A maior frequência

de mulheres evangélicas se confirma na análise estratificada por período de ocorrência da violência doméstica (Tabela 1).

Para a variável escolaridade, a maioria das mulheres tinham ≤ 9 anos de estudo, 55,5% das mulheres tinham o ensino médio completo, seguido de 31,7% com ensino fundamental e 4,4% com ensino superior completo e incompleto. Verificou-se homogeneidade proporcional entre os diferentes níveis de escolaridade e os períodos com e sem história de violência (Tabela 1).

É possível observar, na ocupação das mulheres, que a maior frequência foi de donas de casa que não recebiam nenhum tipo de renda (177 - 35,5%), seguida de mulheres com emprego fixo (130 - 26,1%). Verificou-se homogeneidade proporcional entre os períodos com e sem história de violência.

Concernente à renda familiar, avaliada em salários mínimos, houve predomínio de famílias que recebem entre 1 a 2 salários mínimos (293 - 58,8%); padrão semelhante obteve-se na análise estratificada, mulheres sem história de violência (168 - 57,5%), com vivência de violência *durante a gestação* (78 - 64,5%) e *antes da gestação* (47 - 55,3%).

Observou-se percentual elevado de entrevistadas totalmente dependentes financeiramente de alguém para subsistência (288 - 57,8%). Houve equivalência entre os percentuais para as categorias totalmente dependente e independente por período de ocorrência. A violência nestes grupos manifestou-se em proporções semelhantes (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição proporcional da ocorrência de violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública (n = 498), segundo características sociodemográficas. Salvador – Bahia, março a julho, 2013.

Características Sociodemográficas	Total 498 (100%)	Período de ocorrência da violência doméstica?			p-valor
		Nunca	Durante a gestação	Antes da gestação	
		n (%) 292 (58,6)	n (%) 121 (24,3)	n (%) 85 (17,1)	
Idade					
< 18 anos	94 (18,9)	55 (18,8)	21 (17,4)	18 (21,2)	0,940 ^a
18 a 24 anos	163 (32,7)	101(34,7)	33 (27,3)	29 (34,1)	
≥ 25 anos	241 (48,4)	136 (46,6)	67 (55,4)	38 (44,7)	
Cor					
Branca e outras	62 (12,4)	40 (13,7)	13 (10,7)	9 (10,6)	0,603 ^b
Preta e parda	436 (87,6)	252 (86,3)	108 (89,3)	76 (89,4)	
Estado Civil					
Casada/União estável	404 (81,1)	239 (81,8)	93 (76,9)	72 (84,7)	0,325 ^b
Solteira/Viúva/Divorciada	94 (18,9)	53 (18,2)	28 (23,1)	13 (15,3)	
Religião					
Católica	144 (28,9)	92 (31,5)	38 (31,4)	14 (16,5)	
Evangélica	193 (38,8)	100 (34,2)	51 (42,2)	42 (49,4)	
Sem religião	148 (29,7)	93 (31,8)	30 (24,8)	25 (29,4)	
Outras	13 (2,6)	7 (2,4)	2 (1,6)	4 (4,7)	
Escolaridade					
Analfabeta	3 (0,6)	1 (0,3)	2 (1,7)	0 (0,0)	0,870 ^a
Ensino primário	39 (7,8)	18 (6,2)	15 (12,4)	6 (7,1)	
Ensino Fundamental	158 (31,7)	94 (32,2)	42 (34,7)	22 (25,9)	
Ensino Médio e técnico	276 (55,4)	166 (56,8)	58 (47,9)	52 (61,2)	
Ensino Superior	22 (4,4)	13 (4,5)	4 (3,3)	5 (5,9)	
Posição na ocupação					
Desempregada	75 (15,1)	43 (14,7)	14 (11,5)	18 (21,2)	
Autônoma/emprego informal	78 (15,7)	40 (13,7)	21 (17,4)	17 (20,0)	
Possui emprego fixo	130 (26,1)	73 (25,0)	32 (26,4)	25 (29,4)	
Estudante	38 (7,6)	30 (10,3)	6 (5,0)	2 (2,4)	
Dona de casa	177 (35,5)	106 (36,3)	48 (39,7)	23 (27,0)	
Renda familiar (salários mínimos)^a					
< 1	54 (10,8)	34 (11,6)	12 (9,9)	8 (9,4)	0,590 ^a
1 a 2	293 (58,8)	168 (57,5)	78 (64,5)	47 (55,3)	
Mais de 2 até 4	113 (22,7)	66 (22,6)	26 (21,5)	21 (24,7)	
Superior a 4	26 (5,2)	14 (4,8)	5 (4,1)	7 (8,2)	
Não sabe/Não respondeu	12 (2,5)	10 (3,5)	0 (0,0)	2 (2,4)	
Relação de Dependência Financeira					
Independente	64 (12,8)	37 (12,7)	16 (13,2)	11 (12,2)	0,338 ^b
Parcialmente dependente	146 (29,4)	76 (26,1)	39 (32,2)	31 (36,5)	
Totalmente dependente	288 (57,8)	179 (61,3)	66 (54,6)	43 (50,6)	

Fonte: Elaboração própria. **Notas:** Idade média = 24,8 anos (\pm 6,9 anos);^aTeste Qui-quadrado de Tendência;
^bTeste Qui-quadrado de Pearson.

A Tabela 2 apresenta a distribuição proporcional dos casos de ocorrência da violência doméstica segundo as características dos companheiros e número de relacionamentos anteriores e atual, número de filhos das entrevistadas. A idade do companheiro atual variou de 16 a 65 anos e a média foi de 26 anos (desvio padrão = \pm 12 anos); houve predomínio nas faixas etárias de 20 a 29 anos (49,4%) e \geq 30 anos (56,2%); verificou-se homogeneidade entre a distribuição proporcional etária do companheiro e os períodos com e sem história de violência das mulheres.

No que tange à ocupação do companheiro, observou-se que a maior frequência dos homens (295 - 59,2%) tinha emprego fixo com carteira assinada, ou outras formas de se manter financeiramente - 22,5% eram autônomos ou faziam “bicos” (pedreiros, garçons, vendedores ambulantes, etc.) enquanto que 5,2% estavam desempregados. Esse padrão se mantém em relação à vivência de violência doméstica independente do período de ocorrência de mulheres com e sem história de violência.

No que se refere ao número de relacionamentos e à ocorrência da violência, esse se mostrou inversamente proporcional, ou seja, quanto maior o número de relacionamentos, menor é a frequência da violência. Assim, houve predomínio de mulheres que afirmaram ter vivido apenas um relacionamento (307 - 61,6%), seguido de dois parceiros (142 - 28,5%), mais de três companheiros (38 - 7,6%) enquanto que 2,2% das participantes afirmaram nunca ter tido nenhum relacionamento sério. A proporção se mantém na análise estratificada. Foram verificadas diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre o número de relacionamentos e o período em que a mulher vivenciou a violência ($p=0,00$).

A maior proporção das entrevistadas tinha pelo menos um filho vivo (234 - 47,0%). Observou-se uma tendência de redução proporcional do número de filhos vivos por mulher. Contudo, a maioria das mulheres com histórico de violência também possui apenas um filho vivo. Essa variável apresentou diferenças proporcionais estatisticamente significantes quanto ao período de ocorrência do maltrato ($p=0,00$) (Tabela 2).

Em relação ao número de filhos com o companheiro atual, 278 (55,8%) mulheres afirmaram ter um filho com o parceiro atual, 93 (18,7%) tinham dois filhos, 52 (10,4%) tinham três ou mais filhos e 75 (15,1%) não tinham filhos com atual parceiro, estavam internadas em decorrência de situação de abortamento. Essa proporção se mostrou homogênea

quando verificada a ocorrência da violência doméstica, independente do período, *durante a gestação e antes da gestação* e mulheres sem essa vivência.

Tabela 2 - Distribuição proporcional da ocorrência de violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública (n = 498), segundo características dos companheiros de mulheres. Salvador – Bahia, março a julho, 2013.

Características do companheiro e da relação	Total 498 (100%)	Período de ocorrência da violência doméstica			p-valor
		Nunca	Durante a gestação	Antes da gestação	
		n (%)	n (%)	n (%)	
		292 (58,6)	121 (24,3)	85 (17,1)	
Idade					
< 20 anos	17 (3,9)	12 (4,7)	3 (3,0)	2 (2,6)	0,870 ^a
20 e 29 anos	216 (49,9)	124 (48,6)	54 (52,9)	38 (50,0)	
≥ 30 anos	200 (46,2)	19 (46,7)	45 (44,1)	36 (47,4)	
Posição na Ocupação					
Desempregado	26 (5,2)	16 (5,5)	9 (7,5)	1 (1,2)	
Autônomo/Faz bicos	112 (22,5)	56 (19,2)	39 (32,2)	17 (20,0)	
Possui emprego fixo	295 (59,2)	183 (62,7)	54 (44,6)	58 (68,2)	
Não se aplica	65 (13,1)	37 (12,6)	19 (15,7)	9 (10,6)	
Número de relacionamentos (inclui a relação atual)					
Nenhuma relação afetiva	11 (2,2)	9 (3,1)	1 (0,8)	1 (1,2)	0,000 ^a
1	307 (61,6)	199 (68,2)	60 (49,6)	48 (56,5)	
2	142 (28,5)	68 (23,3)	44 (36,4)	30 (35,3)	
3 ou mais	38 (7,7)	16 (5,5)	16 (13,2)	6 (7,2)	
Número de filhos com o companheiro atual					
Sem filhos	75 (15,1)	45 (15,4)	21 (17,4)	9 (10,6)	0,470 ^a
1	278 (55,8)	166 (56,8)	62 (51,2)	50 (58,8)	
2	93 (18,7)	47 (16,1)	29 (24,0)	17 (20,0)	
3 ou mais	52 (10,4)	34 (11,6)	9 (7,4)	9 (10,6)	
Número de filhos vivos (com companheiro atual e relação anterior)					
Sem filhos	5 (1,0)	5 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,000 ^a
1	234 (47,0)	157 (54,0)	44 (36,4)	33 (38,8)	
2	129 (25,9)	66 (22,6)	34 (28,1)	29 (34,1)	
3 a 4	94 (18,9)	49 (16,8)	26 (21,5)	19 (18,9)	
5 ou mais	36 (7,2)	15 (5,1)	17 (14,0)	4 (4,7)	

Fonte: Elaboração própria. **Notas:** Idade média = 26,1 anos (desvio padrão = ± 12,4 anos); ^aTeste Qui-quadrado de Tendência.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DA EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA VIVENCIADA POR MULHERES ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA.

Das entrevistadas, 206 (41,4%) afirmaram vivenciar ou terem vivenciado a violência doméstica em algum momento da vida. Dessas, 58,7% ocorreu *durante a gestação* e 41,3% *antes da gestação*.

Os resultados das expressões da violência apresentam-se na seguinte distribuição: Violência psicológica (201 - 97,6%); Violência moral (121 - 58,7%); Violência física (81 - 39,3%); Violência patrimonial (74 - 35,9%); Violência sexual (95 - 46,1%).

Em relação à violência sexual, foram verificadas diferenças proporcionais estatisticamente significantes ($p = 0,005$). Os períodos se mostraram proporcionalmente homogêneos quanto às formas da violência doméstica e o período de ocorrência, com elevadas proporções da violência doméstica, exceto para a violência sexual que apresentou a maior ocorrência *durante a gestação* (71,6%) e diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre os períodos ($p=0,005$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da relação proporcional entre a expressão da violência doméstica de acordo com o período em que a violência foi praticada em mulheres atendidas em uma maternidade (n=206). Salvador – Bahia, março a julho 2013.

Expressão da Violência*	Total* 206 (41,4%)	Período de ocorrência da violência doméstica		p-valor ^a
		Durante a gestação	Antes da gestação	
		n (%) 121 (58,7)	n (%) 85 (41,3)	
Física	95 (46,1)	59 (62,1)	36 (37,9)	0,396
Psicológica	201 (97,6)	118 (58,7)	83 (41,3)	1,000
Sexual	74 (35,9)	53 (71,6)	21 (28,4)	0,005
Patrimonial	81 (39,3)	54 (66,7)	27 (33,3)	0,082
Moral	121 (58,7)	73 (60,3)	48 (39,7)	0,666

Fonte: Elaboração própria. **Notas:** *Percentual na linha, questão de múltipla resposta na qual estão apresentadas somente os %'s da resposta afirmativa de cada item; ^aQui-quadrado de Pearson.

No que diz respeito ao autor da violência, a maior frequência foi atribuída àqueles que mantinham relação de conjugalidade com as mulheres; 84 (40,8%) eram os atuais companheiros e apresentaram diferenças proporcionais estatisticamente significantes quanto ao período de ocorrência ($p=0,000$), seguido por ex-companheiros (78 - 37,9%). Considerando o período de ocorrência da violência – *durante a gestação* - percebe-se que a maior frequência foi atribuída ao companheiro atual (71 – 84,5%) seguido do irmão (32 – 64,0%), do ex-companheiro (48 – 61,5%) e da mãe (16 – 51,6%) (Tabela 4).

A categoria “outros” incorporou pessoas com relação consanguínea mais distante (tios, primos, avós, etc.) e relações sem consanguinidade (amigos, vizinhos, entre outras) foi responsável por 21,4% das agressões. Quando considerado o período *antes da gestação*, esses foram responsáveis pela segunda maior frequência (25 – 56,8%) seguido do pai (22 – 53,7%) e da mãe (15 – 48,4%), a qual mostrou diferenças proporcionais estatisticamente significantes quanto ao período de ocorrência ($p=0,024$).

Tabela 4 - Distribuição da relação proporcional entre o autor da agressão de acordo com o período em que a violência foi praticada em mulheres atendidas em uma maternidade ($n=206$). Salvador – Bahia, março a julho 2013.

Autor*	Total 206 (41,4%)	Período de ocorrência da violência doméstica		p-valor ^a
		Durante a gestação	Antes da gestação	
		n (%) 121 (58,7)	n (%) 85 (41,3)	
Pai	41 (19,9)	19 (46,3)	22 (53,7)	0,079
Mãe	31 (15,0)	16 (51,6)	15 (48,4)	0,431
Irmão	50 (24,3)	32 (64,0)	18 (36,0)	0,413
Companheiro atual	84 (40,8)	71 (84,5)	13 (15,5)	0,000
Ex-companheiro	78 (37,9)	48 (61,5)	30 (38,5)	0,562
Outros	44 (21,4)	19 (43,2)	25 (56,8)	0,024

Fonte: Elaboração própria. **Notas:** ^aTeste Qui-quadrado de Pearson; *Percentual na linha, questão de múltipla resposta na qual estão apresentadas somente os %'s da resposta afirmativa de cada item.

Em relação à violência física, que ocorreu em todos os períodos, encontramos uma prevalência de 46,1%, estratificada por período foi de 42,4% *antes da gestação* e 48,8% *durante a gestação*. Quanto à expressão da violência física, o tapa apresentou a maior frequência (86,3%), sendo mais frequente *durante a gestação* (50,0% – 61,0%), que *antes da gestação* (32 – 39,0%) (Tabela 5). A segunda forma da expressão da violência física *durante*

a gravidez foi o empurrão com 66,7%; já no período *antes da gestação*, o tipo de agressão física, que mais acometeu as mulheres em situação de violência doméstica foi “outras” que engloba afogamento, estrangulamento, uso de objetos para tortura, entre outros, com 50,0% e “uso de arma de fogo” com 42,9%.

A prevalência da violência psicológica foi de 97,6%, e quando estratificada por período, observa-se: *durante a gestação* (118,0% – 58,7%) e *antes da gestação* (83,0% – 41,3%). As expressões mais frequentes nesse grupo foram: insultos (84,1%), seguidos de constrangimento (72,1%). Quando se analisa cada período de vivência de violência individualmente, percebe-se que a expressão mais prevalente *durante a gestação* foi a limitação do direito de ir e vir com 62,8% seguido pelo controle das ações, comportamentos, crenças e decisões da mulher com 62,6%. Já *antes da gestação*, a expressão mais prevalente foi o aprisionamento com 57,9%.

Tendo em vista a violência sexual, essa ocorreu em 35,9% das participantes. Contudo, durante a análise estratificada, percebe-se que tal forma da violência foi mais prevalente no período *durante a gestação* (71,6%) e a expressão mais prevalente nesse período foi o sexo cedido com 75,4%, e forçada a casar e/ou abortar, ambas com 66,7%. A expressão mais frequente no período *antes da gestação* foi a exploração sexual com 57,1%, seguida pelo sexo forçado (estupro) com 48,2%. O sexo forçado revelou diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre os grupos ($p=0,007$). Para esse estudo, a vivência de violência sexual apresentou significância estatística ($p=0,005$).

Em relação à violência patrimonial, 39,3% das participantes referiram vivenciá-la. Houve predomínio *durante a gestação* (66,7%), em detrimento de *antes da gestação* (33,3%). Quando se observa o período *durante a gestação*, nota-se que a expressão mais frequente foi a retenção e/ou destruição dos instrumentos de trabalho com 70% dos casos; já no período *antes da gestação*, foi a retenção e/ou destruição de documentos pessoais com 42,1%.

No que se refere à violência moral, foi encontrada uma prevalência de 58,7%, tendo uma predominância no período *durante a gestação* (60,3%) em detrimento de *antes da gestação* (39,7%).

Tabela 5 - Distribuição da relação proporcional entre as formas de expressão da violência doméstica de acordo com o período em que a violência foi praticada em mulheres atendidas em uma maternidade (n=206). Salvador – Bahia, março a julho 2013.

Forma da Violência	Total n (%)	Período de ocorrência da violência doméstica		p-valor ^a
		Durante a gestação	Antes da gestação	
		n (%) 121 (58,7)	n (%) 85 (41,3)	
Violência física*(n=95)	95 (46,1)	59 (62,1)	36 (37,9)	0,396
Tapa	82 (86,3)	50 (61,0)	32 (39,0)	0,760
Uso de arma branca	16 (16,8)	10 (62,5)	6 (37,5)	1,000
Espancamento	44 (46,3)	27 (61,4)	17 (38,6)	1,000
Empurrões	72 (75,8)	48 (66,7)	24 (33,3)	0,139
Chute	49 (51,6)	32 (65,3)	17 (34,7)	0,533
Uso de arma de fogo	7 (7,4)	4 (57,1)	3 (42,9)	1,000
Outras	26 (27,4)	13 (50,0)	13 (50,0)	0,159
Violência psicológica*(n=201)	201 (97,6)	118 (58,7)	83 (41,3)	1,000
Ameaça	90 (44,8)	55 (61,1)	35 (38,9)	0,567
Aprisionamento	21 (10,4)	9 (42,9)	12 (57,1)	0,160
Exploração	17 (8,5)	10 (58,8)	7 (41,8)	1,000
Constrangimento	145 (72,1)	84 (57,9)	61 (42,1)	0,752
Controle	107 (53,2)	67 (62,6)	40 (37,4)	0,253
Vigilância/perseguição	73 (36,3)	40 (54,8)	33 (45,2)	0,457
Insultos	169 (84,1)	101 (59,8)	68 (40,2)	0,558
Limitação do direito de ir e vir	78 (38,8)	49 (62,8)	29 (37,2)	0,380
Violência sexual* (n=74)	74 (35,9)	53 (71,6)	21 (28,4)	0,005
Forçou ao sexo	27 (36,5)	14 (51,8)	13 (48,2)	0,007
Sexo cedido	61 (82,4)	46 (75,4)	15 (24,6)	0,173
Exploração sexual	7 (9,5)	3 (42,9)	4 (57,1)	0,095
Impedimento de usar MC ¹	12 (16,2)	8 (66,7)	4 (33,3)	0,731
Forçada a casar e/ou abortar	12 (16,2)	8 (66,7)	4 (33,3)	0,731
Violência patrimonial* (n=81)	81 (39,3)	54 (66,7)	27 (33,3)	0,082
Retenção e/ou destruição parcial ou totalmente objetos	67 (82,7)	44 (65,7)	23 (34,3)	0,765
Retenção e/ou destruição de documentos pessoais	19 (23,5)	11 (57,9)	8 (42,1)	0,409
Retenção e/ou destruição instrumentos de trabalho	10 (12,4)	7 (70,0)	3 (30,0)	1,000
Retenção e/ou destruição de bens ou recursos econômicos	26 (32,1)	16 (61,5)	10 (38,5)	0,615
Violência moral* (n=121)	121 (58,7)	73 (60,3)	48 (39,7)	0,666
Calúnia, difamação e/ou injúria	121 (58,7)	73 (60,3)	48 (39,7)	0,666

Fonte: Elaboração própria. **Notas:** ^aQui-quadrado de Pearson; ^{*}Percentual na linha, questão de múltipla resposta onde foram apresentados somente a resposta afirmativa de cada item; ¹ Método Contraceptivo.

A Tabela 6 apresenta os sítios mais frequentemente atingidos durante a vivência de violência física. Desse modo, ao observá-la, percebe-se homogeneidade proporcional entre os grupos em relação aos locais atingidos. Ao analisar a violência de forma global, independente do período, os locais mais frequentemente atingidos foram: a face com 34,5%, os membros superiores com 33,5% e os membros inferiores com 26,2%. 12,6% das mulheres que relataram agressão física na barriga durante a gravidez (12,6%), 100% dos casos ocorreu *durante a gestação*. Nesse grupo, o pescoço foi o segundo local mais atingido (77,8%), sendo que a agressão no pescoço apresentou diferenças proporcionais estatisticamente significantes ($p=0,015$). Ainda para esse período, *durante a gestação*, os locais apresentaram proporções equivalentes. Quando consideramos o período *antes da gestação*, os locais atingidos foram proporcionalmente semelhantes.

Tabela 6 - Distribuição da relação proporcional entre os sítios das agressões físicas de acordo com o período em que a violência foi praticada em mulheres atendidas em uma maternidade (n=206). Salvador – Bahia, março a julho 2013.

Local atingido na Agressão Física*	Total n (%) 206 (41,4)	Período de ocorrência da violência doméstica		p-valor ^a
		Durante a gestação	Somente antes da gestação	
		n (%) 121 (58,7)	n (%) 85 (41,3)	
Face	71 (34,5)	46 (64,8)	25 (35,2)	0,234
Tronco	53 (25,7)	32 (60,4)	21 (39,6)	0,872
Abdome	37 (18,0)	23 (62,2)	14 (37,8)	0,714
Membros superiores	69 (33,5)	41 (59,4)	28 (40,6)	1,000
Barriga durante a gravidez	26 (12,6)	26 (100,0)	0 (0,0)	...
Membros inferiores	54 (26,2)	31 (57,4)	23 (42,6)	0,873
Pescoço	36 (17,5)	28 (77,8)	8 (22,2)	0,015
Região dorsal	53 (25,7)	30 (56,6)	23 (43,4)	0,748

Fonte: Elaboração própria. **Notas:** ^aTeste Qui-quadrado Exato de Fischer; * Percentual na linha, questão de múltipla resposta onde foram apresentados somente a resposta afirmativa de cada item.

A Tabela 7 descreve os problemas de saúde que as participantes relataram apresentar em decorrência da violência doméstica. Essa variável apresentou diferenças proporcionais estatisticamente significantes quanto ao período de ocorrência ($p=0,047$). Os problemas mais relatados foram cefaleia constante (39,8%), depressão e inapetência (ambos com 33,5%) e diminuição da libido (31,6%). Todos os agravos incidiram de forma mais expressiva no

período *durante a gestação*, excetuando-se a depressão, que foi mais frequente *antes da gestação*. É válido ressaltar que a depressão, o aumento da pressão arterial e as dores na barriga e/ou contrações apresentaram diferenças proporcionais estatisticamente significantes quanto ao período de ocorrência, ($p=0,026$), ($p=0,005$) e ($p=0,000$), respectivamente.

Tabela 7 - Distribuição da relação proporcional entre os problemas de saúde decorrentes da violência doméstica de acordo com o período em que a violência foi praticada em mulheres atendidas em uma maternidade ($n=206$). Salvador – Bahia, março a julho 2013.

Problemas de saúde decorrentes da violência doméstica*	Total n (%) 206 (41,4)	Período de ocorrência da violência doméstica		p-valor ^a
		Durante a gestação	Somente antes da gestação	
		n (%) 121 (58,7)	n (%) 85 (41,3)	
Problemas de saúde decorrente da violência doméstica	156 (75,7)	98 (62,8)	58 (37,2)	0,047
Cefaleia constante	82 (39,8)	54 (65,9)	28 (34,2)	0,112
Problemas gástricos	33 (16,0)	24 (72,7)	9 (27,3)	0,085
Falta de apetite	69 (33,5)	42 (60,9)	27 (39,1)	0,764
Depressão	69 (33,5)	33 (47,8)	36 (52,2)	0,026
Insônia	51 (24,8)	32 (62,7)	19 (37,2)	0,518
Aumento da pressão arterial	36 (17,5)	29 (80,6)	7 (19,4)	0,005
Diminuição da libido	65 (31,6)	47 (72,3)	18 (27,7)	0,009
Dores na barriga/contrações	57 (27,7)	53 (93,0)	4 (7,0)	0,000
Sangramento/hemorragia	20 (9,7)	16 (80,0)	4 (20,0)	0,055
Outros sintomas	19 (9,2)	12 (63,2)	7(36,8)	0,809

Fonte: Elaboração própria. **Notas:** ^aTeste Qui-quadrado Exato de Fischer; *Percentual na linha, questão de múltipla resposta onde foram apresentados somente a resposta afirmativa de cada item.

4.4 AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA SOFRIDA PELAS GESTANTES POR PERÍODO DE OCORRÊNCIA.

Nas Tabela 8 e 9, estão apresentadas as associações entre o período de ocorrência da violência e as principais características relacionadas à violência praticada (expressão da violência, autor da agressão, local da agressão, problemas de saúde decorrentes). A primeira

coluna das tabelas representou a soma das ocorrências nos períodos *durante* a gestação + *antes da gestação*; a segunda coluna representou somente os casos *durante* (violência doméstica vivenciada durante a gestação); a terceira coluna representou *antes da gestação* (violência doméstica, vivenciada *antes da gestação*, não ocorreu durante a gestação). Adotou-se como categoria referente mulheres que não sofreram VD (0) e como categoria de risco (1) a ocorrência de maltrato independente do período.

A forma da violência apresentou associação positiva e estatisticamente significativa para todos os períodos. Chama a atenção a prevalência de violência psicológica encontrada 40,6%, considerando todos os períodos, 28,6% *durante a gestação* e 22,0% *antes da gestação*. Verificou-se que o risco de mulheres nesta população sofrerem violência psicológica *em todos os períodos da gestação*; foi de 59,4 vezes (IC95% 24,9-141,7) quando comparadas às que não sofreram violência; *durante* 98,3 vezes (IC95% 31,9-303,1) e *antes da gestação* 147 vezes (IC95% 36,9-585,0), respectivamente. A violência moral foi a segunda maior prevalência em todos os grupos, 24,3% *em todos os períodos da gestação*, 17,7% *durante a gestação* e 12,7% *antes da gestação*, quando comparadas às mulheres sem história de violência doméstica, respectivamente. O risco de mulheres nesta população sofrerem violência moral *em todos os períodos da gestação* foi de 4,4 vezes (IC95% 3,7-5,3) quando comparadas às que não sofreram violência; *durante a gestação* 7,1 vezes (IC95% 5,4-9,2) e *antes da gestação* 8,9 vezes (IC95% 6,5-12,0), quando comparadas às mulheres que negaram ocorrência da violência doméstica.

Concernente aos autores da violência doméstica, observa-se que a frequência do companheiro atual como perpetrador foi de 16,9% independentemente do período e 17,2% para o período *durante a gestação* e 3,4% *antes da gestação* desta. Verificou-se o risco das participantes de 3,4 vezes (IC95% 2,9-3,9) de terem como autor da violência o companheiro atual, quando comparadas às mulheres que não sofreram violência; *durante da gestação* 6,8 vezes (IC95% 5,3-8,8) e *antes da gestação* 5 vezes (IC95% 4,1-6,2), quando comparadas às mulheres sem história de violência doméstica, respectivamente. O segundo maior agressor foi o ex-companheiro com a prevalência de 15,7% em todos os períodos, estratificado por período de ocorrência: 11,6% *durante a gestação* e 8,0% *antes da gestação*. O risco desta população para ter como agressor o ex-companheiro independente do período foi de 3,3 vezes (IC95% 2,8-3,8); *durante a gestação*, 5 vezes (IC95% 4,1-6,1) e 6,3 (IC95% 5,0-8,0).

O sítio das agressões apresentou associação estatisticamente significativa para todos os períodos. O local mais atingido foi a face, com prevalência de 14,3%, considerando-se todos os períodos, 11,1% e 6,6% *durante a gestação* e *antes da gestação*, respectivamente, e

as participantes têm um risco de 3,1 vezes (IC95% 2,7-3,6) de tê-la atingida, quando comparadas com as que negaram a violência; 4,9 vezes (IC95% 4,0-6,0) *durante* a gravidez e 5,9 vezes (IC95% 4,6-7,4) *antes da gestação*. O segundo local mais atingido com 13,9% da prevalência para todos os grupos foram os membros superiores e, por período, foi de 9,9% para *durante a gestação* e 7,4% para o período *antes da gestação*. As mulheres tiveram 3,1 vezes (IC95% 2,7-3,6) chances de terem seus membros superiores atingidos em decorrência da violência doméstica, quando analisados todos os períodos e 4,6 vezes (3,8-5,6) para o período *durante a gestação* e 6,1 vezes (4,8-7,8) para *antes da gestação*, respectivamente. Chama a atenção a barriga como local agredido durante a gestação com uma prevalência de 5,2% e risco de 2,6 vezes (IC95% 2,3-2,9) em comparação com as mulheres sem história de violência, quando verificado *período durante a gestação*, tem-se uma prevalência de 6,0% e um risco de 4,0 vezes (IC95% 3,4-4,8).

Em relação aos problemas de saúde decorrentes é possível verificar por meio da tabela 9, associação positiva e estatisticamente significativa para todos os períodos de ocorrência da violência doméstica. O agravo que mais foi prevalente para todas as participantes, independentemente do período de ocorrência foi de 16,5% considerando todos os períodos, 13,1% *durante a gestação* e 7,4% *antes da gestação*. Essa mulheres apresentam um risco de 3,4 vezes (IC95% 2,9-3,9) de terem a cefaleia constante, quando comparadas às mulheres que não se referiram à violência; 5,4 vezes (IC95% 4,3-6,6) *durante a gestação* e 6,1 (IC95% 4,8-7,8) *antes da gestação*.

A falta de apetite e a depressão apresentaram a segunda maior prevalência, ambas com 13,9%, para todos os períodos e um risco de as mulheres apresentarem problemas de saúde em decorrência da violência de 3,1 vezes (IC95% 2,7-3,6) e por período para a falta de apetite 10,2% *durante a gestação* e 7,2% *antes da gestação*, para a depressão foi de 8,0% *durante a gestação* e 9,6% somente antes, respectivamente. Estratificando por período para a falta de apetite, as mulheres tiveram um risco de 4,7 vezes (IC95% 3,9-5,7) *durante a gestação* e 6,0 vezes (IC 95% 4,8-7,6); para a depressão tem-se um risco de 4,3 vezes *durante a gestação* e 7,0 (IC95% 5,4-9,0).

Tabela 8 - Prevalências e Razão de Prevalência da associação entre o período de ocorrência da violência doméstica segundo expressão da violência e o autor da agressão (n=498). Salvador – Bahia, março a julho 2013.

Característica	Em todos os períodos da gestação (n=206)		Durante a gestação (n=121)		Somente antes da gestação (n=85)	
	Prev. (%)	RP ^a (IC95%)	Prev. (%)	RP ^a (IC95%)	Prev. (%)	RP ^a (IC95%)
Forma da violência						
Física	19,1	3,6 (3,1-4,2)	14,3	5,7 (4,6-7,2)	9,6	7,0 (5,4-9,0)
Psicológica	40,6	59,4 (24,9-141,7)	28,6	98,3 (31,9-303,1)	22,0	147,0 (36,9-585,0)
Sexual	14,9	3,2 (2,8-3,7)	12,8	5,3 (4,3-6,6)	5,6	5,6 (4,4-6,9)
Moral	24,3	4,4 (3,7-5,3)	17,7	7,1 (5,4-9,2)	12,7	8,9 (6,5-12,0)
Patrimonial	16,3	3,3 (2,9-3,9)	13,1	5,3 (4,3-6,6)	7,2	6,0 (4,8-7,6)
Autor						
Pai	8,2	2,8 (2,4-3,1)	4,6	3,9 (3,3-4,5)	5,8	5,6 (4,5-7,0)
Mãe	6,2	2,7 (2,4-3,0)	3,9	3,8 (3,2-4,4)	4,0	5,2 (4,2-6,4)
Irmão	10,0	2,9 (2,5-3,2)	4,8	4,3 (3,6-5,1)	7,8	5,4 (4,3-6,6)
Companheiro atual	16,9	3,4 (2,9-3,9)	17,2	6,8 (5,3-8,8)	3,4	5,0 (4,1-6,2)
Ex-companheiro	15,7	3,3 (2,8-3,8)	11,6	5,0 (4,1-6,1)	8,0	6,3 (5,0-8,0)
Outros	8,8	2,8 (2,5-3,2)	4,6	3,9 (3,3-4,6)	6,6	5,9 (4,7-7,4)

Fonte: Elaboração própria. **Nota:** ^aRazão de prevalência estimada em função do Risco Relativo pelo Teste de Homogeneidade de Mantel-Haenzel.

Tabela 9 - Prevalências e Razão de Prevalência da associação entre o período de ocorrência da violência doméstica e o sítio da agressão e, problemas de saúde decorrentes da violência (n=498). Salvador – Bahia, março a julho 2013.

Característica	Em todos os períodos da gestação (n=206)		Durante a gestação (n=121)		Somente antes da gestação (n=85)	
	Prev. (%)	RP ^a (IC95%)	Prev. (%)	RP ^a (IC95%)	Prev. (%)	RP ^a (IC95%)
Sítio da agressão física						
Face	14,3	3,1 (2,7-3,6)	11,1	4,9 (4,0-6,0)	6,6	5,9 (4,6-7,4)
Tronco	10,6	2,9 (2,6-3,3)	7,8	4,3 (3,6-5,1)	5,6	5,6 (4,4-6,9)
Abdome	7,4	2,7 (2,4-3,1)	5,6	4,0 (3,4-4,7)	3,7	5,1 (4,1-6,3)
Membros superiores	13,9	3,1 (2,7-3,6)	9,9	4,6 (3,8-5,6)	7,4	6,1 (4,8-7,8)
Barriga durante a gravidez	5,2	2,6 (2,3-2,9)	6,0	4,0 (3,4-4,8)
Membros inferiores	10,8	2,9 (2,6-3,3)	7,5	4,2 (3,5-5,1)	6,1	5,7 (4,5-7,1)
Pescoço	7,2	2,7 (2,4-3,1)	6,8	4,1 (3,5-4,9)	2,1	4,8 (3,9-5,8)
Região dorsal	10,6	2,9 (2,6-3,3)	7,3	4,2 (3,5-5,0)	6,1	5,7 (4,5-7,1)
Problemas de saúde decorrente de maus tratos						
Cefaleia constante	16,5	3,4 (2,9-3,9)	13,1	5,4 (4,3-6,6)	7,4	6,1 (4,8-7,8)
Problemas gástricos	6,6	2,7 (2,4-3,0)	5,8	4,0 (3,4-4,8)	2,4	4,8 (4,0-5,9)
Falta de apetite	13,9	3,1 (2,7-3,6)	10,2	4,7 (3,9-5,7)	7,2	6,0 (4,8-7,6)
Depressão	13,9	3,1 (2,7-3,6)	8,0	4,3 (3,6-5,2)	9,6	7,0 (5,4-9,0)
Insônia	10,2	2,9 (2,5-3,3)	7,8	4,3 (3,7-5,1)	5,0	5,4 (4,4-6,7)
Aumento da pressão arterial	7,2	2,7 (2,4-3,1)	7,0	4,2 (3,5-5,0)	1,9	4,7 (3,9-5,8)
Diminuição da libido	13,1	3,1 (2,7-3,5)	11,4	4,9 (4,0-6,1)	4,8	5,4 (4,3-6,6)
Contrações uterinas	11,4	3,0 (2,6-3,4)	12,8	5,3 (4,3-6,6)	1,1	4,6 (3,8-5,6)
Sangramento/hemorragia	4,0	2,6 (2,3-2,9)	3,9	3,8 (3,2-4,4)	1,1	4,6 (3,8-5,6)
Outros sintomas	3,8	2,6 (2,3-2,9)	2,9	3,7 (3,1-4,3)	1,9	4,7 (3,9-5,8)

Fonte: Elaboração própria.

Nota: ^aRazão de prevalência estimada em função do Risco Relativo pelo Teste de Homogeneidade de Mantel-Haenzel.

5 DISCUSSÃO

5.1 PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Os esforços para o reconhecimento da prevalência da violência contra a mulher e sua caracterização como fenômeno social de grande magnitude vêm crescendo e desafiando todos os que lidam com o problema. Por sua complexidade, a resposta à violência, em particular contra a mulher, exige o engajamento e a contribuição de diferentes profissionais, setores sociais e comunitários e dos governos nacional e local (GOMES *et al.*, 2009).

Concernente à prevalência da violência doméstica sofrida por mulheres, independentemente do período de ocorrência, foi identificado, neste estudo, que 41,4% participantes estavam ou estiveram em situação de violência doméstica. Esse dado está de acordo com a dissertação feita por Moraes (2009), no município de Salvador-Bahia, cuja pesquisa foi realizada numa comunidade periférica com 379 mulheres, onde foi identificado que, 51,0% das mulheres citaram história de violência em algum momento da vida.

Outra dissertação de mestrado de cuja pesquisa participaram 808 mulheres em Ribeirão Preto em 2003, para a identificação da prevalência de violência doméstica entre mulheres, apontou que 45,3% das participantes afirmaram vivenciar esse tipo de violência pelo menos uma vez na vida (MARINHEIRO, 2003). A prevalência encontrada neste estudo também está de acordo com os índices encontrados no exterior; estudo realizado em Londres com 1207 mulheres atendidas no serviço de atenção primária encontrou prevalência de 41,0% de violência doméstica contra a mulher (RICHARDSON *et al.*, 2002).

Silva (2006) verificou uma prevalência um pouco inferior, 27,5%, em uma amostra de 619 mulheres, contudo relacionava-se somente à violência doméstica sofrida no último ano. Quando se avalia a vivência da violência doméstica durante toda a vida da mulher, a prevalência torna-se ainda mais elevada, pois uma mulher que esteve em situação de violência, tem mais chances de continuar a vivenciá-la em outro momento de sua vida.

Durand e Schraiber (2007) apontam que das 149 mulheres que afirmaram sofrer violência durante a gravidez (38,9%), essas tiveram 2,27 (IC95%: 1,80 - 2,86) mais chances de vivenciá-la em outro momento.

Nesse sentido, pode-se falar do caráter intergeracional da violência, pois os seres humanos tendem a reproduzir a história de violência vivida, principalmente quando crianças

ou adolescentes, visto que esse foi o modelo de relação familiar aprendido e vivido. Segundo Gomes *et al* (2007, p.506), “enquanto instituição social básica que determina o desenvolvimento do indivíduo, a família, a depender da forma como estrutura o processo de socialização e educação, pode ao mesmo tempo ser fator protetor ou de risco”. É válido ressaltar que as relações interpessoais de violência sempre estiveram presentes no cotidiano da relação familiar; contudo, são socialmente aceitas.

Em relação aos gastos financeiros gerados por causa da violência contra as mulheres, em 2011, o Brasil teve um ônus de R\$ 5,3 milhões, sendo que, somente com internações foram 5.496 mulheres internadas nos equipamentos de saúde públicos em decorrência de agressões. 37,8 mil mulheres, entre 20 e 59 anos, precisaram de atendimento no SUS por terem vivenciado algum tipo de violência. Conforme dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), o número é quase 2,5 vezes maior do que o de homens na mesma faixa etária, atendidos por esse motivo (BRASIL, 2012b).

Essas informações permitem mostrar a magnitude da violência contra a mulher, pela proporção da gravidade, que contribui para o adoecimento e mortalidade; portanto, considerado um fenômeno complexo e preocupante para a sociedade e o Estado.

A prevalência de violência doméstica é mais elevada nas regiões Norte e Nordeste (menos desenvolvidas), onde prevalece uma cultura patriarcal marcante e caracterizada pela desigualdade entre gêneros e também apresenta intensa diversidade sociocultural.

Contudo, mesmo apresentando índices elevados, possivelmente, esses valores podem estar subestimados, visto que o tema violência doméstica é estigmatizado socialmente e rodeado de tabus, medo, vergonha. Nesse contexto, também deve ser considerada a naturalização da violência, que, segundo Schraiber *et al.* (2007), advém de construções sociais em que o homem exerce poder sobre a mulher, tornando a violência algo natural e corriqueiro no cotidiano das relações afetivas e familiares. Assim, as mulheres não identificam que vivenciaram ou vivenciam a violência doméstica.

Nesse sentido, é importante relacionar a violência doméstica dentro da perspectiva de violência de gênero, pois, em sua maioria, está implicada em questões centradas nas relações desiguais de poder entre homens e mulheres.

A subordinação imposta à mulher revela uma situação de exclusão e privação dos direitos, enquanto que a situação oposta evidencia o exercício da autoridade e do poder dentro do lar, mediante o controle e o domínio. É justamente nesta perspectiva de relações assimétricas de gênero que se concretiza o relacionamento hierárquico de poder entre homens e mulheres (SCHRAIBER *et al.*, 2007).

A violência contra a mulher, em suas diversas facetas, é muito maior que as pesquisas conseguem captar. Corroborando com tal afirmativa CEBES (2013), aponta que a violência registrada contra a mulher é demasiadamente menor que a realidade, mas é imprescindível se estimarem esses episódios para a elaboração de propostas de ação que possam promover a superação das relações assimétricas entre homens e mulheres.

Em relação à violência doméstica durante o período gestacional, Audi *et al.* (2008) afirmam que estudos têm relatado que a gravidez pode ou não se constituir como fator de risco, mostrando ainda que não há pesquisas que sustentem essa relação. Nesse sentido, é necessário investigar a ocorrência da violência neste período.

No presente estudo, a prevalência de violência doméstica no total foi de 41,4%, e estratificada por período como: *Durante a gestação com 24,3% antes da gestação com 17,1%*. Assim, podemos afirmar que a gestação parece colaborar para tornar a mulher mais vulnerável à ocorrência de violência doméstica. A prevalência elevada de violência doméstica perpetrada contra mulheres grávidas encontrada corrobora com os achados verificados em outros estudos.

A incidência de violência em mulheres grávidas oscila entre 17 e 33,8% (MENEZES, 2003). De acordo com o Ministério da Saúde, contrariando o esperado, a gravidez não minimiza a ocorrência da violência contra a mulher num total de 13,0%, elas afirmam aumento da frequência ou da severidade da violência durante a gestação (BRASIL, 2012a). Bonfim, Lopes e Peretto (2010) acrescentam que a gestação pode ser considerada uma fase particularmente vulnerável para a mulher, pois ela acentua as repercussões do ciclo da violência.

Nesse cenário, Durand e Schraiber (2007) afirmam que a violência durante o período gestacional tem sido considerada importante questão de saúde por seu impacto direto e indireto na morbimortalidade materna e infantil. Reichenheim *et al.* (2011) corroboram com esse pensamento quando afirmam que a violência nesse período ameaça não só a saúde da mãe, como também a do recém-nascido.

Segundo Maldonado (2000), a gravidez traz mudança de papéis sociais e de identidade. Essas transformações podem gerar crises e reacender conflitos ocultos na relação conjugal, intensificando ou precipitando a ocorrência de violência neste período.

A violência é citada como uma complicação na gravidez mais severa e frequente que o diabetes e a hipertensão. Nesse contexto, além dos danos provocados pela violência em si, outras intercorrências provenientes dela podem afetar a mulher, como adiamento para o início da assistência pré-natal, abortamento e natimortalidade, baixo peso ao nascer, parto

premature, vulvovaginites, infecções uterinas, hemorragias, traumas abdominais, ruptura prematura das membranas e morte materna (BONFIM; LOPES; PERETTO, 2010). Durand e Schraiber (2007) acrescentam que a violência durante o período gestacional é um fenômeno frequente e responde por questões de saúde reprodutiva de difícil tratamento, pois essas mulheres requerem atendimento diferenciado dos serviços de saúde.

É em meio a esse cenário que se faz imprescindível a identificação e notificação de todos os casos de violência contra a mulher, independentemente do período ou fase da vida em que ela ocorra. Os mecanismos de identificação e abordagem apropriados da violência doméstica durante a gravidez são necessários, especialmente, no que diz respeito à formulação de estratégias para prevenção e reversão dos casos. Por isso, o setor saúde tem importante papel no combate a esse tipo de violência por meio do desenvolvimento de pesquisas, notificação de casos, organização de serviços de referência para as vítimas e outras propostas de intervenção.

5.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS DAS MULHERES

Apresentamos as variáveis relacionadas às características sociodemográficas e econômicas (idade, cor, religião, escolaridade, estado civil, posição na ocupação, renda familiar, relação de dependência financeira) de todas as participantes do estudo.

Em relação à idade, o estudo não verificou diferenças estatisticamente significantes na análise bivariada, apontando maior ocorrência de violência doméstica entre mulheres com 25 anos ou mais, muito embora estudos referenciem que as mulheres mais jovens e adolescentes são mais vulneráveis à violência. Nessa perspectiva, é possível perceber que, quando se avalia a ocorrência da violência durante um período mais longo da vida, mulheres com mais idade relatam mais intensamente essa vivência, visto que muitas permanecem no ciclo da violência desde a infância.

Resultado semelhante foi evidenciado em pesquisa para determinar a prevalência de violência entre parceiros íntimos em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal onde se identificou que a violência esteve mais presente em mulheres com mais de 25 anos de idade (REICHENHEIM *et al*, 2006). Pesquisa em Salvador/Bahia com 701 mulheres usuárias de um serviço de urgência e emergência evidencia que a violência atinge mulheres em qualquer

faixa etária. Contudo, quando se observa o tempo entre a última agressão sofrida, as mulheres que mais vivenciaram violência física nos últimos 12 meses foram as mais jovens, com idade inferior a 30 anos (SILVA, 2003).

No que tange à raça/cor, a maior parcela das mulheres referiu ser negra (pretas e pardas), concordando com os dados do IBGE (2010), que apontam que a maior parcela da população na Bahia se autodeclara negra, Gomes *et al* (2012, p. 111) afirmam que “a variável cor deve ser considerada quando se trata de implicações e vulnerabilidade para a vivência de violência”. Costa *et al* (2009) concluem que a mulher negra sofre três tipos de violência: de gênero, de raça e pela sua condição socioeconômica, e que, mesmo sem significância estatística, as mulheres negras sofrem mais violência, quando comparadas às mulheres brancas.

Nesse contexto, intervenções na área da saúde e da educação que abordem a violência contra a mulher e, em especial, a mulher negra se fazem necessárias, considerando que a desigualdade entre as raças se constitui em fator de grande vulnerabilidade para as mulheres (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010).

Concernente à situação conjugal, a maioria das participantes era casada ou vivia em união consensual, corroborando com o estudo de Gomes *et al.* (2012), que identificaram que 68,0% viviam em união estável; ainda afirmam que estudos consideram que, mulheres casadas ou em união estável têm mais risco de sofrerem violência doméstica. Nessa perspectiva, o ambiente doméstico parece ser um local para ocorrência desse agravo e a maioria dos agressores é o companheiro. Todavia Durand e Schraiber (2007) relatam que mulheres solteiras, com parceiros sem relacionamento sexual e aquelas com namorado com relação sexual, mas sem coabitação, apresentam maior prevalência de violência por parceiro íntimo durante a gestação do que aquelas que convivem com os parceiros.

Quando se observa a religião das participantes, 67,7% afirmam seguir alguma (evangélica-38,8%; católica-28,9%), ou seja, a maioria se considera religiosa. Quando se observa a análise bivariada, percebe-se que a maioria das mulheres que relatou vivência de violência doméstica possuía uma religião, principalmente a evangélica.

Estudo multicêntrico realizado para determinar o perfil religioso de mulheres com envolvimento com drogas e violência, identificou que das mulheres que referiram violência física (149), 46,0% eram evangélicas, 29,4% das mulheres, católicas e 28,3% praticavam outras religiões (FARIA; DAVID; ROCHA, 2011).As autoras adicionam que “Reforça-se o papel da ação religiosa como possibilidade de enfrentamento e fortalecimento das mulheres como sujeitos, diante das condições históricas de dominação, seja na família ou nas relações

sociais mais amplas” (FARIA; DAVID; ROCHA, 2011, p.36) assim, as mulheres, já em situação de violência, recorrem à religião como uma forma de conseguir superá-la por meio da fé. Facuri *et al.* (2013) afirmam que uma das características das mulheres em situação de violência sexual é ter religião e práticas religiosas.

No que tange à escolaridade, a maioria possuía até 9 anos de estudo, corroborando com estudo realizado por Blay (2005) em que as mulheres com história de violência apresentaram nível educacional elevado com mais de 8 anos de estudo e com o estudo de Morais (2009) no qual 76,8% das mulheres tinham a mesma quantidade de anos de estudo. A baixa escolaridade é um fator predisponente para violência e outras vulnerabilidades sócias. Viella *et al.* (2013) pontuam que a associação entre violência e nível de escolaridade da gestante pode estar relacionada ao menor tempo de estudo, que pode provocar conflitos nas relações entre homens e mulheres, devido à interferência na condução da resolução dos problemas cotidianos, o que pode ocasionar a violência.

Estudo realizado para avaliar a violência por parceiro íntimo nos primeiros seis meses após o parto como fator de risco para o início tardio do acompanhamento da criança em unidades básicas de saúde identificou que a maioria das mães tinha escolaridade inferior ao ensino médio completo, não trabalhava ou possuía emprego informal no momento da entrevista, tinha 20 anos ou mais de idade, vivia com o companheiro e se autodeclarava parda ou preta (SILVA; MORAES; REICHENHEIM, 2012).

Quanto à posição ocupada pela mulher, categorizada neste estudo como atividade desenvolvida pela participante na qual há geração de renda financeira, com ou sem vínculo empregatício formal, a maior proporção foi de “donas de casa”. Esse achado vai ao encontro do modelo patriarcal, onde o homem (pai, marido) é visto como provedor, responsável pelo sustento da casa e zelador da família vai trabalhar fora e a mulher exercia seu papel de esposa, mãe, dona de casa.

Somado a esse fato, a maioria das mulheres era totalmente dependente financeiramente do companheiro, ex-companheiro ou pelo pai, visto que não desenvolviam atividade com retorno financeiro. Mesmo atingindo níveis regulares de escolaridade, elas não conseguiram receber uma renda pessoal mensal. Nesse contexto, a violência possibilita que as mulheres se submetam às relações agressivas devido à dependência financeira. Nessa conjuntura, cabe ao homem o poder decisório em aplicar medidas que considere necessárias para manter e reforçar sua autoridade sobre a mulher e seus filhos (CHREON; SEVERO, 2010).

Contudo dados do Censo do IBGE de 2010 revelam que houve aumento da participação na categoria empregado com carteira de trabalho assinada, entre as mulheres, passando de 24,2%, em 1999, para 30,3%, em 2009, resultados esses que contemplam o crescimento econômico e criação de empregos. Os dados do Censo também revelam que para as categorias de trabalhadoras não remuneradas e trabalhadoras para o próprio consumo ou na construção para o próprio uso, a proporção diminuiu nesse período, de 18,7%, em 1999, para 11,6%, em 2009. Essa redução tem aspectos positivos para a questão de gênero em função da desvalorização de tais situações de trabalho (IBGE, 2010).

As diferenças baseadas no gênero possibilitam a permanência da mulher no âmbito privado e que direitos sociais, econômicos e legais são garantidos por Leis; todavia, na prática, as relações são totalmente desiguais, condicionando-as à situação de vulnerabilidade frente à violência doméstica, visto que não possuem as mesmas chances de acesso a bens, poder e recursos disponíveis (CHREON; SEVERO, 2010).

5.3 CARACTERÍSTICAS DOS COMPANHEIROS

A violência doméstica contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo pode ser considerada como um grave problema de saúde pública. Nesse sentido, o conhecimento das características de mulheres em situação de violência doméstica, bem como as do companheiro (maior perpetrador da violência), contribui para geração de ações e direcionamento de recursos específicos que minimizem esse tipo de agressão (MOTA, VASCONCELOS, ASSIS, 2007).

Em relação à caracterização dos companheiros das participantes do estudo, foi percebido-se que, em relação à sua idade, não se percebe assimetria em relação aos períodos com e sem história de violência vivenciada pelas mulheres, sendo que a maioria tinha ≥ 35 anos de idade. Essa ocorrência pode estar associada ao fato de o fenômeno ser um elemento fortemente influenciado pelo gênero e, por tal, se faz presente durante toda a sua formação. Dessa forma, sua reprodução não se encontra atrelada a uma faixa etária, mas sim a um contexto constitutivo das relações sociais.

Essa realidade se assemelha aos dados apresentados em pesquisas que identificam uma maior prevalência de autores da violência com idade acima de 35 anos (SILVA;

GOMES; ACOSTA, 2013, LEÔNCIO *et al*, 2008). É importante salientar que tais estudos tiveram como amostra o registro de denúncias realizadas nas delegacias.

Compreender essa realidade se faz importante uma vez que a naturalização do comportamento passivo e submisso a ser assumido pela mulher é que cria o espaço para o exercício da opressão masculina. Por representar um processo histórico e cultural, alicerçado em relações assimétricas, o homem passa a exercer autoridade sobre a mulher, usando a violência como uma das formas de exercício educacional e/ou de punição, não necessariamente ocorrendo influência determinante da idade.

Entretanto, a compreensão da ocupação do companheiro, elemento associado à renda familiar, destaca-se dentre as outras características sociais por representar um elemento que vulnerabiliza a mulher à vivência de violência conjugal, refletindo nessa dinâmica também a mulher com baixa renda, percentual considerável da amostra deste estudo.

Para Jong, Sadala e Tanaka (2008), a dependência econômica além de vulnerabilizar a mulher para a situação de violência, também dificulta o rompimento do seu ciclo. Para os autores, a situação de dependência é um dos elementos que direciona para a desistência do processo criminal contra o companheiro, principalmente diante de um contexto familiar de abandono.

Compreendendo essa realidade, neste estudo, quanto à ocupação do companheiro, percebe-se uma maior frequência de emprego fixo com carteira assinada, em contraponto com o trabalho informal e a baixa renda recebida pelas mulheres. Diante dessa realidade, percebe-se que o companheiro possui uma estabilidade quanto a sua renda familiar, elemento que pode fortalecer, no cenário conjugal, a compreensão dele enquanto provedor, atribuição de gênero fortalecida socialmente.

A naturalização do companheiro enquanto o provedor familiar coloca a provável renda recebida pela mulher como secundária e de menor valia, independente da equiparação salarial recebida por ambos. Vale destacar que tais atribuições de papéis que superiorizam o ser masculino e inferiorizam o feminino é uma ocorrência constantemente presente na relação doméstica e conjugal, ou seja, é um provável elemento de contínua influência para a vivência de violência.

Entretanto, Audi *et al* (2008) ressaltam ainda que, a condição econômica desfavorável do companheiro, principalmente diante da situação de desemprego, também representa um fator de risco para a violência, realidade também diante de gestantes que assumem a condição de provedora no ambiente familiar. Contrapondo-se a essa ideia, conforme apontado por Schraiber (2003), apesar da condição econômica desfavorável e a

situação de pobreza favorecer a vivência de violência, assim como a faixa etária do autor da violência, ela não pode ser considerada uma causa direta.

Quanto ao número de relacionamentos vivenciados pelas mulheres, essa variável se mostrou inversamente proporcional enquanto fator de influência para a vivência de violência pelas mulheres, ou seja, quanto maior o número de relacionamentos, menor foi a frequência da violência. A análise desse dado direciona para a compreensão social de que um maior quantitativo de relacionamentos conjugais culmina em uma melhor compreensão das concepções de gênero e não aceitação da condição de submissão na relação conjugal por parte da mulher.

Entretanto, a compreensão mais aceitável para essa realidade é que o número reduzido de relacionamentos pode ser associado a um maior período de relação conjugal, ou seja, a mulher com reduzido número de relações conjugais fica em um maior período mantendo a relação com um único parceiro. Sobre essa realidade, Klevens (2001) reflete que a permanência em uma relação por um período prolongado vulnerabiliza a mulher para a vivência de violência nas formas mais graves. Assim, a gravidade das formas de expressão da violência está relacionada progressivamente ao tempo de relação conjugal.

Franzoi, Fonseca e Guedes (2011) afirmam que o principal fator que determina a permanência da mulher na relação de violência é a construção social de gênero, que naturaliza a violência nas relações entre homens e mulheres. Hanada (2007) afirma que a concepção cultural sobre o papel da mulher como esposa e mãe, valoriza a preservação do casamento e a dependência da autoridade masculina, o que relaciona a violência e a separação conjugal aos sentimentos de culpa, vergonha e desprestígio social.

Gomes *et al* (2013) relacionam a permanência da mulher em tal relação devido às ameaças do companheiro, ao envolvimento com o tráfico de drogas, à dependência econômica, à dependência emocional, à percepção do casamento como indissociável e à naturalização do direito do homem sobre a esposa e à vergonha.

Quanto ao número de filhos, a pesquisa identificou uma maior proporção das entrevistadas em vivência de violência com pelo menos um filho vivo, evidenciando uma tendência de redução proporcional do número de filhos vivos por mulher.

Neste estudo, o percentual de mulheres com apenas um filho ou sem filhos com o parceiro atual (percentual de mulheres sem filhos e que se encontravam em atendimento em decorrência de situação de abortamento) contabilizaram 70,9% da amostra das mulheres entrevistadas. Essa realidade direciona para a compreensão de que as mulheres em situação de violência também seguem o padrão nacional de redução no número de filhos.

Esse mesmo padrão é identificado em outros estudos, como o de Schraiber *et al* (2002) que, ao entrevistar 322 mulheres em situação de violência, alcançou um percentual de 72,2% de mulheres com até 2 filhos, número próximo ao identificado neste estudo.

A presença de filhos na relação conjugal enquanto fator de influência para permanência ou saída do ciclo da violência é ainda algo não esclarecido na literatura. Para Day *et al* (2003), a mulher em situação de violência está mais propensa a abandonar a relação conjugal quando a violência passa a ser também direcionada ao filho. Entretanto, os mesmos autores destacam que a preocupação com os filhos, principalmente diante da dependência financeira, é um dos motivos alegados pelas mulheres por permanecerem na relação abusiva.

Dessa forma, percebe-se que a condição financeira de dependência econômica é fortalecida diante da relação conjugal com filhos. Para Gomes *et al.* (2012), a compreensão referida pelas mulheres é que permanecem na relação conjugal norteadas pela violência uma vez que, sem remuneração, elas ficam impossibilitadas de se autossustentar e sustentar seus filhos.

5.4 CARACTERÍSTICAS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DURANTE A GESTAÇÃO

5.4.1 Expressão da violência doméstica

O Ministério da Saúde aponta a gravidez como fator de risco para a violência doméstica contra a mulher. Cerca de 13,0% das gestantes relatam aumento da frequência e/ou severidade da violência no referido período (BRASIL, 2012).

Das mulheres entrevistadas, 41,4% referiram a vivência de violência em algum momento da vida (*antes da gestação*-17,1%; *durante a gestação* (24,3%). Quando observado somente a parcela de mulheres em situação de violência doméstica (206 mulheres), 121 (58,7%) foi agredida *durante a gestação* e 85 (41,3%) *antes da gestação*.

Estudo realizado com 960 mulheres atendidas em unidades públicas de saúde em Recife-PE demonstrou que as mulheres que relataram a violência antes da gravidez apresentaram 11,6 vezes mais chance (IC95%: 8,3 -16,2) de vivência da violência durante a gravidez em relação às que negaram a violência (SILVA *et al.* 2011).

Por outro lado, quando as mulheres relataram violência durante a gravidez, a chance de relatos no pós-parto foi 8,2 vezes maior (IC95%: 5,1-11,7) em relação às que negaram a violência (SILVA *et al.* 2011), confirmando que a violência se estabelece em ciclos, sendo considerada fator de risco para vivências futuras.

Em relação à expressão da violência doméstica, a psicológica apresentou o maior percentual com 97,6% (durante a gravidez – 58,7%; antes da gravidez- 41,3%). Contudo, quando observamos o período *durante a gestação*, percebemos que a violência sexual foi a expressão com maior ocorrência (71,6%), seguida por violência patrimonial (66,7%), violência física (62,1%), violência moral (60,3%) e, por fim, a violência psicológica (58,7%).

Assim, percebe-se que, em âmbito geral, a violência psicológica é a expressão que se apresenta de forma mais intensa, atingindo quase a totalidade das participantes, muito embora, por ser uma violência que não deixa marcas físicas e pela própria naturalização das relações desiguais de poder, essa expressão da violência pode torna-se invisível.

Ao observar a tabela das associações, que determina a magnitude da violência doméstica, percebe-se que a violência psicológica apresentou a maior prevalência, 40,6% (IC95%: 24,9-141,7), considerando todos os períodos de ocorrência.

Ainda sobre a expressão psicológica ocorrida *durante a gestação*, as participantes tiveram 98,3 vezes (IC95%: 24,9-141,7) mais chance de vivenciá-la em comparação às mulheres que não relataram violência. Já para as mulheres que estiveram em situação de violência *antes da gestação* essas chances aumentam para 147 vezes (IC95%: 36,9-585,0), quando comparadas às mulheres que negaram a VD.

A violência psicológica repercute em sérias consequências para a saúde mental e física da mulher; contudo, as consequências psicológicas são ainda mais graves que as físicas. Frequentemente, a violência psicológica compromete a autoestima, expondo-a a problemas de ordem mental, como a depressão, estresse pós-traumático, tendências suicidas e envolvimento com álcool e outras drogas. Segundo Oliveira e Jorge (2007, p. 93), “nesse contexto, milhares de mulheres estão adoecendo silenciosamente, sem que haja identificação, abordagem e acolhimento de seus problemas.”

Estudo realizado por Silva *et al* (2011), identificou a violência psicológica como a de maior prevalência, principalmente durante a gestação (28,8%; IC95%: 26,0%; 31,7%) e a sexual, a menos prevalente, (3,7%; IC95%: 2,6%; 5,0%). A forma psicológica da manifestação da violência foi a de maior prevalência em todos os ciclos investigados da vida da mulher, sua prevalência foi quase duas vezes maior (42,0%) que a física (28,6%) (SILVA *et al.*, 2011). É importante ressaltar que as expressões da violência comumente se encontram

sobrepostas, ou seja, não são experimentadas de forma isolada; assim majoritariamente, a violência psicológica se apresenta mais intensa, seguida das demais.

Vale destacar a frequência da expressão da violência sexual, que, neste estudo, teve uma diferença proporcional significativa (P valor-0,005). Observando a tabela das associações, identifica-se que a prevalência da violência sexual durante a gestação foi de 12,8% (IC95%: 5,3 4,3; 6,6) em relação às mulheres que não vivenciaram a VD.

Estudo desenhado e coordenado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para comparação transcultural, realizado entre 2000 e 2003 em dez países, identificou que, entre mulheres de idade reprodutiva, a prevalência de violência sexual por parceiro, pelo menos uma vez na vida, variou de 6,0% a 59,0%, com a maior parte dos locais de estudo oscilando entre 10,0% e 50,0%. No Brasil, foram encontradas as prevalências de 10,0% para a cidade de São Paulo e 14,0% para 15 municípios da Zona da Mata pernambucana (GARCIA *et al.*, 2006). Em relação à idade, adolescentes grávidas apresentam risco duas vezes maior de vivenciarem abuso sexual, comparado a gestantes adultas (BRASIL, 2012).

A violência sexual é difícil de ser quantificada, pelo fato de a prática sexual não consensual ser considerada por muitas culturas como dever da esposa, dificultando a sua identificação (DANTAS; GIFFIN, 2005). Destaca-se, ainda, dentro do estudo, o sexo cedido como expressão que apresentou maior percentual, seguida por sexo forçado (75,4%, 51,8%, respectivamente).

Colaborando com esse pensamento, estudo realizado com mulheres em Salvador-BA demonstrou por meio do discurso coletivo, que a gravidez é um fator conflitante na relação conjugal, sendo frequente a ocorrência do sexo cedido, que é aquele em que a mulher vivencia a violência sexual pelo seu próprio companheiro, mesmo sem que ambos entendam o contexto como abuso, pois, muitas vezes, as mulheres se acham na obrigação de manter a relação sexual, por entenderem como sendo inerente do seu papel no relacionamento conjugal (PAIXÃO, 2013).

Em relação às formas da violência, as que apresentaram maior porcentagem dentro das expressões psicológica e moral foram os insultos e a calúnia/difamação, com 33,9% e 58,7%, respectivamente, assemelhando-se a outros trabalhos, a exemplo da pesquisa de Santos *et al* (2010) que dimensionou o fenômeno da violência doméstica contra gestantes por meio do registro da ocorrência em Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher (DEAMs) de Teresina-PI, onde, na violência psicológica, os insultos eram responsáveis por 69,0% dos casos, e na violência moral, a difamação, com 30,0% dos casos.

Já no estudo de Menezes *et al* (2003) para a violência física prevaleceram as seguintes manifestações: tapa (86,3%) e empurrões (14,5%). Estudo realizado sobre violência física e gestação, em Recife-PE com 420 puérperas, encontrou prevalência de 13,1% de relato de violência física no último ano e 7,4% durante a gravidez, sendo as formas de expressão mais frequentes empurrões, tapa e ronchas (marcas roxas), indo, assim, ao encontro desta pesquisa.

5.4.2 Autor da violência

Os autores da violência apresentados no estudo representam o conceito de violência doméstica segundo a Lei 11.340/06. Quando considerada ocorrência de VD em todos os períodos estudados, foi encontrado que 40,8% dos agressores foram os companheiros atuais.

Quando analisado o período *antes da gestação*, os dados mostraram uma significância estatística para outras pessoas do meio social da mulher (56,8%, P valor=0,024) e, durante a gravidez, destacou-se como autor o companheiro atual (84,5%), com significância estatística (P valor=0,000). Percebe-se, a partir de então, que o principal autor da violência doméstica durante a gravidez foi o parceiro atual.

Observando a tabela das associações, independente do período de ocorrência da violência 16,9% (IC95%: 2,9; 3,9), os agressores foram os parceiros atuais. Essas mulheres tiveram 3,4 vezes mais chances de sofrerem violência perpetrada pelo parceiro íntimo, que as mulheres que negaram a violência. Durante o período gestacional essa prevalência foi de 17,2% (IC95%: 5,3; 8,8). Neste estudo, gestantes que sofreram violência doméstica apresentaram 6,8 vezes mais chances de sofrerem violência, quando comparadas com mulheres que negaram a violência.

Corroborando com esse dado, estudo realizado para avaliar a violência física entre parceiros íntimos durante a gestação com 528 puérperas, identificou que destas, 18,2% (IC95%: 14,9; 21,5) referiram violência por parceiro íntimo (MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010). Cerca de 20,0% das mulheres afirmou ter sido vítima de pelo menos um ato de violência física perpetrada pelo parceiro íntimo durante a gravidez.

Coorte realizada por Silva *et al* (2011) para identificar a prevalência de violência por parceiro íntimo antes, durante e/ou depois da gestação, apontou que 47,4% das mulheres estiveram em situação de violência e, estratificada por período, a prevalência da violência foi

de 32,4%, 31,0% e 22,6%, respectivamente. Esses dados confirmam que a violência se apresenta de modo significativo durante o período gestacional.

De acordo com a ONU, cerca de 70,0% das mulheres enfrentam violência física e/ou sexual em algum momento de sua vida. Países como Austrália, Canadá, Israel, África do Sul e EUA têm como principal perpetrador das agressões contra mulheres, o parceiro íntimo, representando de 40,0% a 70,0% das vítimas de assassinato do sexo feminino (ONUBR, 2013).

Deste modo, observa-se que o ambiente doméstico é um local em que a violência ocorre de uma forma silenciada, visto ser um local privado e íntimo do casal, conferindo-lhe em um espaço privilegiado para a ocorrência da violência. Assim, ela está presente nos relacionamentos amorosos, no cotidiano doméstico e conjugal das mulheres, mediante a definição do seu papel feminino na sociedade.

Menezes *et al* (2003) afirmam que esse tipo de violência, por vezes, não é reconhecida e ainda apresenta “aceitação” social, embasado em costumes e normas de determinadas sociedades, onde a violência é vista como uma forma de disciplinar mulheres e filhos.

Estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) estima que, entre 2009 e 2011, no Brasil foram notificadas 16,9 mil “mortes de mulheres por conflito de gênero”, denominada de feminicídios, principalmente aqueles que tiveram como autor o parceiro íntimo. Esse número indica uma taxa de 5,8 casos para cada grupo de 100 mil mulheres. A pesquisa mostra o Espírito Santo como estado brasileiro com a maior taxa de feminicídios (11,24 a cada 100 mil), seguido pela Bahia (9,08/100 mil) e por Alagoas (8,84/100 mil). Aponta, ainda, a região Nordeste como a que apresenta os maiores índices, 6,9 casos a cada 100 mil mulheres, durante o período analisado (IPEA, 2013).

É importante destacar o caráter intergeracional da violência, segundo o qual, pessoas que foram vítimas ou testemunhas de violência na família, apresentam maiores chances de desenvolverem comportamentos agressivos ou de serem violentadas em suas relações (GOMES *et al.*, 2007). Essa teoria tem sido usada para explicar a relação entre ter presenciado violência na família de origem e a vivência de violência praticada pelo parceiro íntimo. Estudo com 504 mulheres de 15 a 49 anos em um município paulista mostrou que a chance de sofrer violência física aumentou em 92,0% para as mulheres cujas mães foram agredidas e 96,0% se o parceiro teve a mãe agredida. Assim, ter presenciado violência contra a mãe, aumenta consideravelmente a chance de praticar violência contra a esposa/companheira (VIEIRA, PERDONA, SANTOS, 2011).

Martin *et al* (2004) afirmam que a potencialização das discussões e dos episódios de violência acontecem, principalmente, diante de relacionamentos onde ocorre a desconfiança quanto à paternidade, sendo esse um dos conflitos de difícil resolução. A desconfiança direcionada à mulher passa a ser potencializada diante do novo comportamento sexual assumido, diversas vezes se direcionando a uma abstinência, principalmente no último trimestre do período gestacional (MALDONADO, 2000).

Entre os motivos que levam as mulheres a permanecerem na relação conjugal violenta estão o medo de ficar sozinha, a esperança de que o parceiro melhore, a valorização do papel masculino, o medo de perder os filhos, os sentimentos de culpa pela atitude do parceiro, a incapacidade de negociar a mudança da relação e de enfrentar a situação, além de perceberem o casamento como uma instituição indissociável (SOUTO; BRAGA, 2009; NARVAZ; KOLLER, 2006).

É importante acrescentar que a ilusão de que o companheiro vai mudar é a explicação mais adequada para compreender a permanência da mulher em um ciclo que dura anos, oscilando momentos alegres e tristes (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012).

Entretanto, é importante ressaltar que se pode inferir como principal fator de permanência da mulher na relação de violência a construção social de gênero, que naturaliza a sua presença nas relações entre homens e mulheres, ocorrência construída e apreendida historicamente (FRANZOI; FONSECA; GUEDES, 2011).

5.4.3 Sítio das lesões

Os achados relacionados ao sítio das lesões identificaram a face (34,5%) e os membros superiores (33,5%) como os locais mais atingidos pela violência física *durante a gestação*. A prevalência da face como local do corpo mais atingido pela violência foi de 14,3% (IC95%: 2,7; 3,6), independentemente do período de ocorrência.

Pesquisa realizada por Andrade, Juliane e Biffi (2011), sobre o perfil de mulheres vítimas de violência assistidas em um pronto socorro, apresentou prevalência de lesões nas regiões de face e cabeça (42,0%). Em seguida, com o predomínio de lesões no tronco (29,0%), membros superiores e inferiores ambos com 7,0% da representatividade da amostra.

O estudo de Garbin *et al* (2006), sobre a análise das lesões em mulheres que sofreram violência doméstica, mostrou em seus resultados a cabeça e o pescoço como as

regiões mais acometidas pelas agressões, preponderando em 30,0% dos casos, seguidos pelos membros superiores em 24,4%, membros inferiores em 23,3%.

Em outra pesquisa realizada por Henriques (2004), referente ao perfil clínico-epidemiológico das mulheres vítimas de violência atendidas em um serviço de apoio à mulher, apresentou em seus resultados que das 477 pacientes registradas, em 169 (35,4%) identificaram-se lesões na face e 45 (9,4%) na cabeça. No entanto, considerando a cabeça como um todo (face e calota craniana) verificou-se que 214 (45,1%) sofreram lesões nesta parte do corpo. Outra localização de lesões muito citada foram os membros superiores com 107 (22,4%).

A área da face é a mais atingida, por ser uma região em que implica humilhação e agressão à dignidade da pessoa humana, que o agressor imprime à mulher (SCHRAIBER *et al*, 2002). A lesão na face torna a agressão mais visível à sociedade, pois prejudica, deforma a beleza feminina tão valorizada socialmente e, conseqüentemente, atinge a autoestima da mulher, proporcionando danos psicológicos às mesmas.

Com relação ao grande número de agressões nas mãos e braços, como foi apresentado nos resultados, pode representar um comportamento defensivo por parte da vítima que tentou proteger-se das agressões, usando esses membros como anteparo para não atingi-la, como na face (SCHRAIBER *et a*, 2002).

Destacamos que 26 gestantes sofreram agressão física na região abdominal, com uma prevalência de 6,0% (IC 95%: 3,4; 4,8), o que pode acarretar sérias conseqüências para a saúde da mulher e do concepto. Um estudo realizado em uma unidade de atenção primária com mulheres vítimas de violência apontou, nos resultados, que das 75 mulheres gestantes entrevistadas, 16 sofreram violência física no ano anterior à pesquisa (21,3%), e que, das 09 mulheres que relataram casos de agressão física no último mês, 05 estavam grávidas, e todas sofreram agressões na barriga (SCHRAIBER *et al*, 2002).

As agressões na barriga de uma gestante nos fazem pensar na possibilidade da ocorrência de um parto prematuro ou, até mesmo, de um abortamento, devido à severidade das agressões. E com isso, alertamos para a relevância dos dados desta pesquisa para os riscos da violência doméstica em gestantes.

5.4.4 Problemas de saúde em decorrência da violência

Os dados do estudo mostram a repercussão da violência para o adoecimento das mulheres, com significância (P valor =0,047). É importante destacar que, ao especificar os problemas de saúde, alguns desses atingiram significância estatística: depressão (P valor=0,026), aumento da pressão arterial (P valor=0,005), diminuição da libido (P valor=0,009); contrações uterinas (P valor=0,000); sangramento/hemorragia durante a gestação (P valor=0,055).

O MS afirma que a violência contra a mulher durante o período gestacional pode ocasionar diversos transtornos à saúde, entre eles: as dores crônicas, as infecções urinárias recorrentes, os transtornos de comportamento, as depressões e as tendências ao suicídio (BRASIL, 2012). Quando se observa essa situação em mulheres grávidas, as consequências são mais devastadoras, pois, além das repercussões para a saúde da mulher, o conceito também está exposto.

A prevalência de contrações uterinas foi de 12,8% (IC 95%: 4,3; 6,6). Tais contrações podem desencadear um processo de abortamento ou de parto prematuro, ocasionando um desfecho negativo da gestação.

Nascimento, Xavier e Sá (2011) adicionam que os danos que a violência desencadeia à saúde da mulher são múltiplos e variam desde complicações psicológicas, até problemas relacionados à sexualidade, complicações obstétricas, retardo para o início do pré-natal, aborto tanto espontâneo, quanto provocado, baixo peso do feto ao nascer.

A vivência de violência doméstica, sobretudo durante a gravidez, leva a mulher a adoecer. Entre as complicações decorrentes da violência no período gestacional, destacam-se o abuso de substâncias psicoativas, o tabagismo, a anemia, o sangramento no primeiro e no segundo trimestres, a restrição no crescimento uterino, a morte perinatal, o ganho de peso abaixo do esperado e consequente baixo peso ao nascer, o padrão alimentar pouco saudável, o sofrimento fetal, a prematuridade (SANTOS *et al.* 2010). A pesquisa de Campos (2010) aponta que mulheres, que estiveram em situação de violência durante a gravidez, tiveram mais chances de terem parto prematuro.

Concernente ao sofrimento psíquico, os sintomas psicológicos mais frequentes incluem insônia, irritabilidade, falta de apetite, ansiedade, depressão, tentativa de suicídio e síndrome do estresse pós-traumático (NASCIMENTO, XAVIER; SÁ, 2011). Audi *et al*

(2008) afirmam que a ocorrência de violência doméstica é um importante fator de risco para a depressão, inclusive em mulheres que sofrem agressões durante o período gestacional.

Além disso, Moraes, Arana e Reichenheim (2010) pontuam que ter sido vítima de pelo menos um ato de violência física perpetrada pelo companheiro durante a gestação dobra a chance de um pré-natal de pior qualidade, agravos esses que, em sua totalidade, são preveníveis quando há um acompanhamento de pré-natal íntegro e de qualidade.

A atenção pré-natal e puerperal, por sua vez, é responsável pelas ações de promoção e prevenção da saúde da mulher desde o início de sua gravidez até o fim da gestação e se confere como um momento crucial para identificação de fatores de riscos e prevenção de agravos. Nessa perspectiva, as mulheres que sofrem violência durante a gestação merecem atenção especial nos serviços de saúde. Sugere-se, portanto, que ações de saúde sejam priorizadas, visando à garantia de acesso e à adesão ao acompanhamento da assistência ao pré-natal.

Infelizmente, os profissionais não visualizam a violência doméstica como objeto de intervenção de saúde, atentando-se somente para problemas físicos agudos e visíveis. Desse modo, Krug *et al.* (2002) sugerem a necessidade de uma tomada de responsabilização desses em relação à violência contra a mulher, sobretudo em virtude da presença constante de mulheres poliqueixosas na rotina dos serviços de saúde. Dessa forma, os profissionais de saúde não questionam a mulher vítima de violência a respeito da origem dos ferimentos, voltando-se apenas para a assistência curativa e medicamentosa (DINIZ *et al.*, 2004).

Os mecanismos de identificação e abordagem apropriados da violência doméstica durante este período são necessários, especialmente, no que diz respeito à formulação de estratégias para prevenção e reversão dos casos. Para tanto, faz-se necessário a implementação da Lei de Notificação Compulsória da Violência Contra a mulher, Número 10.778, que obriga todos dos profissionais de saúde a identificar e notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher (BRASIL, 2003).

6 CONCLUSÕES

A violência doméstica durante a gravidez se apresenta atualmente como fenômeno de importante relevância social, devido ao impacto na morbimortalidade materna e infantil.

Ao analisar a violência doméstica em gestantes, foi possível identificar que:

- A prevalência de violência doméstica em mulheres independentemente do período de ocorrência foi de 41,4%. Estratificada por período foi: *durante a gestação* - 24,3%; *antes da gestação* - 17,1%. Quando observada somente a parcela de mulheres em situação de violência doméstica (206 mulheres), 121 (58,7%) foi agredida durante a gestação e 85 (41,3%) somente antes da gestação;
- Em relação às características sociodemográficas das mulheres, não foi identificada significância estatística em relação às características abordadas por período e as mulheres com vivência de violência doméstica;
- Observando-se as características dos companheiros, percebeu-se que a ocorrência da violência se mostrou inversamente proporcional, ao número de relacionamentos (P valor= 0,000) e ao número de filhos vivos (P valor= 0,000), ou seja, quanto menor o número de relacionamentos e de filhos, maior é a frequência da violência doméstica;
- Quando se observaram as características da violência doméstica, a expressão que se mostrou com maior ocorrência foi a violência psicológica (97,6%), seguida da violência moral (58,7%), violência física (46,1%), violência patrimonial (39,3%) e a violência sexual (35,9%). Quando observado o período *durante a gestação*, a maior expressão da violência foi a sexual (71,6%), apresentando-se estatisticamente significativa (P valor = 0,000), quanto ao período de ocorrência;
- No que tange ao autor da violência doméstica, percebeu-se que, independentemente do período, o maior agressor foi o companheiro atual (40,8%) seguido pelo ex-companheiro (37,9%). Estratificado por período, *durante a gestação* o companheiro atual foi o maior perpetrador (84,5%), sendo estatisticamente significativa (P valor= 0,000), quanto ao período de ocorrência e, *antes da gestação*, o maior agressor foram “outros” - amigos,

vizinhos, etc. (56,8%), também com significância estatística (P valor= 0,024), quanto ao período de ocorrência;

- Relacionado ao sítio da agressão física percebeu-se que independentemente do período de ocorrência, a face foi o local mais atingido (34,5%), já *durante a gravidez*, a região do pescoço foi a que apresentou maior porcentagem (77,8%) e apresentou significância estatística (P valor= 0,015), quanto ao período de ocorrência e somente antes da gravidez, a área mais atingida foi a região dorsal (43,4%);
- A ocorrência de problemas de saúde ocasionados ou intensificados pela violência doméstica atingiu significância estatística (P valor= 0,047), quanto ao período de ocorrência. A cefaleia constante foi o problema mais identificado em *todos os períodos da gestação* (39,8%). Quando observamos o período *durante a gestação*, as dores na barriga/contrações foram os problemas mais relatados (93,0%), apresentando significância estatística (P valor= 0,000), quanto ao período de ocorrência, seguidas por aumento da pressão arterial (80,6%), (P valor= 0,005) e sangramento/hemorragia (80,0%). Vale destacar que a depressão foi reportada por 47,8% mulheres e apresentou significância estatística (P valor= 0,026), quanto ao período de ocorrência.

Ao observar a associação entre o período de ocorrência da violência e as principais características relacionadas à violência praticada (expressão da violência, autor, local da agressão, problemas de saúde decorrentes), encontramos:

- A expressão da violência revelou associação positiva e estatisticamente significativa para todos os períodos. Chama a atenção a prevalência de violência psicológica encontrada, 40,6%, considerando todos os períodos, 28,6% *durante a gestação* e 22,0% *antes da gestação*. O risco de mulheres nessa população que sofrerem violência psicológica em todos os períodos foi de 59,4 vezes (IC95% 24,9-141,7) quando comparadas às que não sofreram violência; durante 98,3 vezes (IC95% 31,9-303,1) e, *antes da gestação*, 147,0 vezes (IC95% 36,9-585,0), respectivamente;
- Em relação ao autor da agressão, a frequência do companheiro atual como perpetrador foi de 16,9% independentemente do período, e 17,2% para o

período *durante a gestação* e 3,4% *antes da gestação*. Verificou-se o risco das participantes de 3,4 vezes (IC95% 2,9-3,9) de terem como autor da violência o companheiro atual, quando comparadas às mulheres que não sofreram violência; *durante a gestação* 6,8 vezes (IC95% 5,3-8,8) e, *antes da gestação*, 5,0 vezes (IC95% 4,1-6,2), quando comparadas às mulheres sem história de violência doméstica, respectivamente;

- O sítio das agressões apresentou associação estatisticamente significativa para todos os períodos. O local mais atingido foi a face com prevalência de 14,3% considerado todos os períodos, 11,1% e 6,6% *durante a gestação* e *antes da gestação*, respectivamente e as participantes têm um risco de 3,1 vezes (IC95% 2,7-3,6) de tê-la atingida, quando comparadas com as que negaram a violência; 4,9 vezes (IC95% 4,0-6,0) *durante a gestação*, e 5,9 vezes (IC95% 4,6-7,4) *antes da gestação*.
- Em relação aos problemas de saúde decorrentes, é possível verificar associação positiva e estatisticamente significativa para todos os períodos de ocorrência da violência doméstica. O agravo mais prevalente para todas as participantes foi a cefaleia constante, independentemente do período de ocorrência com 16,5%, 13,1% *durante a gestação* e 7,4% *antes da gestação*; essas mulheres apresentam um risco de 3,4 vezes (IC95% 2,9-3,9) de apresentarem a cefaleia constante, quando comparadas às mulheres que não referiram à violência; 5,4 vezes (IC95% 4,3-6,6) *durante a gestação*, e 6,1 (IC95% 4,8-7,8) *antes da gestação*.

Os dados encontrados neste estudo confirmam a magnitude da violência doméstica contra mulheres, principalmente contra as gestantes, apontando que a gestação parece realmente colaborar para tornar a mulher mais vulnerável à ocorrência de violência doméstica.

Apesar da existência de diversos programas e políticas protetivas para a mulher em situação de violência, ainda existem dificuldades na abordagem integral e efetiva à mulher e à família, assim como um entendimento limitado dos profissionais de saúde sobre a violência como objeto de intervenção da Saúde Pública. Desse modo, é preciso a intensificação das ações de educação permanente dos profissionais de saúde, tanto aos que atuam na atenção primária, quanto àqueles que estão locados na rede hospitalar, para incentivar a identificação e notificação dos casos de violência contra gestantes.

Ressalta-se a importância da implantação da Lei de Notificação Compulsória como instrumento para a identificação e implementação das políticas de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica.

Recomenda-se a ampliação da amostra para avaliação das características da violência doméstica contra gestantes para outros estratos sociais, para que os resultados possam ser confrontados com outras características sociodemográficas e comportamentais, bem como a realização de estudos de cunho qualitativo, para que seja possível compreender a influência cultural e o cotidiano dessas mulheres em situação de violência doméstica.

Por fim, o enfrentamento da violência doméstica contra gestantes deve fazer parte das políticas públicas de saúde e dos programas de educação em saúde, abrangendo as necessidades dessas, desde escuta qualificada, atuação efetiva dos profissionais de saúde para a resolução do problema, bem como das questões condizentes ao processo saúde-doença relacionados à vivência da violência doméstica.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Iris; SOEIRO, Cristina. Avaliação de risco conjugal: versão para polícias (SARA: PV). **Aná. Psicológica**, Lisboa, v.28, n.1, p. 179-192, Jan. 2010. Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312010000100013&lang=pt. Acesso em 03/04/2012.
- ANDRADE, Clara de Jesus Marques. **As equipas de saúde da família e a violência doméstica contra a mulher: um olhar de gênero**. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- ANDRADE, Michelle Fernandes de; GIULIANI, Carla Denari; BIFFI, Eliana Faria de Angelice. Perfil de mulheres vítimas de violência assistidas no pronto socorro/hospital de clínicas-UFU. **Revista fato&versões**, Uberlândia, ed. 5, v. 3, p.113-133, 2011.
- AUDI, Celene Aparecida Ferrari *et al.*, Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Rev. Saúde Pública [online]**, vol.42, n.5, p. 877-885. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6642.pdf>> Acesso em: 13.04.2012.
- BANDEIRA, Lourdes. Três décadas de resistência feminista contra o sexismo e a violência feminina no Brasil: 1976 a 2006. **Sociedade e Estado**. Brasília, v. 24, n. 2. 2009.
- BARSTED, Leila Linhares; PITANGUY, Jacqueline (Org.). **O PROGRESSO DAS MULHERES NO BRASIL 2003–2010**. Brasília: ONU Mulheres, 436p, 2011. Disponível em: <<http://www.cepia.org.br/progresso.pdf>>. Acesso em: 23.04.2012.
- BEIRAS, Adriano *et al.*, Políticas e leis sobre violência de gênero - reflexões críticas. **Psicol. Soc. [online]**. v.24, n.1, p. 36-45. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822012000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14.10.2012.
- BLAY, Eva Alterman. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 49. 2003.
- BONFIM, Elisiane Gomes; LOPES, Marta Julia Marques; PERETTO, Marcele. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v.14, n1. 2010.
- BORSOI, Tatiana dos Santos; BRANDÃO, Elaine Reis; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.13, n.28, p.165-74. 2009.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Revista Bioética**. Rio de Janeiro, v.4, p. 15-25. 1996.

BRASIL. Decreto nº 23.769, de 6 de agosto de 1985. **Cria a Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 6 ago. 1985. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/194816/decreto-23769-85-sao-paulo-sp>>. Acesso em: 23 jun. 2011.

BRASIL. Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 nov. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm>. Acesso em: 13 jun. 2011.

BRASIL Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 7 ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.html> Acesso em: 04 jun. 2011. Acesso em: 23.03.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. Ed 2. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Normas e Manuais Técnicos. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 318 p. 2012a.

BRASIL. Portal da Saúde. **O que é a violência contra a mulher?** 2011b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33903. Acesso em: 28/09/2011.

BRASIL. **Secretaria de Políticas para as Mulheres**. 2012b. Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/sobre>. Acesso em: 22.05.2012.

BRASIL, Secretaria de Políticas para mulheres. **Balanco semestral do ligue 180 (janeiro à junho/2012)**. SPM. Brasília, 2012c. Disponível em <http://www.sepm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2012/balanco-semestral-ligue-180-2012>. Acesso realizado em 20 de dez. 2012.

CAMACHO Karla Gonçalves *et al.*, Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. **Ciencia y Enfermeria**, Concepción, v. 16, n. 2, p. 115-125, 2010. Disponível em: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_12.pdf. Acesso em: 12.01.2012.

CAMPOS, Maria da Luz Aguiar Oliveira. **Violência Conjugal em mulheres que tiveram parto prematuro**. 2010. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2010.

CAMPOS, Marta Silva; TEIXEIRA, Solange Maria. Gênero, família e proteção social: as desigualdades fomentadas pela política social. **Rev. katálysis** [online], vol.13, n.1, p. 20-28. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v13n1/03.pdf>. Acesso em: 11.10.2012.

CASTRO, Roberto; RUIZ, Agustín. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. **Rev. Saúde Pública** [online], v.38, n.1, p. 62-70. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102004000100009&script=sci_arttext. Acesso em: 24.09.13.

CEBES. Cecília Minayo: 'A violência contra a mulher é infinitamente maior que a registrada no cotidiano'. Centro Brasileiro em Estudos em Saúde. 2013. Disponível em: <http://cebes.com.br/2013/11/cecilia-minayo-a-violencia-contra-a-mulher-e-infinitamente-maior-que-a-registrada-no-cotidiano/>. Acesso em: 23.01.2014.

CHADE J. ONU alerta: 100 mil brasileiros explorados por indústria sexual. In: **Rede Feminista de Saúde. Adolescentes: saúde sexual saúde reprodutiva: dossiê**. Belo Horizonte, p. 28. 2004.

CHERON, Cibele; SEVERO, Elena Erling. Apanhar ou passar fome? A difícil relação entre dependência financeira e violência em Porto Alegre-RS. In: **Fazendo Gênero 9**, 2010, Florianópolis. **Dísporas, Diversidades, Deslocamentos**. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278279902_ARQUIVO_Cheron_Severo.pdf. Acesso realizado em 14.12.2013.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas *et al.*, Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Rev. Saúde Pública** [online], vol. 43, n. 2. p. 299-311. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n2/7172.pdf>. Acesso em 31/08/2011.

DANTAS-BERGER, Sônia Maria; GIFFIN, Karen. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual. **Cad Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 417-25. 2005. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3109927&pid=S0034-8910200800080001500006&lng=en. Acesso em: 09.10.13.

DATASUS. **Sistema de Informação Hospitalar 2012**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em 12.04.2012.

DAY, Vivian Peres *et al.*, Violência doméstica e suas diferentes Manifestações. **R. Psiquiatr**, Porto alegre, v. 25, supl. 1, p. 9-21. 2003.

DINIZ, Normélia Maria Freire; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Representações sociais da família e violência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**, vol.15, n.6, p. 1184-1189. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_19.pdf>. Acesso em 21.09.2012.

DINIZ, Normélia Maria Freire. *et al.*, A mulher sob o signo da violência doméstica e institucional nos serviços de saúde. **Salvador: REDOR/EEUFBA/GEM/Fundação Ford. Relatório da pesquisa integrada.** 2000.

DINIZ, Normélia Maria Freire *et al.*, Violência doméstica e institucional em serviços de saúde: experiência de mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 57, n.3, p. 354-360, 2004.

DURAND, Julia Garcia; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.10, n.3, p. 310-322. 2007.

FACURI, Cláudia de Oliveira, *et al.*, Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 889-898. 2013.

FARIA, Magda Guimarães de Araujo; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; ROCHA, Patrícia Rodrigues da. Inserção e prática religiosa entre mulheres: aspectos protetores ao uso de álcool e violência. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v. 7, n. 1, p. 32-37. 2011.

FONSECA, Denire Holanda da; RIBEIRO, Cristiane Galvão; LEAL, Noêmia Soares Barbosa. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**. [online], v.24, n.2, p. 307-314. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822012000200008. Acesso em: 30.12.13.

FRANZOI, Neuma Maria; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da; GUEDES Rebeca Nunes. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.3, mai./jun. 2011. FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. ago. 2010. Disponível em: <<http://www.fpa.org.br/galeria/violencia-domestica>>. Acesso: 03 jul. 2011.

GARBIN. Cléa Adas Saliba *et al.*, Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2567-2573, 2006.

GOMES, Nadirlene Pereira; DINIZ, Normélia Maria Freire. Vivência de violência familiar: homens que violentam suas companheiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 176-179. 2005.

GARCIA-MORENO, C *et al.*, WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **Lancet**, v. 368, n. 9543, p. 1260-1269. 2006. Disponível em

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3109942&pid=S0034-8910200800080001500014&lng=en. Acesso realizado em 25/06/12

GOMES, Nadirlene Pereira *et al.*, Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 504-508. 2007.

GOMES, Nadirlene Pereira *et al.*, Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista Enfermagem (UERJ)**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 14-17, 2009.

GOMES, Nadirlene Pereira *et al.*, Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas. **Rev. Gaúcha Enferm. [online]**, v.33, n.2, p. 109-116. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/16.pdf>. Acesso em: 23.08.2012.

GOMES, Nadirlene Pereira *et al.*, Inserção da violência doméstica nos currículos dos cursos de saúde: a ótica de Enfermeiras. In: Resumos/Abstracts, **Rev.Bras.Saúde Matern.Infantil**, Recife. 2012.

GOMES Nadirlene Pereira, *et al.*, Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 109-116. 2012.

GOMES *et al.* Profissionais de saúde significando a permanência da mulher na relação de violência conjugal. **Rev Rene**, fortaleza, v. 14, n. 3, p. 558-67. 2013.

HANADA, Heloisa. Os psicólogos e a assistência a mulheres em situação de violência. 2007. 222f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

HENRIQUES, Cláudia Viana. Perfil clínico-epidemiológico das mulheres vítimas de violência atendidas no serviço de apoio à mulher. 2004. 72f. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil) - INSTITUTO MATERNO-INFANTIL DE PERNAMBUCO (IMIP), Recife, 2004.

IBGE. **Censo 2010**. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=292740>. Aceso em: 23.08.2013.

IPEA. **Ipea revela dados inéditos sobre violência contra a mulher**. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=19873&catid=10&Itemid=9. Acesso em: 05.01.2014.

JONG, Lin Chau *et al.*, Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 744-751. 2008

JUSBRASIL. **ONU: violência contra a mulher atinge 70% da população**. Jusbrasil. Disponível em: <http://portal-vermelho.jusbrasil.com.br/politica/103987760/onu-violencia-contra-a-mulher-atinge-70-da-populacao>. Acesso em: 13.01.2014

KLEVENS, Joanne. Violencia física contra la mujer em Santa Fe de Bogotá: prevalência factores associados. **Panam Salud Publica**, Washington, D.C, p. 78-83, 2001.

LAMOGLIA, Cláudia Valéria Abdala; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.14, n.2, p. 595-604. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a28v14n2.pdf>. Acesso em: 01/09/2011.

LAURIANO, André Guayanaz. **Relação da violência na gestação e o processo de abortamento: uma perspectiva da gestante**. 2009. 91 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp087186.pdf>> Acesso em 24.09.2012.

LEÔNICIO, Karla Lima *et al.*, O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. **Rev enferm UERJ [Internet]**, v.16, n. 3, p. 307-12. 2008. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a02.pdf>

LETTIERE, Angelina; NAKANO, Ana Márcia Spanó; RODRIGUES, Daniela Taysa. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. **Rev. esc. enferm. USP[online]**, v. 42, n.3, p. 467-473. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a07.pdf>. Acesso em: 01/04/2011.

LIMA, Luciana Bastos; LIMA, Darlindo Ferreira. **Violência doméstica e familiar contra mulheres**. Cartilha. Prefeitura de Juazeiro; Rede de Atenção à mulher e adolescente. Juazeiro-BA, 2006.

LOURENÇO, Márcia Aguiar. **A experiência de gestação e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal**. 2006. 117p. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernando Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2006.

LOURENÇO, Márcia Aguiar; DESLANDES, Suely Ferreira. Experiência do cuidado materno e amamentação sob ótica de mulheres vítimas de violência conjugal. **Rev Saúde Pública**, São Paulo v.42, n.4, p. 615-21. 2008.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 15 ed. São Paulo: Saraiva, 2000. 232 p.

MARINHEIRO, André Luis.Valentine. Violência doméstica: prevalência entre usuárias de um serviço de saúde de Ribeirão Preto-SP. 2003, 136p. Dissertação (Mestrado em Saúde na comunidade) - Faculdade de medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2003.

MEDEIROS, Patricia Flores; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Rev. Estud. Fem.[online]**, v.17, n.1, p. 31-48. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v17n1/a03v17n1.pdf>. Acesso em: 23.09.2012.

MEDINA, Ana Beatriz Campos; PENNA, Lucia Helena Garcia. Violência na gestação: um estudo da produção científica de 2000 a 2005. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 12, n.4, p. 793-98. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a26.pdf>> Acesso em: 03.04.2012.

MENEZES Telma Cursino *et al.*, Violência física, doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Rev Bras de Ginecol e Obstet**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p.309-16. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032003000500002. Acesso em:23.05.2012.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 647-647, 2004.

MIRANDA, Cynthia Mara. **Os movimentos feministas e a construção de espaços institucionais para a garantia dos direitos das mulheres no Brasil**. 2008. Disponível em: http://www.ufrgs.br/nucleomulher/arquivos/os%20movimentos%20feministas_cyntia.pdf. Acesso em: 01/01/2013.

MONTILLA, Dalia E. Romero; CUNHA, Cynthia Braga da; MARQUES, Aline Pinto. **Utilização das variáveis socioeconômicas nos sistemas de informação de saúde: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos**. XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu, MG. 2008. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1034.pdf

MORAES, Claudia Leite; ARANA, Flávia Dias Nogueira; REICHENHEIM, Michael Eduardo. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. **Rev. Saúde Pública [online]**, v. 44, n. 4, p. 667-676. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400010. Acesso em: 26.04.2012.

MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Sousa; ROCHA, Silvana Santiago. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n.1, p. 155-60. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a18.pdf>> Acesso em: 30.04.2012.

MOTA, Jurema Corrêa da; VASCONCELOS, Ana Gloria Godoi; ASSIS, Simone Gonçalves de. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 799-809. 2007. NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. Mulheres vítimas de violência doméstica: compreendendo subjetividades assujeitadas. **PSICO**, Porto Alegre, v. 37, n.1, p.7-13. 2006.

NASCIMENTO, Mirlene Garcia; XAVIER, Patricia Ferreira; SÁ, Rafaella Domingos Passos. Adolescentes grávidas: a vivência no âmbito familiar e social. **Adolesc Saude**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 41-47. 2011. Disponível em; http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=294#. Acesso em: 02.04.2013.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré, JORGE, Maria Salete Bessa. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 93-100. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Informe mundial sobre la violencia y salud**. Genebra (SWZ): OMS. 2002.

PAIXÃO, Gilvânia Patrícia do Nascimento. **Violência conjugal: compreendendo o fenômeno a partir do discurso feminino**. 2013. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Salvador, 2013.

PASINATO, Wânia; SANTOS, Cecília Macdowell. **Mapeamento das Delegacias da Mulher no Brasil**. Núcleo de Estudos de Gênero Pagu, Universidade Estadual de Campinas PAGU/UNICAMP, Campinas, 2008.

PAZ, Alcieros Martins da. **Violência por parceiro íntimo durante a gravidez: um estudo de prevalência no distrito sanitário II da cidade do Recife**. 2006. 100p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco. 2006.

PEREIRA, Mauricio Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PICCININI, Cesar Augusto *et al.*, Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72. 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a07.pdf>> Acesso em: 12.05.2012.

POLIT, D.F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REICHENHEIM, Michael Eduardo. *et al.*, Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **Departamento de Epidemiologia**. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro- RJ. 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor5.pdf>. Acesso em: 18.04.12.

REICHENHEIM, Michael Eduardo; MORAES, Claudia Leite; HASSELMANN, Maria Helena. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. **Rev. Saúde Pública [online]**, vol.34, n.6, p. 610-616. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n6/3575.pdf>. Acesso em: 23.05.2012.

REICHENHEIM, Michael Eduardo *et al.*, The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 22, n. 2, p. 425-437. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200020. Acesso em: 12.11.13

RICCI, Susan Scott. Adaptação materna durante a gravidez. In: _____ (Org.) **Enfermagem Materno-neonatal e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan. 2008. Cap. 10, p. 201-214.

RICHARDSON Jo *et al.*, Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. **BMJ**, p. 324 – 374, 2002. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/324/7332/274>. Acesso em: 23.01.14.

RIOS, Roger Raupp. Para um direito democrático da sexualidade. **Horiz. antropol. [online]**, vol. 12, n. 26, p. 71-100. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v12n26/a04v1226.pdf>. Acesso em: 21.09.2012.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S A, 2007. 728p

SALIBA, Orlando *et al.*, Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública [online]**, v.41, n.3, p. 472-477. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5805.pdf> Acesso em 13.03.2012.

SANTOS, Ariane Gomes *et al.*, Violência contra gestantes em delegacias especializadas no atendimento à mulher de Teresina-PI. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, Número Especial, p. 109-116. 2010. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a12v11esp_n4.pdf. Acesso em: 30.11.13.

SECON. **Pesquisa aponta pré-natal da albert sabin como melhor de salvador**. Secretaria de Comunicação Social. 2007. Disponível em: <http://www2.secom.ba.gov.br/noticias/2007/12/20/pesquisa-aponta-pre-natal-da-albert-sabin-como-melhor-de-salvador>. Acesso em: 03.07.2013.

SILVA, Aline Gaudarde; MORAES, Claudia Leite; REICHENHEIM, Michael Eduardo. Violência física entre parceiros íntimos: um obstáculo ao início do acompanhamento da criança em unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 28, n. 7, p. 1359-1370. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000700014&lng=pt. Acesso em: 04.07.13.

SILVA, Camila Daiane *et al.*, Epidemiologia da violência contra a mulher: características do agressor e do ato violento. **Rev enferm UFPE [on line]**, v. 7, n. 1, p. 8-14, 2013.

SILVA, Elisabete Pereira *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. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000600006&script=sci_arttext> Acesso em 23.04.2012.

SILVA, Maria Arleide. **Prevalência e fatores associados a violência doméstica contra as mulheres assistidas no Centro de Atenção à Mulher**. 2006. 105f. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil, Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira, Recife, 2006.

SILVA, Marieve Pereira da. Representações sociais de mulheres negras sobre violência doméstica e o processo de denúncia e não-denúncia. 2008. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2008.

SILVA, Marta. **Violência: um problema de saúde pública**. Conferência nacional de saúde mental. Ministério da saúde. Brasília, Junho 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/violenciamartasilva.pdf>. Acesso realizado em 04/06/2011. Acesso em: 08/09/11.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. **Educ. e Realid.** Porto Alegre, v. 20, n. 2, 1995. Disponível em: <http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/6393/mod_resource/content/1/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf> Acesso em: 01.03.2012.

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.*, Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-477. 2002

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.*, Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 4, n. 5, p. 797-807. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5854.pdf>>. Acesso em: 31.05.2012.

SOUTO, Cláudia Maria Ramos Medeiros; BRAGA, Violante Augusta Batista. Vivências da vida conjugal: posicionamento das mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5. 2009.

TOURINHO, Cleber; ANTONINO, Vivian. **Vertentes do português popular do Estado da Bahia**. Projeto Vertentes. 2013.

VIEIRA, Elisabeth Meloni; PERDONA, Gleici da Silva Castro; SANTOS, Manoel Antonio dos. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública [online]**, v.45, n.4, p. 730-737. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/2647.pdf>> Acesso em: 17.05.2012. VILLELA, Wilza Vieira. *et al* . Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.1, p.113-123. 2011.

APÊNDICE I: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**



1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
1.1	Prontuário nº _____ Bairro: _____ Iniciais: _____	INICIAIS _____
2. DADOS SÓCIO ECONÔMICOS		
2.1	Qual é a raça/cor da senhora? <input type="checkbox"/> 1 Preta <input type="checkbox"/> 2 Branca <input type="checkbox"/> 3 Parda <input type="checkbox"/> 4 Amarela <input type="checkbox"/> 5 Indígena <input type="checkbox"/> 9 Não sabe	COR <input type="checkbox"/>
2.2	Qual a idade da senhora?	IDADE <input type="checkbox"/>
2.3	Qual a religião da senhora? <input type="checkbox"/> 1 Católica <input type="checkbox"/> 2 Evangélica <input type="checkbox"/> 3 Espírita <input type="checkbox"/> 4 Outra <input type="checkbox"/> 5 Não tem <input type="checkbox"/> 9 Não sabe	RELIGIÃO <input type="checkbox"/>
2.4	Qual é o grau de escolaridade da senhora? <input type="checkbox"/> 1 Analfabeta <input type="checkbox"/> 2 Primário incompleto <input type="checkbox"/> 3 Primário completo <input type="checkbox"/> 4 Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> 5 Fundamental completo <input type="checkbox"/> 6 Médio Incompleto <input type="checkbox"/> 7 Médio completo <input type="checkbox"/> 8 Superior completo <input type="checkbox"/> 9 Superior incompleto <input type="checkbox"/> 10 Técnico <input type="checkbox"/> 99 Não sabe	ESCOLA <input type="checkbox"/>

2.5	Qual é o estado civil da senhora? <input type="checkbox"/> 1 Casada <input type="checkbox"/> 2 Solteira <input type="checkbox"/> 3 Viúva <input type="checkbox"/> 4 União estável <input type="checkbox"/> 5 Divorciada ou Separada <input type="checkbox"/> 6 Mora junto <input type="checkbox"/> 9 Não sabe	CIVIL _
2.6	Com quem a senhora mora? <input type="checkbox"/> 1 Sozinha <input type="checkbox"/> 2 Com Filhos (a) (s) <input type="checkbox"/> 3 Com Marido e Filhos (a) (s) <input type="checkbox"/> 4 Com Companheiro/Marido <input type="checkbox"/> 5 Familiares <input type="checkbox"/> 6 Outros (a) (s) Se outros, quem? _____	MORA _
2.7	A senhora trabalha fora de casa? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Não sabe	TRABFORA _
2.8	Qual é a ocupação da senhora? <input type="checkbox"/> 1 Desempregada <input type="checkbox"/> 2 Autônoma <input type="checkbox"/> 3 Faz “bicos” <input type="checkbox"/> 4 Possui emprego fixo <input type="checkbox"/> 5 Outro <input type="checkbox"/> 6 Estudante <input type="checkbox"/> 7 Dona de casa	OCUPACAOM _
2.9	A senhora depende financeiramente de alguém? <input type="checkbox"/> 1 Não, independente <input type="checkbox"/> 2 Sim, parcialmente dependente <input type="checkbox"/> 3 Sim, totalmente dependente <input type="checkbox"/> 9 Não sabe	DEPFIN _
2.10	Qual é a renda familiar da senhora? _ _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> 8 Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 Não sabe	RENDAF _ _ _ _
2.11	Quantas pessoas vivem dessa renda familiar? _ _	PESSREN _

	<input type="checkbox"/> 8 Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 Não sabe	
2.12	Quem ajuda financeiramente a senhora? <input type="checkbox"/> 1 Marido/Companheiro <input type="checkbox"/> 2 Pai/Mãe <input type="checkbox"/> 3 Outros Familiares <input type="checkbox"/> 4 Pessoas Amigas <input type="checkbox"/> 5 Ninguém <input type="checkbox"/> 6 Vive de rendas de programas sociais <input type="checkbox"/> 9 Não sabe	AJUDAFIN <input type="checkbox"/>
3. INFORMAÇÕES DO COMPANHEIRO		
3.1	A senhora já teve quantos Companheiros? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	COMPANHEIROS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.2	Qual a idade do companheiro atual da senhora? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8 Não se aplica	IDCOMP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.3	Qual é a ocupação do companheiro da senhora? <input type="checkbox"/> 1 Desempregado <input type="checkbox"/> 2 Autônomo <input type="checkbox"/> 3 Faz “bicos” <input type="checkbox"/> 4 Possui emprego fixo <input type="checkbox"/> 5 Outro <input type="checkbox"/> 8 Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 Não sabe	OCUPCOMP <input type="checkbox"/>
3.4	Quantos filhos a senhora têm com o companheiro atual <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8 Não se aplica	FILHOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. DADOS GINECO OBSTÉTRICOS		
4.1	Com quantos anos a senhora menstruou pela primeira vez? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MENARCA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.2	Com quantos anos a senhora iniciou a vida sexual? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SEXUAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.3	A senhora engravidou quantas vezes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	GESTACAO <input type="checkbox"/>
4.4	A senhora teve algum aborto? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 Não se aplica	ABORTO <input type="checkbox"/>
4.5	Se sim, quantos abortos foram espontâneos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8 Não se aplica	ABORESP <input type="checkbox"/>
4.6	Quantos abortos foram provocados? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8 Não se aplica	ABORPROV <input type="checkbox"/>

4.7	A senhora teve quantos partos? _ _	PARTOS _
4.8	Quantos filhos estão vivos? _ _ <input type="checkbox"/> 9 Não sabe	FILVIV _
4.9	A senhora realizou acompanhamento pré-natal <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Não sabe	PRENATAL _
4.10	Se sim, em que trimestre iniciou o acompanhamento pré-natal? <input type="checkbox"/> 1 Primeiro <input type="checkbox"/> 2 Segundo <input type="checkbox"/> 3 Terceiro <input type="checkbox"/> 9 Não sabe	TRIMESTRE _
4.11	Caso resposta afirmativa anterior, quantas consultas foram realizadas? <input type="checkbox"/> 1 Até 4 consultas <input type="checkbox"/> 2 Entre 4 e 6 consultas <input type="checkbox"/> 3 Mais de 7 consultas <input type="checkbox"/> 9 Não sabe	CONSULTAS _
5. USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS		
5.1	A senhora é usuária de alguma droga? Se sim, qual? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	DROGAM _
	Álcool <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	ALCOOLMULHER _
	Cigarro <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	CIGARROMULHER _
	Maconha <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	MACONHAMULHER _
	Cocaína <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	COCAINAMULHER _
	Crack <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	CRACKMULHER _
	Outras <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	OUTDROGAMUL _
	Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	NAODROGAMUL _
5.2	Se sim, com que frequência a senhora usa? <input type="checkbox"/> 1 Ocasionalmente/só em festas <input type="checkbox"/> 2 Uma vez na semana <input type="checkbox"/> 3 Até três vezes na semana <input type="checkbox"/> 4 De três a seis vezes na semana <input type="checkbox"/> 5 Diariamente <input type="checkbox"/> 8 Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 Não sabe	FREQUSOM _

5.3	Se sim, há quanto tempo a senhora é usuária? <input type="checkbox"/> 1 Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> 2 Entre 6 meses e 1 ano <input type="checkbox"/> 3 Entre 1 a 5 anos <input type="checkbox"/> 4 Mais de 5 anos <input type="checkbox"/> 8 Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 Não sabe	TEMPUSOM <input type="checkbox"/>
5.4	Algum familiar da senhora é usuário de drogas? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	FAMILIAUSO <input type="checkbox"/>
	Pai <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	PAIDROGA <input type="checkbox"/>
	Mãe <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	MAEDROGA <input type="checkbox"/>
	Companheiro <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	COMPANHDROGA <input type="checkbox"/>
	Irmão (a) <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	IRMAODROGA <input type="checkbox"/>
	Ex companheiro <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	EXCOMPDRROGA <input type="checkbox"/>
	Familiares <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	FAMILIADROGA <input type="checkbox"/>
5.5	Se sim, qual tipo droga utilizada pelo familiar? <input type="checkbox"/> 8 Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 Não sabe	DROGAF <input type="checkbox"/>
	Álcool <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	ALCOOLFAMIL <input type="checkbox"/>
	Cigarro <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	CIGARROFAMIL <input type="checkbox"/>
	Maconha <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	MACONHAFAMIL <input type="checkbox"/>
	Cocaína <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	COCAINAFAMILIA <input type="checkbox"/>
	Crack <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	CRACKFAMILIA <input type="checkbox"/>
	Outras <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	OUTRDROGFAMIL <input type="checkbox"/>
	Se sim, com que frequência usam? <input type="checkbox"/> 1 Ocasionalmente/só em festas <input type="checkbox"/> 2 Uma vez na semana <input type="checkbox"/> 3 Até três vezes na semana <input type="checkbox"/> 4 De três a seis vezes na semana <input type="checkbox"/> 5 Diariamente <input type="checkbox"/> 8 Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 Não sabe	FREQUENFAMIL <input type="checkbox"/>
5.6	Se sim, há quanto tempo o familiar da senhora é usuário? <input type="checkbox"/> 1 Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> 2 Entre 6 meses e 1 ano <input type="checkbox"/> 3 Entre 1 a 5 anos <input type="checkbox"/> 4 Mais de 5 anos <input type="checkbox"/> 8 Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 Não sabe	TEMPUSOF <input type="checkbox"/>

6. INTERCORRÊNCIAS OBSTETRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL (Dados coletados no prontuário da gestante)		
	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	INTERCOR <input type="checkbox"/>
	Síndromes hipertensivas <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	HIPERTESAO <input type="checkbox"/>
	Hemorragias <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>
	Infecções urinárias <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	INFECURINA <input type="checkbox"/>
	Vulvovaginites <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	VULVOVAGINIT <input type="checkbox"/>
	Anemia crônica <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	ANEMIA <input type="checkbox"/>
	Aminiorrexe prematura <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	AMINIORREX <input type="checkbox"/>
	Ameaça de aborto <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	AMEACAABORT <input type="checkbox"/>
	Parto prematuro <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	PREMATURO <input type="checkbox"/>
	DST <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	DST <input type="checkbox"/>
	Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	DIABETES
7. TER VIVENCIADO VIOLÊNCIA NA GRAVIDEZ:		
7.1	A senhora já foi alguma vez maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo seu parceiro ou alguém importante pra você no seu espaço de convívio? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	VIVVIOL <input type="checkbox"/>
7.2	Quem praticou? A partir desse item as perguntas só serão respondidas para as mulheres que apresentarem história de violência.	QUEM <input type="checkbox"/>
	1 Pai <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	PAI <input type="checkbox"/>
	2 Mãe <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	MAE <input type="checkbox"/>
	3 Irmão (a) <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	IRMAO <input type="checkbox"/>
	4 Companheiro <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	COMPANHEIRO <input type="checkbox"/>
	5 Ex companheiro <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	EXCOMPANHIRO <input type="checkbox"/>
	6 Outros (as) <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	OUTROS <input type="checkbox"/>

7.3	Quando ocorreu? <input type="checkbox"/> 1 Somente antes das gravidez <input type="checkbox"/> 2 Durante a gravidez <input type="checkbox"/> 3 Nunca	PERVIOL <input type="checkbox"/>
7.4	A(s) pessoa(s) que maltratou (maltrataram) a senhora, lhe machucou (machucaram) fisicamente, se sim, como? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	VIOLFIS <input type="checkbox"/>
7.5	Tapa <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	TAPA <input type="checkbox"/>
7.6	Uso de arma branca <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	ARMABRANCA <input type="checkbox"/>
7.7	Espancamento <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	ESPANCAMENTO <input type="checkbox"/>
7.8	Empurrões <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	EMPURRÃO <input type="checkbox"/>
7.9	Chute <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	CHUTE <input type="checkbox"/>
7.10	Uso de arma de fogo <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	ARMAFOGO <input type="checkbox"/>
7.11	Outras violência física <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	OUTROVIOLFISICA <input type="checkbox"/>
7.12	A(s) pessoa(s) que maltratou (maltrataram) a senhora já: (Violência psicológica) <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	VIOLPSIC <input type="checkbox"/>
7.13	Ameaçou <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	AMEACOU <input type="checkbox"/>
7.14	Aprisionou <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	APRISIONOU <input type="checkbox"/>
7.15	Explorou <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	EXPLOROU <input type="checkbox"/>
7.16	Constrangeu <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	CONSTRAGEU <input type="checkbox"/>
7.17	Controlou suas ações, comportamentos, crenças e decisões <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	CONTROLOU <input type="checkbox"/>
7.18	Vigilou constantemente, perseguiu <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	PERSEGUIU <input type="checkbox"/>
7.19	Limitou seu direito de ir e vir <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	LIMITOU <input type="checkbox"/>
7.20	Insultou, chantageou, ridicularizo <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	INSULTOU <input type="checkbox"/>
7.21	A(s) pessoa(s) que maltratou (maltrataram) a senhora já: (Violência sexual) <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	VIOLSEX <input type="checkbox"/>
7.22	Forçou ao sexo <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	FORCOUSEXO <input type="checkbox"/>

7.23	Você fazia sexo sem vontade, só para agradar, satisfazer <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	SEXOCEDIDO <input type="checkbox"/>
	Explorou sexualmente <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	EXPLOCAOSEXO <input type="checkbox"/>
	Impediu de usar de métodos contraceptivos <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	IMPEDIUACO <input type="checkbox"/>
	Forçou ao matrimônio, à gravidez e ao aborto <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	FORCOUMATRIM <input type="checkbox"/>
7.7	A(s) pessoa(s) que maltratou (maltrataram) a senhora já:	VIOLPATR <input type="checkbox"/>
	Reteve, subtraiu, destruiu parcial ou total de seus objetos <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	RETEVEOBJETO <input type="checkbox"/>
	Reteve seus instrumentos de trabalho <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	RETEVETRAB <input type="checkbox"/>
	Reteve seus documentos pessoais <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	RETEVEDOCUMEN <input type="checkbox"/>
	Reteve seus bens, valores e direitos ou recursos econômicos <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	RETEVEVALOR <input type="checkbox"/>
7.8	A(s) pessoa(s) que lhe maltratou (maltrataram) a senhora já (Violência moral <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 1 Caluniou, difamou ou praticou injúria	VIOLMOR <input type="checkbox"/>
7.9	Caso os maus tratos tenham sido físicos, qual área do corpo mais atingida.	CORPO <input type="checkbox"/>
	Face <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	FACE <input type="checkbox"/>
	Tronco <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	TRONCO <input type="checkbox"/>
	Abdome <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	ABDOME <input type="checkbox"/>
	Membros superiores <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	MMSS <input type="checkbox"/>
	Barriga durante a gravidez <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	BARRIGAGESTA <input type="checkbox"/>
	Membros inferiores <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	MMII <input type="checkbox"/>
	Pescoço <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	PESCOCO <input type="checkbox"/>
	Região dorsal <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	DORSO <input type="checkbox"/>
7.10	Como a senhora se sentiu após ser maltratada	SENTIU <input type="checkbox"/>
	Sentiu-se culpada <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	CULPADA <input type="checkbox"/>
	Sentiu-se envergonhada <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	VERGONHA <input type="checkbox"/>

	Sentiu-se humilhada <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	HUMILHADA <input type="checkbox"/>
7.24	Sentiu-se vítima <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	VITIMA <input type="checkbox"/>
7.25	Sentiu nojo de seu corpo <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	NOJO <input type="checkbox"/>
7.26	A senhora percebeu a ocorrência de algum problema de saúde em consequência dos maus tratos? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	PROBSAU <input type="checkbox"/>
7.27	Caso resposta afirmativa anterior,. qual? <input type="checkbox"/> 1 Dores de cabeça constantes <input type="checkbox"/> 2 Problemas gástricos <input type="checkbox"/> 3 Falta de apetite <input type="checkbox"/> 4 Depressão <input type="checkbox"/> 5 Aumento da pressão arterial <input type="checkbox"/> 6 Diminuição da libido <input type="checkbox"/> 7 Dores na barriga/contrações <input type="checkbox"/> 8 Sangramento/hemorragia <input type="checkbox"/> 7 Outros <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica	TIPPROBSÁU <input type="checkbox"/>
7.28	A senhora procurou alguma instituição de saúde por conta do(s) problema(s) em decorrência dos maus tratos? Se sim, qual? <input type="checkbox"/> 1 Hospital <input type="checkbox"/> 2 Unidade de saúde <input type="checkbox"/> 3 UPA <input type="checkbox"/> 4 Outras <input type="checkbox"/> 5 Não procurou	INSTSAUDE <input type="checkbox"/>
7.29	A senhora informou ao profissional de saúde que te atendeu que o(s) problema(s) de saúde foram em decorrência do(s) mau(s) trato(s)? Caso resposta afirmativa, responda a aproxima pergunta, se não passe para a Q.31 <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 Não se aplica	INFORMRPROF <input type="checkbox"/>

7.30	<p>Qual o profissional que a senhora informou?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Enfermeira (o) <input type="checkbox"/> 2 Médica (o)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Assistente social <input type="checkbox"/> 4 Psicóloga (o)</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Técnica (o) de enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Outros (as) <input type="checkbox"/> 8 Não se aplica</p>	PROFSAÚDE <input type="checkbox"/>
7.31	<p>O que esse profissional fez após ser informado sobre os maus tratos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Tratou apenas do problema físico</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Notificou</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Notificou e encaminhou para órgão específico</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Encaminhou para órgão específico</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Não se aplica</p>	PROFFEZVIOL <input type="checkbox"/>
7.32	<p>A senhora conversou com alguém após sofrer os maus tratos? Se sim, quem?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Pai <input type="checkbox"/> 2 Mãe</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Irmão (a) <input type="checkbox"/> 4 Companheiro</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Ex companheiro <input type="checkbox"/> 6 Outros (as)</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Amiga (o) <input type="checkbox"/> 8 Não conversou</p>	CONVERSOU <input type="checkbox"/>
7.33	<p>A senhora procurou alguma outra instituição devido aos maus tratos:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não</p> <p>Caso resposta afirmativa responda a próxima questão, se não, passe para a questão 7.35.</p>	INSTITUICAO <input type="checkbox"/>
7.34	<p>Qual instituição?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Delegacia de proteção à mulher</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Delegacia comum</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Centro de referência</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Outros (as)</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Não se aplica</p>	INSTIPROC <input type="checkbox"/>
7.35	<p>A senhora teve alguma dificuldade em realizar o pré-natal por conta dos maus tratos:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não</p>	DIFICULDADE <input type="checkbox"/>
7.36	<p>Durante o atendimento de pré-natal algum profissional de saúde falou sobre o tema violência com a senhora?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não</p>	ABORDAGEM <input type="checkbox"/>

7.37	Caso resposta afirmativa anterior, qual foi o profissional?		
<input type="checkbox"/> 1	Enfermeira (o)	<input type="checkbox"/> 2	Médica (o)
<input type="checkbox"/> 3	Assistente social	<input type="checkbox"/> 4	Psicóloga (o)
<input type="checkbox"/> 5	Técnica (o) de enfermagem		
<input type="checkbox"/> 6	Outros (as)	<input type="checkbox"/> 8	Não se aplica

PROFPN <input type="checkbox"/>

APÊNDICE II: TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**



INFORMAÇÕES À COLABORADORA

A Senhora está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada “Fatores associados à violência doméstica em gestantes atendidas em uma maternidade pública de Salvador-Bahia” que tem como objetivo identificar os fatores associados à violência doméstica em gestantes de uma maternidade pública de Salvador- Bahia.

A Sra poderá participar ou não da pesquisa, bem como desistir em qualquer fase do estudo ou anular este consentimento, sem qualquer prejuízo. Caso a Senhora aceite, todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais, de modo que Senhora não será identificada, garantindo o sigilo e o anonimato e assegurando a privacidade. Há risco presumível até por conta de desconforto que poderá ser gerado com a entrevista. Neste caso a entrevistista será interrompida e a pesquisadora/enfermeira oferecerá todo o apoio necessário.

As informações serão coletadas a partir de um formulário, caso aceite. A coleta dos dados será realizada mediante a sua prévia autorização por escrito. Concordando em participar da entrevista, a Senhora poderá ter acesso, retirar ou acrescentar quaisquer informações do formulário. O material será por mim arquivado por 5 (cinco) anos e após esse período será destruído.

Ao participar desta pesquisa, a Senhora não terá nenhum tipo de despesa, bem como nada será pago por sua participação. As participantes deste estudo serão beneficiadas, sobretudo a médio e longo prazo devido aos resultados a serem apontados pelo estudo que ajudarão para a realização de políticas públicas de atenção à saúde da gestante. As pesquisadoras não serão remuneradas para a realização desta pesquisa, bem como as entrevistadas não receberão benefícios financeiros para a sua participação no mesmo. Os resultados deste estudo serão publicados em dissertações e artigos científicos e divulgados em eventos científicos.

Os aspectos acima mencionados respeitam a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da instituição vinculada à pesquisadora (71) 3283 7631 ou pelo e-mail: chalanaduarte@gmail.com.

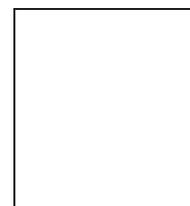
Diante do exposto, pedimos a sua permissão para participar desta pesquisa. Caso esteja bem informada e aceite participar, favor assinar esse documento em 02 (duas) vias, sendo que uma ficará com você e a outra ficará com as pesquisadoras.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que entendi todas as informações relacionadas à minha participação nesta pesquisa intitulada “Fatores associados à violência doméstica em gestantes atendidas em uma maternidade pública de Salvador-Bahia”, que li ou que foram lidas por mim. Conversei com a pesquisadora sobre a minha participação voluntária no estudo. Não tenho dúvida de que não receberei benefícios financeiros. Concordo em participar, de forma voluntária, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades, ou prejuízo, ou perda de benefícios aos quais tenho direito conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10 de outubro de 1996. Terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetida à coação, indução ou intimidação.

Salvador, ___/___/_____

Assinatura da participante



Impressão dactiloscópica

Declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para participação nesta pesquisa.

Salvador, ___/___/_____

Assinatura da pesquisadora

**ANEXO I : INSTRUMENTO DA PESQUISA “A MULHER SOB O SIGNO DA
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E INSTITUCIONAL”**

<p align="center">REDOR- REDE FEMINISTA NORTE E NORDESTE DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE A MULHER E RELAÇÕES DE GÊNERO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA – DECOM GRUPO DE ESTUDOS SOBRE SAÚDE DA MULHER- GEM</p> <p>PROJETO INTEGRADO DE PESQUISA: A mulher sob o signo da violência doméstica e institucional</p> <p>SERVIÇO (CLIENTE DO SERVIÇO)</p> <p>Planejamento familiar () Ginecologia () Pré-natal () Enfermaria (puerpério) () Enfermaria (aborto) ()</p>			
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
1.NOME:			
2.ENDEREÇO:			
BAIRRO:			
TELEFONE:		PONTO DE REFERÊNCIA:	
3.IDADE:			
4.RELIGIÃO:			
5.COR:	<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> branca	<input type="checkbox"/> mestiça
6.GRAU DE ESCOLARIDADE:	<input type="checkbox"/> analfabeto	<input type="checkbox"/> primário incompleto	<input type="checkbox"/> primário incompleto
	<input type="checkbox"/> fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> fundamental completo	<input type="checkbox"/> médio incompleto

	<input type="checkbox"/> médio completo	<input type="checkbox"/> superior incompleto		<input type="checkbox"/> superior completo
MORADIA				
7.MORADIA:	<input type="checkbox"/> Sozinha	<input type="checkbox"/> Companheiro e filhos	<input type="checkbox"/> Outros	
	<input type="checkbox"/> Pais	<input type="checkbox"/> Filhos		
8.CONDIÇÕES DE MORADIA:	<input type="checkbox"/> Casa própria	<input type="checkbox"/> Alugada	<input type="checkbox"/> Cedida	<input type="checkbox"/> Outros
9.NÚMERO DE COMODOS:				
ITENS QUE POSSUI NA CASA				
<input type="checkbox"/> Geladeira <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Vídeo <input type="checkbox"/> Som <input type="checkbox"/> Máquina de lavar roupas <input type="checkbox"/> Outros				
TRABALHO				
11.TRABALHA FORA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	12.O QUE FAZ:		13.ONDE:	
RENDA				
14.CONDIÇÃO FINANCEIRA:	<input type="checkbox"/> Vive às próprias custas		<input type="checkbox"/> totalmente dependente	
	<input type="checkbox"/> parcialmente dependente			
15.QUEM TE AJUDA FINANCEIRAMENTE				
<input type="checkbox"/> Seu marido/companheiro <input type="checkbox"/> Seu pai/sua mãe <input type="checkbox"/> Outros parentes <input type="checkbox"/> Pessoas amigas				
DADOS DO COMPANHEIRO				
16.Número de companheiros	17. Sofreu violência?	18. Com qual (is)		
19. Idade:	20.Ocupação:			
_____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	(1) (2) (3) (4) (5) <input type="checkbox"/> todos		
21.Número de filhos com ele (s):				
Com 1 ___ Com 2 ___ Com 3 ___ Com 4 ___ Com 5 ___				

DADOS RELATIVOS A VIOLÊNCIA
22.O que você entende por violência doméstica?
23.O que leva a mulher a viver essa situação de violência que você falou?
24.Você já sofreu esse tipo de violência de outras pessoas do seu convívio domiciliar? Sim () Não () Quem? _____
25.Neste momento conversaremos sobre a violência física, entendida como aquela que resulta em danos físicos e mentais para a mulher sendo assim, o(s) seu(s) companheiros(s) lhe: () Empurra () Dá chute () Morde () Dá tiro () Queima () Dá tapas Outros: _____
26.Você vivenciou esta violência quando estava grávida? () Sim () Não
27.Você já sofreu esse tipo de violência de outras pessoas de seu convívio familiar? () Sim () Não Quem? _____
28.Você procurou alguma instituição devido a esta violência? () Sim () Não Passe para Q31
29.Qual? () Serviço médico () Delegacia comum () Delegacia de proteção à mulher Outro: _____
30. Em caso afirmativo, quais os encaminhamentos no serviço médico?
GOSTARIA DE SABER ALGUMAS INFORMAÇÕES SOBRE SEUS ANTECEDENTES DE GRAVIDEZ, PARTO, USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS E PREVENTIVOS:

<p>31. NÚMERO DE GESTAÇÕES:</p>	<p>32. NÚMERO DE ABORTOS:</p> <p>Espontâneos _____</p> <p>Provocados _____</p> <p>Caso provocado, o que usou? _____</p>	<p>33. NÚMERO DE PARTOS:</p> <p>Normais _____</p> <p>Cesariana _____</p>
<p>34. Já usou método contraceptivo?</p> <p>Sim () Não ()</p> <p>Qual? _____</p>	<p>35. Já fez laqueadura (estrangulamento)?</p> <p>Sim () Não ()</p>	
<p>36. SABENDO QUE VOCÊ SOFREU VIOLÊNCIA, GOSTARIA DE SABER SE VOCÊ APRESENTA DIFICULDADE EM FAZER TRATAMENTOS E EXAMES GINICOLÓGICOS EM DECORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA?</p> <p>Sim () Não ()</p>		
<p>37. EM CASO AFIRMATIVO, ESTA(S) DIFICULDADE(S) DE FAZER TRATAMENTO E EXAMES GINECOLÓGICOS É PORQUE SEU COMPANHEIRO:</p> <p>() Não respeita a abstinência sexual do tratamento</p> <p>() se nega a tomar medicação quando o tratamento é para os dois</p> <p>() Impede você de sair de casa para ir ao médico</p> <p>() Outros: _____</p>		
<p>38. ESSA QUESTÃO SÓ SE APLICA PARA AS GESTANTES E PUÉRPERAS. A SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA QUE VOCÊ VIVÊNCIA LHE FEZ PENSAR EM FAZER O ABORTO VOLUNTÁRIO?</p> <p>() Sim () Não</p>		
<p>39. EM CASO AFIRMATIVO, O QUE LEVOU VOCÊ A NÃO FAZER O ABORTO VOLUNTÁRIO?</p>		
<p>40. QUESTÃO APENAS PARA MULHERES EM PROCESSO DE ABORTO. ESTE ABORTO TEVE RELAÇÃO COM A SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA QUE VOCÊ VIVÊNCIA?</p>		

Sim () Não () Por que? _____						
41. VOCÊ FALOU QUE PASSOU POR VÁRIAS INSTITUIÇÕES ANTES DE CONSEGUIR SER ATENDIDA. QUAIS FORAM AS JUSTIFICATIVAS DO SERVIÇO PARA NÃO ATENDÊ-LAS?						
() Falta de vagas () Falta de profissionais () Falta de material Outros _____						
42. VOCÊ FOI EXAMINADA ANTES DE SER ENCAMINHADA PARA OUTRA INSTITUIÇÃO?						
Sim () Não ()						
43. EM CASO AFIRMATIVO, VOCÊ FOI:						
() Esclarecida quanto a sua situação de parto e abortamento						
() Entregue a você um documento de encaminhamento para outra instituição						
() Foi apenas um encaminhamento verbal						
() Outros _____						
44. VOCÊ JÁ VIVENCIOU VIOLÊNCIA DOMÉSTICA? () Sim () Não						
45. QUEM PRATICOU?	() Pai	() Mãe	() Pai e Mãe	() Tio/tia	() Irmão/irmã	() Companheiro
	() Ex- companheiro					
46. PERÍODO QUE SOFRE OU SOFREU VIOLÊNCIA?	() Somente antes da gravidez			() Somente durante a gravidez		
	() Antes e durante a gravidez			() Nunca		
47. EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA:						
() violência física:	() bater	() chutar	() dar murro	() espancar		
	() agredir	() empurrar	() puxar o cabelo	() bater com objetos		
() violência psicológica:	() controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões					
	() ameaça	() constrangimento, humilhação		() isolamento	() exploração	

	<input type="checkbox"/> vigilância constante, perseguição contumaz	<input type="checkbox"/> limitar direito de ir e vir
	<input type="checkbox"/> insulto, chantagem, ridicularização	
<input type="checkbox"/> violência sexual:	<input type="checkbox"/> posições indesejáveis	<input type="checkbox"/> impedir de se prevenir
	<input type="checkbox"/> sexo forçado	<input type="checkbox"/> forçar ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição
<input type="checkbox"/> violência patrimonial:	<input type="checkbox"/> retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos	
	<input type="checkbox"/> reter instrumentos de trabalho	<input type="checkbox"/> reter documentos pessoais
	<input type="checkbox"/> reter bens, valores e direitos ou recursos econômicos	
<input type="checkbox"/> violência moral	<input type="checkbox"/> calúnia, difamação ou injúria	
48. COMO VOCÊ SE SENTIU APÓS SOFRER A VIOLÊNCIA:		
<input type="checkbox"/> Sentiu-se culpada <input type="checkbox"/> Sentiu-se envergonhada <input type="checkbox"/> Sentiu-se uma vítima <input type="checkbox"/> Sentiu-se humilhada		
<input type="checkbox"/> Sentiu nojo do seu corpo <input type="checkbox"/> Achou que não seria mais a mesma		
50. O QUE VOCÊ FEZ APÓS SOFRER A VIOLÊNCIA, FALOU PARA ALGUÉM? Caso falou responda a próxima questão, se não, passe para a questão 37		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quem? _____		
51. VOCÊ PROCUROU ALGUMA INSTITUIÇÃO DEVIDO A ESTA VIOLÊNCIA?		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
52. CASO AFIRMATIVO NA RESPONDA ANTERIOR, QUAL INSTITUIÇÃO:		
<input type="checkbox"/> Serviço médico <input type="checkbox"/> Delegacia comum <input type="checkbox"/> Delegacia de proteção á mulher <input type="checkbox"/> Outro _____		
53. QUAIS FORAM OS ENCAMINHAMENTOS DESSA(S) INSTITUIÇÃO (ES)?		
<input type="checkbox"/> Serviço médico <input type="checkbox"/> Centro de referência <input type="checkbox"/> Outros: _____		
54. O QUE LEVOU VOCÊ A NÃO FALAR COM ALGUÉM?		
<input type="checkbox"/> Medo do agressor <input type="checkbox"/> Vergonha <input type="checkbox"/> Medo de a julgarem culpada <input type="checkbox"/> Não tinha com quem		

falar () Outros				
55. ESTA SITUAÇÃO VIOLÊNCIA PROVOCOU ALGUMA MUDANÇA:				
() No trabalho () Na moradia () No relacionamento familiar () No relacionamento amoroso () Outros				
56. EM CASO AFIRMATIVO, QUE MUDANÇAS?				
57. SABENDO QUE VIVENCIOU VIOLÊNCIA, GOSTARIA DE SABER SE VOCÊ APRESENTA, OU APRESENTOU PROBLEMAS DE SAÚDE EM CONSEQUENCIA DESSES ATOS?				
() Não () Sim, se sim responda a próxima questão, se não passe para a questão 42				
58. QUAIS PROBLEMAS DE SAÚDE VOCÊ APRESENTA OU APRESENTOU?				
() Dores de cabeça constante	() Problemas gástricos	() Falta de apetite	() Tonturas	() Mal estar
() Depressão	() Diminuição da libido	() Palpitações	() Aborto	() insônia
() dor em baixo ventre	() ameaça de aborto	() Infecção do trato urinário	() Aumento da pressão	() Parto prematuro
() Outros				
59. SABENDO QUE VOCÊ SOFREU VIOLÊNCIA, GOSTARIA DE SABER SE VOCÊ APRESENTA OU APRESENTOU DIFICULDADES EM FAZER ACOMPANHAMENTO EM SAÚDE?				
() Não () Sim, quais: _____				
60. A SITUAÇÃO DE QUE VOCÊ VIVENCIA OU VIVENCIOU LHE FEZ PENSAR EM FAZER O ABORTO?				
() Não () Sim				
61. EM CASO AFIRMATIVO DA RESPOSTA ANTERIOR, O QUE LEVOU VOCÊ A NÃO FAZER O ABORTO:				
() Medo () Vergonha () desejo de ter a criança () desejo do parceiro de ter a criança				

**ANEXO II: VERSÃO EM PORTUGUES DO INSTRUMENTO PRA
RASTREAMENTO DE VIOLÊNCIA DURANTE A GESTAÇÃO
“ABUSE ASSESSMENT SCREEN”**

Versão em português do instrumento *Abuse Assessment Screen* (AAS) usado no rastreamento de violência contra a mulher durante a gestação.

1. Você já foi alguma vez maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo seu parceiro ou alguém importante para você?
SIM () NÃO ()

2. Neste último ano (12 meses), alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?
SIM () NÃO ()

Caso afirmativo (sim), quem? (Por favor marque com um círculo uma ou mais opções)

Marido Ex-marido Namorado Estranho Outro
Número de vezes _____

3. Desde que você engravidou, alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?
SIM () NÃO ()

Caso afirmativo (sim) quem? (Por favor marque com um círculo uma ou mais opções)

Marido Ex-marido Namorado Estranho Outro
Número de vezes _____

Marque a área traumatizada no diagrama do corpo humano

Marque cada episódio de acordo com a escala a seguir:

- 1- Ameaças de maus tratos/agressões, inclusive com uma arma
- 2- Tapa, empurrão: sem machucar ou ferimento ou dor duradoura
- 3- Soco, chute, machucado/”mancha roxa”, cortes e/ou dor continua
- 4- Espancamento, contusões severas, queimaduras, ossos quebrados
- 5- Danos na cabeça, internos e/ou permanentes
- 6- Uso de armas, ferimento por arma

(Escolha a descrição com o maior número)

4. Neste último ano (12 meses), alguém forçou a realizar atividades sexuais?

SIM () NÃO ()

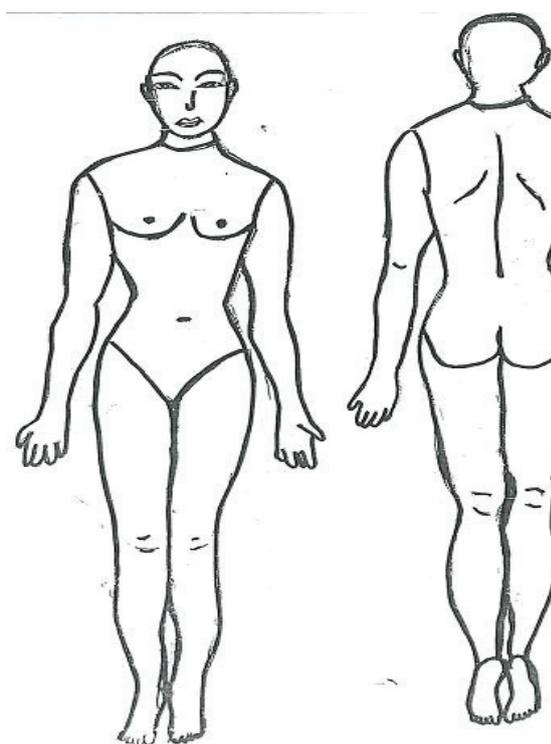
Caso afirmativo (sim) por quem? (Por favor marque com um círculo uma ou mais opções)

Marido Ex-marido Namorado Estranho Outro

Número de vezes _____

5. Você tem medo do seu parceiro ou de alguém listado acima?

SIM () NÃO ()



ANEXO III: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores associados à violência doméstica em gestantes atendidas em uma maternidade pública de Salvador-Bahia

Pesquisador: Chalana Duarte de Sena

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12520313.8.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 194.339

Data da Relatoria: 06/02/2013

Apresentação do Projeto:

O estudo propõe investigar a violência doméstica praticada contra mulheres gestantes em tres Maternidades Públicas do Município de Salvador, Bahia. Tem como proposta metodológica um estudo observacional, de corte transversal, quantitativo. Deverão fazer parte do estudo 765 puérperas internadas nas maternidades selecionadas. Os dados deverão ser coletados por meio da entrevista utilizando um formulário semiestruturado, contendo questões abertas e fechadas sobre as características sócio econômicas, gineco obstétricas, uso de drogas lícitas e ilícitas, intercorrências obstétricas e vivência da violência. As participantes serão escolhidas mediante sorteio segundo os critérios de inclusão, também serão coletadas as informações contidas no prontuário. A análise de dados será realizada a partir de distribuição de frequência das co variáveis selecionadas para o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar os fatores de risco associados à violência doméstica em gestantes de uma maternidade pública de Salvador, Bahia.

Objetivo Secundário:

Estimar a prevalência da violência doméstica em gestantes de uma maternidade pública em Salvador, BA; Descrever as características demográficas e socioeconômicas de gestantes de uma maternidade pública em Salvador, BA; Caracterizar o tipo de agressão sofrida pelas gestantes;

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Identificar o envolvimento das gestantes com drogas lícitas e ilícitas; Identificar situações de adoecimento/intercorrências na gravidez atual e parto dessas gestantes; Identificar fatores associados à violência doméstica durante a gravidez.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As autoras consideram a possibilidade de a pesquisa mobilizar sentimentos difíceis e desagradáveis entre outras reações relativas à experiência da violência, caso ocorra, estas situações sofrerão intervenção por parte das pesquisadoras e deverão ser encaminhadas para o suporte psicológico da instituição sede do estudo a fim de garantir o bem-estar das participantes.

Benefícios:

Os autores destacam que as participantes poderão ser beneficiadas, sobretudo a médio e longo prazo, quando da utilização dos resultados do estudo para sugestão de novas estratégias de intervenção; subsidiar políticas e programas públicos de atenção à saúde à gestantes vítimas de violência doméstica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema proposto para investigação é de grande interesse da saúde pública e o projeto em sua forma e conteúdo respeita as normas de um trabalho acadêmico-científico no que diz respeito aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos Obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Projeto contempla as normas exigidas pelo Comitê de Ética.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Homologamos o PARECER de APROVAÇÃO emitido pelo relator.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



SALVADOR, 06 de Fevereiro de 2013

Darci Santa Rosa

Assinador por:

DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ANEXO IV: CARTA DE ANUÊNCIA DA MATERNIDADE**MATERNIDADE ALBERT SABIN**

CNPJ: 13937131005704

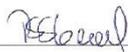
CARTA DE ANUÊNCIA

Salvador, 18 de Dezembro de 2012.

À Profª. Drª Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade
Federal da Bahia – CEPEE – UFBA

Eu, Rita de Cássia Silva Leal, declaro para os devidos fins, que MATERNIDADE ALBERT SABIN atuará como instituição coparticipante da pesquisa intitulada “**Fatores associados à violência doméstica em gestantes atendidas em uma maternidade pública de Salvador-Bahia**”, sendo este o projeto de dissertação desenvolvido pela mestrand **Chalana Duarte de Sena**, atualmente vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, orientado pela **Profª. Drª. Normélia Maria Freire Diniz**, não tendo nenhuma restrição ou interesses de fins lucrativos. A coleta de dados só será liberada mediante parecer de aprovação do comitê de ética.

Atenciosamente,



MATERNIDADE ALBERT SABIN
Dra. Rita de Cássia Silva Leal
Diretora
Cad. 19.342.753-5