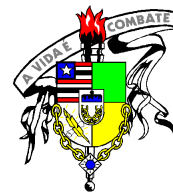




**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



VIOLÊNCIA NA GRAVIDEZ:

caracterização de casos em São Luís (MA) no ano de 2010

SÃO LUÍS

FEVEREIRO - 2014

LIA CARDOSO DE AGUIAR

VIOLÊNCIA NA GRAVIDEZ:

caracterização de casos em São Luís (MA) no ano de 2010

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, nucleadora Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional

Orientadora: Profa. Rosângela Fernandes Lucena Batista, Doutora

SÃO LUÍS

FEVEREIRO - 2014

Aguiar, Lia Cardoso de
Violência na gravidez: caracterização de casos em São Luís (MA) no ano de 2010 / Lia
Cardoso de Aguiar. – São Luís, 2014.

78f.

Orientadora: Rosângela Fernandes Lucena Batista

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal do
Maranhão, 2014.

1. Violência contra a mulher. 2. Gravidez. 3. Cuidado pré-natal. I. Violência na
gravidez caracterização de casos em São Luís (MA) no ano de 2010.

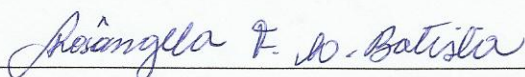
CDU 618.2:301.162.2

VIOLÊNCIA NA GRAVIDEZ:

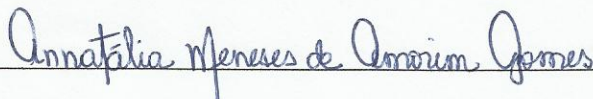
caracterização de casos em São Luís (MA) no ano de 2010

Lia Cardoso de Aguiar

Trabalho de Conclusão de Mestrado aprovado em 10 de março de 2014, pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:



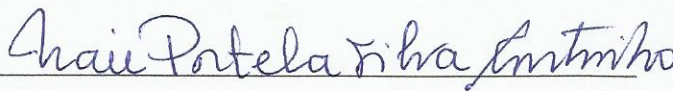
Profa. Rosângela Fernandes Lucena Batista, Doutora
RENASF/UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
Presidente



Profa. Annatália Meneses de Amorim Gomes, Doutora
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
1º Examinador



Profa. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves, Doutora
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
2º Examinador



Profa. Nair Portela Silva Coutinho, Doutora
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
Suplente

Ao meu marido José Ricardo e ao meu filho
Davi

AGRADECIMENTOS

Ao final de dois anos intensos, em todos os sentidos, e sendo esta dissertação fruto de esforços coletivos, destaco e agradeço aos principais corresponsáveis por sua concretização:

A Deus toda honra e toda glória! Tu és meu Consolador, fiel Ajudador. Sou grata pela renovação diária de Sua misericórdia sobre a minha vida e pela concessão de sabedoria e graça. Pelo conjunto que trazes à minha vida e assim me abençoas. Sem Ti nada sou, sem Ti nada posso.

Ao meu amado esposo, José Ricardo, que escolheu me amar e me fazer feliz. Companheiro de toda a vida e incentivador dos meus sonhos, agradeço o apoio nos momentos em que pensei em desistir.

Ao meu filho Davi, inspiração de amor, alegria da minha vida, que me compreende de forma tão instintiva. Pelas tantas vezes em que foi preciso passar horas em frente ao computador, debruçada sobre livros, e ele, do meu lado esperando colo até que por fim cansava e dizia: “Mãe, olha pra mim!”

Aos meus pais, João e Marly e à minha tia Marília devo minha formação a vocês que mesmo em condições adversas, investiram na minha educação.

À minha mãe Marly Soares e aos meus irmãos Thimóteo e Sofia Cardoso que sempre me ajudaram em tantas situações ao longo do trabalho e por dividirem comigo de forma tão carinhosa o cuidado com Davi.

Ao meu pai João Cardoso Filho e sua esposa Cândida que me sustentam em oração.

À minha família pelo carinho e apoio dispensado sempre que precisei em especial minha tia Marília Tulha e meu avô João Cardoso (*in memoriam*).

À Lucilene Menezes, a “Lucinha”, pois seu carinho com Davi e cuidado com nossa casa permitiram que eu me ausentasse nos momentos necessários com o coração um pouco menos apertado.

Aos amigos e irmãos em Cristo: Elder Goldzman pela tradução quase que simultânea para o abstract, Mário Santos, Kaio Oliveira, Paulo Henrique, Jonatas dos Santos, Quézia Custódio, Magnólia Mendes, Domingos Abreu e sua Dirvana que viam em mim uma capacidade que eu mesma não enxergava.

À professora Dra Rosângela Batista, sempre disposta e acolhedora pela orientação dedicada e competente e pelo aprendizado, profissional e pessoal que tem me proporcionado ao longo de nosso convívio.

À Jéssica Diniz, secretária do mestrado, sempre atenta, bem-humorada e pronta para resolver qualquer problema.

Aos colegas de turma, o conhecimento compartilhado. Em especial àquela que se tornou uma amiga do coração, Luciana Albuquerque, que esteve sempre disposta a ouvir e acolher minhas angústias (e não foram poucas!).

A todos os meus professores durante o curso de mestrado, particularmente às professoras Ana Cristina, Conceição Pedroso, Dorlene Aquino, Érika Thomaz, Liberata Coimbra, Nair Portela, Raimundo Antônio, Teresa Seabra, Valdinar Ribeiro e Zeni Lamy, agradeço-lhes a dedicação e a maneira como ensinaram transmitindo para além do conhecimento, o gosto pelo aprender a pensar e sermos sujeitos ativos do nosso aprendizado.

Aos meus estimados alunos da UFMA e do CEST por projetarem em mim um exemplo de profissionalismo motivando-me a estudar sempre mais para não decepcioná-los.

Às colegas de docência Dra. Lúcia Holanda, Thully Gleice, Patrícia Lima por acreditarem em mim e não permitirem que eu desanimasse. Obrigada pelas palavras de encorajamento logo pela manhã nos dias em acordava achando que não tinha mais forças para prosseguir.

À Faculdade Santa Terezinha – CEST que permitiu meu crescimento acadêmico. Em especial, a profa Margareth Galiza, a quem hoje posso chamar de amiga.

À direção da Unidade Mista do Bequimão, na pessoa de D. Glória (diretora administrativa na época) e Ana Cantanhede (coordenadora de Enfermagem) pelo apoio no transcorrer do curso.

E a todos os que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

*“O mundo é um lugar perigoso de se viver.
Não por causa dos que nele fazem o mal,
Mas por causa daqueles que apenas olham
e permitem que ele seja feito.”*

Albert Einstein

AGUIAR, LIA CARDOSO DE. **Violência na gravidez: caracterização de casos em São Luís (MA) no ano de 2010**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 78p.

RESUMO

A violência contra mulher é um problema de saúde pública complexo que pode estar presente até mesmo em um período da vida da mulher em que seu bem-estar deveria ser especialmente assegurado: a gestação. Há poucas pesquisas sobre a caracterização da violência contra a mulher. Mais escassas ainda são estudos que caracterizem a ocorrência e o tipo de violência contra a mulher durante o período gestacional. O objetivo deste estudo foi descrever as características da violência perpetrada contra gestantes, na cidade de São Luís (MA) em 2010. A estratégia metodológica utilizada consistiu na realização de entrevistas estruturadas (questionário) com 1446 gestantes, de gravidez única, idade gestacional de 22 a 25 semanas confirmada por ultrassom realizada no primeiro trimestre gestacional, em unidades de saúde e serviços de ultrassonografia da rede pública e privada. Para avaliar violência durante a gestação foi utilizado um questionário da OMS - Estudo Multipaíses sobre Saúde da Mulher e Violência contra a Mulher. Os dados foram analisados e distribuídos em tabelas e gráfico categorizados por frequência e porcentagens. Não foram utilizados testes estatísticos. A análise dos dados revelou que a violência esteve presente durante a gestação de 49,65% mulheres, sendo a violência psicológica a mais frequente. O aumento da violência sexual durante a gravidez foi expressivo (11,29%). Observou-se que independente do tipo de violência – física, sexual e/ou psicológica – as gestantes apresentaram o mesmo padrão socioeconômico: idade entre 20 a 34 anos, cor da pele parda, com 9 a 11 anos de estudo, morar com o companheiro e não ter filhos no domicílio, encontrar-se fora da população economicamente ativa, a maioria contava com renda familiar entre 1 a menor que 3 salários mínimos e ser da classe C. O atual marido/companheiro/namorado foi apontado como autor da agressão na maioria das ocorrências. Conclui-se que a violência contra a mulher, pode acontecer a qualquer momento, inclusive na gravidez, independente de cor, escolaridade ou classe social e de diferentes formas (violência física, sexual e/ou psicológica).

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Gravidez. Cuidado pré-natal.

AGUIAR, LIA CARDOSO DE. **Violence in pregnancy: St. Louis (MA) cases' characterization in the year 2010.** 2014. Dissertation (M.Sc. Family Health) - Federal University of Maranhão, St. Louis, 78p.

ABSTRACT

Violence against women is a complex public health problem which can be present even in a moment of the woman's life when her well-being should be assured: pregnancy. There are a few researches on how violence towards women is characterized. Even more scarce are the studies that characterize the occurrence and kind of violence against women during pregnancy. This study aimed at describing the violence against women in the city of São Luís (MA) in the year 2010. The methodology used consisted of structured interviews (questionnaires) with 1446 pregnant women, only one pregnancy, from 22 to 25 weeks bearing the child, confirmed by ultrasound made in the first trimester and in facilities of both public and private health system. To assess the violence during pregnancy a WHO questionnaire was used – Multicountry Study about Women's Health and Violence Against Women. The data was analyzed and distributed in frames and graphic categorized by frequency and percentage. Statistic tests were not used. Data analysis revealed that violence was present during in 49,65% of the pregnancies, being psychological violence more frequent. The increase in sexual violence was expressive during pregnancy (11,29%). It was observed that regardless the kind of violence – physical, sexual and/or psychological – the pregnant women showed the same social-economic standard: aged between 20 and 34, dark skin, between 9 and 11 years of study, living with a partner and not having kids at home, being out of the economical active population, having family wage between 1 and less than 3 minimum wages and being from the C class. The current husband/partner/boyfriend was pointed as being the aggressor in most cases. It is concluded that violence against women can happen any time, including pregnancy, regardless skin color, schooling, social class, and in different ways (physical, sexual and/or psychological).

Keywords: Violence against women. Pregnancy. Prenatal care.

SUMÁRIO

	RESUMO	vii
	ABSTRACT	ix
1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	17
3	OBJETIVOS	19
3.1	Objetivo geral	19
3.2	Objetivos específicos	19
4	VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	20
4.1	Violência como questão de gênero	24
4.2	Violência contra a gestante	27
4.3	Enfrentamento da violência contra a mulher nos serviços de saúde	29
5	MATERIAIS E MÉTODO	35
5.1	Tipo de estudo	35
5.2	Amostragem	35
5.3	Instrumentos e variáveis	36
5.4	Processamento de dados	37
5.5	Análise estatística	38
5.6	Aspectos éticos	38
6	RESULTADOS	39
6.1	Tipo de agressão sofrida	39
6.2	Características socioeconômicas e demográficas das gestantes	41
6.3	Autoria da agressão	42
7	DISCUSSÃO	45
8	CONCLUSÕES	52
	REFERÊNCIAS	54
	ANEXOS	62
	Anexo A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	63
	Anexo B - Questionário do BRISA para entrevista no pré-natal	66
	Anexo C - Questionário de violência da OMS	74
	Anexo D - Parecer Comissão de Ética em Pesquisa do HUPD	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BRISA	Birth Ribeirão Preto/São Luís
CEB	Classificação Econômica Brasil
CEPEC	Centro de Pesquisas Clínicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
SOS MULHER	Centros de Atendimento à Mulher

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher, nos dias de hoje, é um tema amplamente discutido e abordado nos mais diversos segmentos da sociedade moderna e envolve aspectos sociais, culturais, as diferenças de sexo e raças, as hegemonias e suas minorias, revelando no cotidiano a individualidade das relações pessoais e do contexto em que estão inseridas.

Apesar do grande destaque que a mídia vem dando ao tema da violência este ainda é frequentemente abordado como um assunto restrito à segurança pública. Entretanto, com o aumento progressivo dos índices de violência, ela vem sendo apontada por diversos setores da sociedade como um sério e importante problema que aflige diversos países.

Frente a esta realidade, o foco da atenção neste estudo volta-se para a violência contra a mulher que apesar de ser um problema antigo só ganhou visibilidade nacional a partir da década de 70, com o advento do movimento feminista que mostrou a necessidade desse problema tornar-se objeto de investigação e intervenção pública.

Na década de 1980, foi implantado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism) com a proposta de explorar questões de gênero e abordar as necessidades integrais de saúde da mulher (COSTA, 1999; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999). Entretanto, esta iniciativa não significou, na época, mudanças expressivas na atenção à mulher em situação de violência, por parte dos serviços de saúde, uma vez que, na prática, as ações priorizadas se restringiram à saúde reprodutiva (CORREA; PIOLA, 2003).

Apenas no início da década de 90, surge a preocupação em capacitar os profissionais para identificarem a presença de mulheres em situação de violência nos serviços de saúde.

Em 2002, com o lançamento do primeiro relatório sobre violência, realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), apresentando uma revisão global sobre o problema da violência, os setores de saúde passaram a ter um olhar aprofundado sobre o tema (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Esta publicação é considerada o ponto de partida para intersecção entre saúde e violência, em que o setor da saúde constituiu-se como um ponto de encruzilhada por ser o local para onde convergem os casos resultantes desses atos, bem como pela pressão que suas vítimas exercem sobre os serviços de urgência, serviços especializados,

serviços de reabilitação física e psicológica e de assistência social (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1994). As implicações da violência que chegam ao sistema de saúde chegam a ser mais onerosas do que muitos procedimentos médicos convencionais (MINAYO, 2005a).

Nos últimos anos, foram criados, no Brasil serviços voltados para mulheres em situação de violência, tais como: as delegacias de defesa da mulher, as casas-abrigo e os centros de referência multiprofissionais (SCHRAIBER et al., 2002). Assim, a violência tida até então como questão social passa a ter importância no setor saúde.

Atualmente, o Ministério da Saúde e diversas organizações não governamentais feministas têm produzido material didático com orientações sobre o tema. Além disso, têm oferecido treinamentos aos profissionais de saúde de modo que eles possam identificar, apoiar e dar o devido encaminhamento às vítimas de violência. Tais medidas resultam tanto da compreensão de que a violência representa uma violação dos direitos humanos das liberdades fundamentais, como também do reconhecimento de que esta é uma importante causa do sofrimento e adoecimento, sendo fator de risco para problemas de saúde (físicos e psicológicos).

A publicação da Lei nº 11.340, em 7 de agosto de 2006, denominada Lei Maria da Penha, fundamentada no § 8º, do art. 226 da Constituição Federal - que determina a criação de mecanismos para coibir a violência no âmbito das relações familiares - é um exemplo de resposta estatal contra a violência doméstica e familiar que incide predominantemente sobre as mulheres.

Estudos realizados em diferentes regiões do Brasil para a análise da incidência desta violência em realidades específicas comprovaram que esta é uma realidade tão significativa ao ponto de ser considerada de caráter endêmico, mesmo que os dados epidemiológicos divulgados não tenham demonstrado a real magnitude do problema, devido a subnotificação e subinformação dos casos (LEÔNICIO et al., 2008; SCHRAIBER et al., 2007a; SILVA et al., 2010; XIMENES NETO; OLIVEIRA; ROCHA, 2007).

Assim, a violência contra a mulher reconhecida como grave problema de saúde pública (AUDI et al., 2008; GARCIA-MORENO et al., 2006), é caracterizada por um padrão

de conduta coercitivo tanto em relação à sua saúde física e/ou sexual como também à psicológica.

Estudos internacionais realizados com grandes amostras confirmam a dificuldade que constitui quantificar a prevalência, fatores de risco e consequências da violência contra a mulher. Begum et al. (2010) realizou um estudo pioneiro na Índia investigando a associação entre violência física e gravidez não-intencional entre 6.322 gestantes indianas casadas e encontrou uma prevalência de 36% desta associação. Porém, esclarece que os dados podem ser subestimados, devido a dificuldade das mulheres em reportar a ocorrência da violência.

Apesar da subestimação dos dados, a violência contra a mulher é uma realidade comprovada e pode estar presente nos diferentes âmbitos de sua vida, com repercussões em sua saúde e, dependendo da fase em que se encontra na saúde de seus descendentes. Nesta perspectiva, a violência está presente até mesmo em um período da vida da mulher em que seu bem-estar deveria ser especialmente assegurado: a gestação.

No estudo de Schraiber et al. (2002) realizado na cidade de São Paulo (SP), em um serviço de atenção primária, apontou que nos atendimentos a mulheres, 34,1% eram de lesões e queixas de violência física; 36,6% quando são somadas à violência sexual no âmbito familiar e 21,3% das mulheres estavam grávidas. O trabalho de Menezes et al. (2003) também identifica a prevalência da violência na gravidez.

Estes achados corroboram a violência contra a mulher durante o processo gestacional como uma violação aos direitos reprodutivos e sexuais da mulher, porque fere os princípios de autonomia ou princípio da pessoalidade, da igualdade, da diversidade e da integridade corporal. Cada um destes princípios pode ser violado por atos de invasão ou abuso – por governos, médicos, maridos, parceiros, membros da família ou resultar da omissão, negligência e da discriminação, que se constituem em agravantes da saúde da gestante e de seu filho (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004; CORREA; PETCHESKY, 1993).

Por conseguinte, a violência contra a mulher é ainda mais grave quando esta se encontra no período gestacional, pois traz consequências significativas para diáde mãe-filho, tais como: baixo peso ao nascer, abortos, parto e nascimentos prematuros, até mortes materna e fetal (BRASIL, 2012; SANTOS et al., 2010).

No Brasil, há poucas pesquisas sobre a magnitude da violência contra a mulher e sua caracterização quanto ao tipo de agressor e frequência do episódio, mas de forma semelhante aos estudos internacionais, parceiro e/ou ex-parceiro destacam-se como os principais agressores (SCHRAIBER et al., 2002). Mais escassas ainda são estudos que caracterizem a ocorrência e o tipo de violência contra a mulher durante o período gestacional.

Diante dos fatos mencionados e da necessidade de melhor conhecer o problema da violência contra a mulher, especialmente durante o período gestacional, surgiram os seguintes questionamentos: qual o perfil das gestantes que são violentadas? Quais os tipos de violência praticados contra as gestantes? Quem são os principais agressores?

2 JUSTIFICATIVA

É bem verdade que durante a gestação a mulher utiliza com maior frequência os serviços básicos de saúde, para consultas e exames pré-natais, momento em que muitas vezes é criado, ou estreitado caso já exista, o vínculo com este serviço e/ou equipe de saúde.

A atenção básica é de fundamental importância, uma vez que o acompanhamento da gestação de baixo risco é prioridade na Estratégia Saúde da Família (ESF) constituindo-se, portanto, como um espaço privilegiado para identificação de casos de violência.

Entretanto, por diferentes motivos, a violência tem sido um problema invisível aos olhos dos profissionais de saúde. Segundo Silva (2003), esta “invisibilidade” da violência decorre do fato de alguns setores ainda se limitarem a cuidar dos sintomas das doenças e não utilizarem ferramentas capazes de identificar o problema.

Assim, no contexto da atenção primária, o papel dos profissionais da saúde é especialmente importante, pois eles são agentes que atuam no âmbito domiciliar, familiar e comunitário e podem propiciar oportunidades de reformulação de hábitos e costumes, contribuindo para a eliminação e prevenção da violência.

A identificação destas falhas na assistência desperta para a necessidade de um olhar não apenas clínico, mas também subjetivo voltado para outras nuances da vida da mulher gestante, considerando assim sua integralidade.

Considerando minha atuação como enfermeira de família, as consequências negativas da violência durante gestação para a saúde da mãe, do feto e da criança, um estudo sobre a violência contra mulheres grávidas, mostra-se de grande relevância não apenas para saúde e sociedade como para reflexão do modelo de assistência prestado às gestantes, tendo em vista que a violência contra mulheres grávidas já se consolidou como uma questão de saúde pública.

Dado a importância de se prevenir os efeitos maléficos da violência contra a mulher grávida e com vistas a assegurar o bem-estar da mulher e de seu bebê durante o período da gravidez, ratifica-se a realização de estudos para a identificação do fenômeno da violência durante a gravidez cujos resultados possam alicerçar a criação de políticas públicas

voltadas para prevenção e intervenção diante de casos de violência contra a mulher, em especial durante a gestação. Ademais, na região da Ilha de São Luís os estudos sobre violência contra a mulher durante a gestação ainda são incipientes.

Diante das considerações sobre a relevância do tema, este estudo propõe-se a conhecer e discutir a violência contra a gestante, tendo como objetivo geral a descrição das características da violência perpetrada contra gestantes, na cidade de São Luís (MA) em 2010.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Descrever as características da violência perpetrada contra gestantes, na coorte São Luís (MA) em 2010.

3.2 Específicos

- Identificar a taxa de ocorrência de violência geral, física, sexual e psicológica durante a gestação;
- Caracterizar a violência contra a gestante, segundo o tipo de violência e período;
- Relacionar as condições socioeconômicas com os tipos de violência;
- Apontar os autores da agressão contra a gestante.

4 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

O termo violência abrange diversas conotações, que vão desde as formas mais cruéis da tortura e do assassinato em massa, até aspectos mais sutis, contudo considerados opressivos na vida moderna cotidiana (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

É bem verdade que existem dificuldades na definição de violência. De um modo geral, os critérios utilizados para a caracterização da violência se baseiam em diversos fatores, que incluem a natureza da ação (sua forma, intensidade e frequência), o impacto físico ou psicológico sobre a vítima, a intenção do agressor, a influência do contexto em que se deu o ato violento e os padrões de conduta culturalmente considerados apropriados.

Na tentativa de definição de violência, observa-se a utilização de termos como abusos, maus-tratos, entre outros nas diferentes pesquisas, porém nem sempre o autor está fazendo referência à violência ao utilizar tais termos. Este problema fica evidente nas investigações sobre a temática *violência contra a mulher*, principalmente nas primeiras pesquisas sobre o tema que se centravam apenas nos atos que provocavam danos físicos e que eram perpetrados por seus companheiros atuais ou passados.

A partir do século XX, o espectro destes conceitos foi ampliado, passando a incluir a violência psicológica, o abuso sexual, o estupro marital e outras violências (STRAUS; GELLES, 1995). A diversidade de conceitos e a multiplicidade de instrumentos de aferição utilizados para a identificação da violência podem ser responsabilizadas, pelo menos em parte, pela grande variação nas estimativas de prevalência de abuso contra mulheres encontrada na literatura.

Ainda assim, segundo Almeida (2007), a violência contra a mulher ainda não foi apropriadamente nominada. As expressões *violência contra a mulher*, *violência doméstica*, *violência intrafamiliar* e *violência de gênero* são utilizadas com sentido equivalente tanto no meio acadêmico quanto na enunciação de políticas e práticas sociais.

Em 1994, a Assembleia Geral das Nações aprovou documento que é considerado um marco no enfrentamento da violência contra mulheres, a *Declaração sobre a Eliminação de Violência contra Mulheres*. Neste documento violência contra mulher é entendida como

[...] todo ato de violência com base em gênero, que resulte ou pareça resultar em danos ou sofrimentos físico, sexual ou psicológico à mulher, incluindo ameaças de tais atos, assim como a coação ou privação arbitrária da liberdade, quer a de ocorrência na vida pública quer na vida privada (UNITED NATIONS, 1994, p. 3).

Corroborando com esta ideia a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres utilizou-se do conceito da Organization of American States que assim descreve

“[...] é qualquer ato ou conduta com base em gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (ORGANIZATION OF AMERICAN STATES, 1994, p. 2).

Por se tratar de um problema de saúde de relevância pública, a OMS apresentou como definição de violência

O uso intencional da força física ou poder, como ameaça ou real, contra si mesmo, a outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, transtornos de desenvolvimento ou privação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, p. 5).

Recentemente nosso país apresentou importantes medidas para o enfrentamento da violência doméstica e sexual contra a mulher ao incluí-la na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004). Para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, foi sancionada a Lei Maria da Penha, em 2006. E em 2007, foi publicado o documento final da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006; BRASIL, 2007).

A Lei nº 11.340/06, conhecida como Lei Maria da Penha, delimita o alcance de sua aplicação às relações domésticas e familiares, levando em conta o parentesco e/ou o lugar de coabitação, como também às relações afetivas independentemente de coabitação e de orientação sexual; declara que a violência doméstica e familiar é uma das formas de violação de direitos humanos (art. 5º e 6º, da Lei Maria da Penha).

“[...] qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial [...]”, de ocorrência no espaço físico doméstico, no âmbito familiar ou ainda em qualquer relação íntima de afeto (BRASIL, 2006).

Os atos de violência contra a mulher são envolvidos por um grande número de modalidades e situações, que se evidenciam pelas agressões físicas, psicológicas e sexuais no ambiente doméstico, profissional ou em outros espaços de convivência, perpetrada por

familiares, vizinhos, pessoas desconhecidas e principalmente por parceiro íntimo (AUDI, 2008; DURAND; SCHRAIBER, 2007; GIELEN et al., 1994; SCHRAIBER et al., 2007b).

A Lei Maria da Penha em seu Artigo 7º especifica e caracteriza os tipos de violência.

Art. 7º São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos; [...] (BRASIL, 2006, p.17-18).

A violência física, segundo Sinclair (1985), pode se apresentar por meio de tapas, socos, chutes, empurrões, beliscões, tentativa de enforcamento, atirar objetos ou líquidos (tais como ácido) no rosto da vítima, queimar com cigarro, usar objetos para bater na vítima, fazê-la engolir substâncias desagradáveis ou prejudiciais, ou mesmo a utilização de armas como revólveres ou facas, podendo resultar em homicídio.

Para a violência sexual, segundo a mesma autora, encontram-se, como exemplos, a subestimação da mulher por meio de piadas, xingamentos, toques indesejados, atividades sexuais forçadas, ciúme excessivo, acusações sexuais, submetê-la a atos sexuais desprazerosos ou dolorosos, rejeição como parceira sexual e sujeitar a comparações desfavoráveis com outras mulheres.

Sinclair (1985) não diferencia violência emocional de violência psicológica e dá os seguintes exemplos: fazer ameaças, forçá-la a fazer atos degradantes, humilhá-la, fazer coisas que irão aterrorizá-la, atacar verbalmente sua personalidade, suas atitudes ou crenças ou ridicularizar os esforços que a mulher faz para progredir, controlar suas atividades,

atrapalhando suas rotinas, privando-a de suas necessidades básicas, isolando-a da família e de amigos, destruir a propriedade da mulher.

Mascarenhas et al. (2011), em estudo realizado com dados de notificação compulsória de casos de violência e agravos atendidos na rede hospitalar brasileira do SUS, mostrou que durante os anos de 2009 e 2010, foram notificadas 108.393 vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Desse total, 71.491 casos (66%) ocorreram em mulheres. Os tipos de violência que apresentaram maior ocorrência nesse grupo foram agressão física cometida em 61,7% dos casos, seguida de violência psicológica/moral (30,5%) e sexual (24,6%).

No entanto, conforme já afirmaram Brasil (2002) e Camargo, Dagostin e Coutinho (1991), independente dos números apontados pelas pesquisas, as estimativas ficarão sempre aquém dos possíveis índices da realidade. Isso se deve ao fato de ser um fenômeno que ocorre, muitas vezes, apenas no íntimo dos lares, entre quatro paredes, fazendo com que a violência doméstica passe despercebida, não relatada, podendo-se contar, para os registros, apenas com o que essas mulheres vêm a relatar, quando o fazem.

Isso acontece porque na maioria das vezes as mulheres não chegam a procurar os serviços sociais de atendimento às vítimas, como as Delegacias de Defesa da Mulher, por medo, insegurança, desconhecimento da existência desses recursos ou de seus direitos, vergonha, permanecendo no lar e fazendo permanecer este ciclo de violência para o resto de sua vida ou até deparar-se com o seu fim (BASSO, 1999; SINCLAIR, 1985; WILLIAMS, 2001a; 2001b).

Frente às dimensões que a violência contra mulher alcança, o Brasil demonstrou avanços ao apresentar planos de intervenção e legislação relacionadas a este grave problema. Todavia é mister a promoção de debates sobre a violência como fenômeno e as questões a ela relacionadas, destaca-se aqui a categoria gênero.

4.1 Violência como questão de gênero

A violência de gênero representa um problema de saúde pública ligado ao poder, privilégios e controle masculino, afetando o bem-estar das mulheres em seu direito e trazendo insegurança ao desenvolvimento pessoal e autoestima.

Sobre a violência de gênero, o Ministério da Saúde reconhece que as desigualdades sociais, econômicas, políticas e estruturais entre homens e mulheres, a diferenciação rígida de papéis, as noções de virilidade ligada ao domínio e honra masculina comum a essa sociedade, são determinantes da violência de gênero (BRASIL, 2005).

Violência contra a mulher é uma manifestação das relações sociais de sexo e poder, historicamente desiguais entre homens e mulheres, que ocupa lugar de grande destaque e suscita reflexões profundas, pela elevação dessas ocorrências no Brasil e no mundo (LEONARDI, 2007; SOUZA, 2006).

A mulher apresenta problemas e necessidades singulares de saúde diferentes das necessidades dos demais grupos que compõem a esfera social. Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a vulnerabilidade feminina frente a certos agravos está mais relacionada com as questões de gênero - como a sua situação de discriminação na sociedade - do que com fatores biológicos (BRASIL, 2004).

No Brasil, o que se entende sobre violência e gênero são construções históricas feministas (GROSSI, 1994). Na década de 70, a violência significava os homicídios das mulheres pelos seus maridos/companheiros; com a experiência dos centros de atendimento à Mulher (SOS Mulher) e das práticas de atendimento nas delegacias especiais, a violência passou a ser interpretada como violência doméstica e conjugal.

Nos anos 90 passa a ser compreendida como violência de gênero e a abranger outras violências como o assédio sexual, o abuso sexual infantil e as violências étnicas (GROSSI, 1994). Nessa época, a violência contra as mulheres passou a ser tratada como questão de saúde pública, cujos estudos apontavam para os reflexos da violência na saúde das mulheres (GROSSI, 2006).

No século XX, a Sociologia deu visibilidade à violência classificando-a na categoria sociológica conhecida como *gênero*. Essa categoria ampara tipos de violência decorrentes das relações desiguais entre os sexos. Desse modo, apesar da violência não ser um tema exclusivo da área de saúde, ele a afeta sobremaneira pelos danos físicos e psicológicos que ocasiona. Portanto, para compreender e analisar o impacto da violência na vida individual e social implica envolver outras nuances, como as condições socioeconômicas de uma população e as questões relacionadas ao estilo de vida (LUCENA et al., 2012).

A violência de uma forma geral e a violência contra a mulher tem sido reconhecida como questões que mantêm uma situação de comunicação com todas as áreas do conhecimento humano, por seu caráter transversal a todas as dimensões da experiência de viver de homens e mulheres (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2008).

Considerando os fenômenos históricos e sociais envoltos, a violência apresenta diferentes conteúdos e formas nas diversas sociedades tendo seu julgamento ético influenciado pela variação de valores culturais de cada uma delas. Minayo (2007, p. 24) corrobora com essa ideia ao afirmar: “[...] não se pode estudar a violência fora da sociedade que a gera, porque ela se nutre dos fatos políticos, econômicos e culturais, traduzidos nas relações micro e macrosociais [...]”.

A formulação de conceitos de violência é sugestionada pelas diferenças culturais, contudo certos aspectos que a envolve são mantidos, nas diversas sociedades e culturas, permitindo sua caracterização. Entre as características que mais se recorrem para conceituar a violência de gênero, encontram-se: o emprego da força física (dimensão biológica), a submissão e a opressão (dimensões psicológica e sociológica), concluem Schraiber et al., (2009).

Dados do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde demonstraram que quase metade das mulheres assassinadas é morta pelo marido ou namorado, atual ou ex. A violência responde por aproximadamente 7% de todas as mortes de mulheres entre 15 e 44 anos no mundo todo. Em alguns países, até 69% das mulheres relatam terem sido agredidas fisicamente, e até 47% declaram que sua primeira relação sexual foi forçada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Em uma pesquisa realizada também pela OMS no ano de 2002, em oito países, sendo o Brasil representado pelos estados de São Paulo e Pernambuco, pode-se verificar que a morbidade provocada pela violência doméstica e sexual atinge prioritariamente a população feminina, na faixa etária de 15-49 anos. No estado de Pernambuco, 34% das mulheres entrevistadas relataram ter sofrido violência física e/ou sexual por parte do parceiro e apresentaram problemas de saúde decorrentes do episódio, como: dores, desconforto severo, problemas de concentração e tontura; tentativas de suicídio e uso frequente de álcool, configurando a violência como uma questão de saúde física e mental (BRASIL, 2004).

Diante dessa realidade exposta, a violência praticada contra a mulher assume um enfoque diferenciado, uma vez que é praticada por um agressor que compartilha relações íntimas e afetuosas com a vítima. A aplicação da força física e/ou constrangimento psicológico que se impõe a alguma mulher contra seus interesses, vontades e desejos, resulta em danos à saúde física e mental pela violação da dignidade humana em sua integridade. É produzida sob a organização hierárquica do domínio masculino nas relações sociais entre os sexos, historicamente delimitadas, culturalmente legitimadas e cultivadas, nas quais a mulher está exposta a agressões objetivas e subjetivas, tanto no espaço público como no privado (SCHRAIBER et al., 2009).

Na mulher vítima de atos violentos, as consequências materializam-se em agravos biológicos, psicológicos, morais e sociais, que dificultam sua experiência de viver a igualdade humana e social plenamente. Uma mulher agredida apresenta menor rendimento no trabalho, quando não necessita ausentar-se deste para cuidar dos efeitos adversos. Existem os gastos de tratamento médico das sequelas deixadas pelas agressões, além do empobrecimento da saúde reprodutiva, que acarreta gastos a curto prazo como tratamento ginecológico, ou a longo prazo como tratamento de bebês nascidos com sequelas (BONOMI, 2003).

Os resultados encontrados nas diversas investigações sobre violência contra mulher explicitam a magnitude do problema e as inúmeras consequências à saúde física e mental, além de perdas potenciais no campo do desenvolvimento pessoal, social, afetivo e econômico.

Segundo Bonomi (2003), as consequências para a sociedade produzidas por essa violência demandam gastos que poderiam ser investidos em políticas públicas de intervenção e prevenção da violência em todos os seus níveis.

A violência perpetrada contra as mulheres é uma das manifestações extremas das relações sociais desiguais entre os sexos. Diante disto, Garbin et al. (2006) afirmam que a violência baseada no gênero constitui-se um fenômeno social que influencia sobremaneira o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres.

A violência contra a mulher na abordagem de gênero considera a diversidade dos processos de socialização de homens e mulheres contrapondo-se ao entendimento do enfoque hegemônico clássico, que “naturalizou” as desigualdades entre os sexos, determinando consequências que impactam a vida e as relações dos seres humanos, tanto no plano individual quanto no coletivo, distanciando a mulher de sua emancipação social. A contradição de gênero é uma das três grandes contradições produzidas na sociedade ocidental. As outras duas são referentes à classe e à raça/etnia (FONSECA, 2005; LUCENA et al., 2012).

Embora presente na maioria das sociedades a violência contra a mulher continua sendo um fenômeno invisível ou mesmo aceito socialmente como *normal*, afirmam Jaramillo e Uribe (2001). Sendo assim, as políticas públicas destinadas a prevenir e erradicar a violência e a promover a igualdade na perspectiva de gênero requerem mudanças sociais não apenas no modo como as mulheres trabalham e cuidam de si e de suas famílias, mas também como as instituições se envolvem nesses processos.

4.2 Violência contra a gestante

A gravidez é um período especial, tanto para a mulher grávida quanto para as pessoas do seu convívio, devido às mudanças físicas, profissionais, sociais e psicológicas pelas quais a mulher passa. A mulher grávida e o bebê que ela está gerando precisam de atenção e cuidados peculiares, tanto no ambiente familiar e social como também de serviços especializados da área de saúde (atendimento pré-natal).

Quando uma mulher encontra-se no período gestacional, busca-se oferecer-lhe condições agradáveis, ambientes harmônicos, de paz e tranquilidade, para que possa conceber sua gestação positivamente, de forma a maximizar o desenvolvimento e saúde do bebê, pelo menos é o que se espera quando as mulheres tem a sua volta condições propícias e ambientes encorajadores.

Entretanto, a realidade de muitas mulheres é diferente e está longe de prover-lhes tais condições. É o caso das mulheres – milhões delas tanto no Brasil como no mundo – que sofrem violência por parte do parceiro, encontrando-se, muitas vezes, em situações precárias de sobrevivência, afirma Bonomi (2003).

Recentemente, Taillieu e Brownridge (2010) realizaram um estudo de revisão de literatura e apontaram que as taxas de prevalência de violência contra gestantes têm sido diversas. Em relação à violência física, a prevalência variou de 0,9% a 30%, violência psicológica, as taxas foram entre 1,5% a 36% e quanto a violência sexual as taxas variaram entre 1,5% a 3,9%. Segundo estes autores as diferenças culturais e os graus de igualdade entre gêneros existentes poderiam explicar as variações de taxas entre países.

Jasinski (2004) também realizou uma revisão de literatura sobre a temática com pesquisas norte-americanas, encontrando uma variação de 1,5% a 23,9%. Enumerou alguns fatores que confirmaram associação entre violência contra gestantes e alguns fatores, tais como: baixo status socioeconômico (mensurado por nível educacional, salário e trabalho), ser jovem, história pregressa de violência, primeira experiência de maternidade e paternidade, baixo nível de suporte social, gravidez não desejada e/ou não planejada. Tais fatores poderiam contribuir com a presença de estresse e assim aumentar o risco de violência, frisa o autor.

Posto isto, a situação outrora descrita como ideal para a mulher que está vivenciando o período da gravidez, é obstaculizada diante do fenômeno da violência na gestação. O desrespeito à gestante por seu parceiro e pelos outros a sua volta demonstra a falta de apreço a uma fase quase sagrada na vida da mulher e da nova vida que ela guarda.

Ressalta-se aqui o fato de a mulher que sofre violência durante a gravidez ter tendência a demorar a começar o cuidado pré-natal. Isso pode ser prejudicial, na medida em que priva a mulher de receber a atenção, orientação e os cuidados básicos da gestação. Ademais, o pré-natal é uma oportunidade onde a mulher tem acesso a assistência de saúde,

podendo constituir-se em uma oportunidade de identificação da violência doméstica e de receber ajuda e orientação para tal (BONOMI, 2003).

A violência contra a mulher tem consequências que, por si só, merecem atenção, cuidados e tratamento adequados. Já durante o período da gravidez os efeitos da violência são outros e podem causar sérios danos para a saúde da mãe e do bebê. Bonomi (2003) destaca que abusos físicos repetidos podem causar fraturas no feto, hemorragia materna e fetal, ruptura do útero, fígado ou baço, atraso no desenvolvimento do bebê, descolamento prematuro da placenta e/ou parto prematuro, que podem gerar bebês com baixo peso; pancadas na barriga podem causar abortos e natimortos.

Mulheres grávidas que sofrem violência têm maior risco de uso de drogas e álcool, expondo o bebê ao risco de nascer com Síndrome Fetal de Abstinência de Álcool ou dependência de drogas, além de possíveis deformações. O medo de ser agredida faz com que a mulher que sofre violência deixe de se cuidar, principalmente com relação à alimentação e descanso, ambos essenciais para uma gravidez saudável (BONOMI, 2003).

A heterogeneidade que envolve o fenômeno violência no período gestacional é o principal impedimento para se estabelecer um padrão de relação entre violência e gestação. Os estudos até aqui realizados evidenciam a necessidade de um novo olhar sobre esta questão assim como a importância de novos estudos (AUDI et al., 2008).

4.3 Enfrentamento da violência contra a mulher nos serviços de saúde

A violência é um fenômeno que deve ser reconhecido e integrado à área da saúde, pois afeta as condições de vida, as relações interpessoais e a qualidade de vida da população (MINAYO, 2005b; MINAYO; SOUZA, 2003).

Vale ratificar que a prevalência de violência intrafamiliar constitui-se sério problema de saúde e grave obstáculo para o desenvolvimento social e econômico, e flagrante violação aos direitos humanos (BRASIL, 2002).

A violência que vitima diariamente as mulheres permanece camuflada no interior dos lares de milhões de brasileiros. A grande prevalência da violência intradomiciliar não

corresponde às estatísticas oficiais, e a realidade é, muitas vezes, atenuada. As vítimas geralmente omitem a real causa das lesões, seja por medo ou por afeto, dificultando o diagnóstico (FONSECA et. al., 2009; MONTEIRO, 2006).

Esse tipo de violência adoece não só as mulheres, como também toda a família, resultando em sérias implicações no processo de desenvolvimento psicossocial e no aumento da demanda nos serviços sociais e de saúde, afirma Gomes et al. (2012). No estudo de Audi et al. (2008) realizado na cidade de Campinas (SP) com 1.379 gestantes usuárias de unidades básicas de saúde, as taxas de prevalências foram de 19,1% para violência psicológica e 6,5% para violência física/sexual.

O enfrentamento da violência tem sido um desafio na trajetória da saúde, principalmente no âmbito da atenção básica. Oliveira et al. (2011) realizou um estudo com o objetivo de identificar as concepções dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde sobre violência e observou que o problema da violência pode passar silenciosamente pelos serviços de saúde, muitas vezes pela omissão da própria vítima. Entretanto, essa invisibilidade da violência perante os serviços de saúde também é construída graças ao despreparo dos próprios profissionais de saúde.

O estudo de Oliveira et al. (2011) também relatou que na trajetória profissional, todos os profissionais de nível superior da amostra estudada, tiveram algum contato com a questão da violência, a maioria em serviços de urgência/emergência, raramente em cenário da Atenção Primária à Saúde.

Outro estudo, realizado em Fortaleza (CE), demonstrou a importância dos profissionais de saúde em reconhecer possíveis situações de violência, visando orientar e encaminhar as vítimas às unidades de referência, de modo a prevenir a ocorrência de novos casos de violência (COSTA et al., 2011). Contudo, achados apontam que os profissionais da ESF não se sentem preparados para uma atuação efetiva desta problemática. Por vezes, a violência torna-se motivo de frustração e impotência, o que remete a lacunas históricas na formação profissional e na organização dos serviços de saúde (CARVALHO et al., 2008; FRANZOI; FONSECA; GUEDES, 2011; OLIVEIRA, FONSECA, 2007).

Diante desses dados, corrobora-se o dito por Deslandes e Minayo (2008) ao afirmarem sobre a existência de lacunas no atendimento da violência na esfera da atenção

primária, apesar do incentivo e das diretrizes para qualificar a assistência à população vítima desses agravos em todos os níveis do sistema de saúde.

Schwantes et al. (2011) descrevem a realidade comumente diante de indícios de violência vista da seguinte forma: a mulher não fala e os profissionais não perguntam, denunciando a dificuldade da comunicação, o silêncio e a invisibilidade do problema como consequências de sentimentos de medo, vergonha, preconceito, ou, descrédito de ambas as partes. Frente a isso, os profissionais de saúde precisam vencer algumas barreiras analisadas, tais como: falta de tempo; probabilidade de identificação com seus pacientes, o que dificulta a visibilidade dos casos de violência doméstica, por não acreditarem que pessoas, assim como elas, possam pertencer a um grupo de risco (SUGG; INUI, 1997).

Existem também barreiras institucionais, considerando que a instituição não oferece suporte ao atendimento, nem espaço privado para realizar a consulta, sem contar a falta de capacitação profissional. Destaca-se também que não estão sendo completamente cumpridas as normas de atenção estabelecidas, que contemplam a identificação e a valorização do risco (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

A violência é complexa e suas causas e efeitos estão integrados num sistema de mútuas influências, restringindo oportunidades de medicalização desta temática, ou seja, rejeita o modelo biomédico, cujo conhecimento é focado em intervenções técnicas circunscritas às doenças estudadas (HOLANDA, V.; HOLANDA, E.; SOUZA, 2013).

Os profissionais convivem diariamente com as dificuldades impostas no manejo da situação das vítimas de violência, a saber: dificuldades técnicas para obtenção de uma assistência resolutiva, despreparo das equipes, inexistência de insumos e de sistematização dos serviços (HOLANDA, V.; HOLANDA, E.; SOUZA, 2013). Esta pode ser considerada uma lacuna deixada em sua formação, pois os profissionais não têm sido instrumentalizados com tecnologias específicas para a abordagem de problemas complexos que fujam à lógica biologicista da atenção em saúde (FRANZOI; FONSECA; GUEDES, 2011).

Essa problemática representa um complexo obstáculo no contexto da formação de profissionais de saúde pois para enfrentar as variáveis envolvidas na questão da violência exige que sejam preparadas a partir de modelos de ensino que contemplem a saúde em seu

sentido biológico, social e psíquico, de modo integrado e prático (AMARO; ANDRADE; GARANHANI, 2008).

Vieira, Padoin e Landerdaha (2009) defendem que violência contra a mulher deve ter seu conteúdo ministrado formalmente na academia e em cursos que preparam para a assistência ao ser humano, como forma de ir ao encontro da atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, formando assim profissionais mais sensíveis para a identificação, atenção e enfrentamento da violência contra a mulher.

É fundamental para os profissionais de saúde dispor de sensibilidade para vislumbrar a violência como agravo à saúde e com necessidade de uma ação articulada visto que o fenômeno extrapola o setor saúde, levando à necessidade da articulação em rede, ressalta Gomes et al. (2012).

A ESF constitui-se em um espaço privilegiado do Sistema Único de Saúde (SUS) para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de pessoas em situação de violência. Ser integrante de uma equipe de saúde da família favorece ao profissional a oportunidade de ser primeiro a descobrir os sinais de violência por meio do acolhimento e do vínculo que cria com essas vítimas, e pode ter um impacto profundo na decisão da mulher de procurar ou não ajuda no momento desse acolhimento.

A violência contra a mulher pode deixar marcas importantes, e um profissional de saúde bem treinado poderá causar um impacto positivo sobre a saúde emocional e mental da vítima (HESSMILLER; LEDRAY, 2004).

Na atenção básica, alguns relatos têm mostrado experiências valorosas no enfrentamento da violência contra a mulher por parte da enfermagem. Um desses relatos aponta o acolhimento e a escuta como fatores importantes de cuidado, pois a mulher, ao perceber que pode contar com pessoas dispostas a ajudá-la, certamente se sentirá mais motivada a mudar sua realidade. Mostra também que estreitar o vínculo com famílias vulneráveis à violência doméstica tem ajudado a diminuir os abusos por parte do companheiro, o qual também percebe que a mulher não está só e que seu comportamento é sabido por outros (BIEHLER, 2004).

Por envolver diferentes fatores, seu enfrentamento demanda esforços coordenados e sistematizados de diversos setores governamentais, segmentos sociais e da população em geral. A ESF, na rede de apoio, possui uma posição privilegiada no diagnóstico dos casos de violência, principalmente as de ocorrência intrafamiliar. Isto se dá devido suas características essenciais: foco de atenção na tríade indivíduo-família-comunidade, na prevenção e na integração com a comunidade (BRASIL, 2008).

É comum, no enfrentamento dessa problemática, o acolhimento das mulheres em situação de violência doméstica, nos serviços de saúde, ocorrer de maneira fragmentada e pontual, pois os profissionais não estão preparados para atender, de maneira integral, essa demanda. Frente à prática clínica, esses atos tendem a se manter na invisibilidade, a conduta dos profissionais de saúde é de não acolhimento às necessidades das mulheres, restringindo suas ações a encaminhamentos, o que também nem sempre resulta em resposta adequada às demandas das mulheres (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008).

Schwantes et al. (2011), na busca dos motivos pelos quais os profissionais de saúde na atenção primária não visualizam a violência doméstica, ressaltou que um olhar mais atento à questão da violência é capaz de fornecer subsídios para intervenções dos processos de trabalho na atenção básica, visando à promoção do cuidado as vítimas de violência doméstica.

É imprescindível que os profissionais de saúde assumam uma postura de responsabilização pelos casos de violência identificados, mediante uma articulação entre os serviços que possibilitem o rompimento do ciclo de violência, identificando acolhendo, e, tratando as vítimas, ratifica Schwantes et al. (2011).

Estudos afirmam que, quando a assistência às mulheres não compreende a atenção aos aspectos biopsicossociais, ele se dá de forma fragmentada (GOMES et al., 2009). A complexidade do fenômeno da violência resulta em diferentes necessidades e demandas, portanto é fundamental a intersetorialidade no sentido de intervir nesta problemática. Para o atendimento integral à mulher em situação de violência é indispensável o trabalho envolvendo redes e parcerias (BISPO; ALMEIDA; DINIZ, 2007).

A realização de ações articuladas por diversos serviços que garantam apoio social, de saúde, policial e jurídico, é de grande importância no enfrentamento da violência contra a

mulher (GOMES et al. 2012) revelando o trabalho em rede como estratégia de enfrentamento e prevenção da violência contra a mulher.

5 MATERIAIS E MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Este é um estudo descritivo, realizado nos municípios de São Luís (MA) e Ribeirão Preto (SP), e é parte integrante da pesquisa “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras” (BRISA), desenvolvido pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) em parceria com a Universidade de São Paulo (USP).

Trata-se de uma coorte de conveniência iniciada durante o pré-natal (BRISA PRÉ-NATAL). Para este estudo, foram considerados os dados do município de São Luís (MA) no ano de 2010-2011, período em que 1447 gestantes foram recrutadas 04 unidades de saúde sendo elas Hospital Universitário Materno Infantil, Maternidade Benedito Leite, Maternidade Marly Sarney e Centro de Saúde Genésio Rego e serviços de ultrassonografia da rede pública e privada. Os critérios de inclusão adotados foram: gravidez única, idade gestacional de 22 a 25 semanas confirmada por ultrassom, realizada no primeiro trimestre gestacional.

Os dados sobre pré-natal foram coletados em dois momentos distintos, neste estudo utilizaram-se os dados coletados no 1º momento que ocorreu em março de 2010 a junho de 2011.

5.2 Amostragem

Foi utilizada amostra de conveniência, pela impossibilidade de se obter uma amostra aleatória representativa de mulheres grávidas, pois não há um registro único e confiável dessas mulheres e/ou daquelas que fazem pré-natal. Portanto, as mulheres foram contactadas em 04 unidades de saúde sendo elas Hospital Universitário Materno Infantil, Maternidade Benedito Leite, Maternidade Marly Sarney e Centro de Saúde Genésio Rego por ocasião de uma consulta pré-natal realizada até o 5º mês de gravidez e convidadas a comparecer ao Hospital Universitário Materno-Infantil em São Luís (MA) para participarem

da pesquisa. Esta etapa de recrutamento foi realizada pela equipe de recrutadoras do BRISA. Foram critérios de inclusão: ter realizado ultrassonografia obstétrica antes da 20ª semana de gestação, período em que se afere a idade gestacional com mais fidedignidade; e ter de 22 a 25 semanas gestacionais por ocasião da entrevista.

As gestantes interessadas e aptas a participar foram cadastradas e feito agendamento para comparecer ao Centro de Pesquisas Clínicas (CEPEC) em São Luís. Foi facultada a desistência sem qualquer prejuízo para a entrevistada e sua família, em todas as etapas da pesquisa.

As entrevistas foram programadas para acontecer quando as gestantes tivessem com 22 a 25 semanas, sendo lembradas do compromisso por telefone. Todas as gestantes recebiam informações detalhadas sobre os objetivos do estudo, logo após assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) e só assim a entrevista era iniciada. Foram incluídas todas as 1447 gestantes que compareceram para serem entrevistadas. Apenas uma gestante preferiu não participar, pois não concordou que o sangue coletado fosse guardado para novos testes, conforme constava no termo de consentimento, totalizando 1446 gestantes.

5.3 Instrumentos e variáveis

Foi utilizado para entrevista um questionário padronizado (ANEXO B) aplicado às gestantes, o qual continha blocos de perguntas, a seguir denominados: BLOCO A: Dados de Identificação; BLOCO B: Dados de Contato; BLOCO C: Dados Socioeconômicos e Demográficos.

Contudo, para este estudo foram utilizadas as seguintes variáveis: faixa etária, escolaridade, cor da pele, ocupação, renda familiar, classe social, com quem mora se com companheiro e/ou filhos. A renda familiar baseou-se no salário mínimo nacional da época (R\$ 510,00) e a classe social seguiu o mesmo critério da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (2010), que estima o poder de compra da população por meio do Classificação Econômica Brasil (CEB).

Para avaliar violência durante a gestação foi utilizado um questionário autoaplicável da OMS - Estudo Multipaíses sobre Saúde da Mulher e Violência contra a Mulher. O *Abuse Assessment Screen*, instrumento bastante conhecido e de fácil aplicabilidade, mostrou-se inadequado para este estudo, pois não dispõe de parâmetros para mensurar violência psicológica, apontado como o tipo mais comum (TAILLIEU; BROWNRIDGE, 2010).

Foi considerado **violência durante a gestação** quando a entrevistada respondeu afirmativamente a uma ou mais perguntas do diagnóstico de violência (ANEXO C).

Considerou-se **violência psicológica** quando a gestante assinalou “*uma vez*”, “*poucas vezes*” ou “*muitas vezes*” para uma das perguntas de 1T a 4T. **Violência física** foi considerada presente na gestação quando a entrevistada marcou “*uma vez*”, “*poucas vezes*” ou “*muitas vezes*” para as questões 5T a 10T. Para diagnóstico de **violência sexual**, correspondem as perguntas 11T a 13T. As entrevistadas deveriam assinalar a uma dessas questões para que se considerasse como tendo existido violência no período gestacional em curso. A questão 14T, corresponde a autoria da agressão.

Violência doméstica e familiar foi compreendida como qualquer violência praticada pelos seguintes sujeitos, independente de coabitação: parceiros íntimos, ex-parceiros íntimos, familiares e outros sujeitos residentes com as gestantes e familiares que não coabitavam com elas. **Violência comunitária** foi definida como qualquer tipo de agressão praticada por vizinhos, conhecidos e desconhecidos. Parceiro íntimo foi chamado marido/companheiro/namorado da gestante da época da entrevista, independente de coabitação.

5.4 Processamento dos dados

À medida que cada indivíduo da coorte foi identificado e seus dados coletados, os mesmos foram codificados e feita a conferência da codificação, a digitação e conferência da digitação, a cada 100 indivíduos incluídos no estudo. O processamento de dados do BRISA esteve a cargo de um operador de computação. A codificação foi realizada por outro pesquisador. Os coordenadores da pesquisa fizeram a revisão final dos questionários. Em caso

de dúvidas ou falhas no preenchimento, as fichas foram devolvidas para correção. A digitação foi realizada em duas cópias e depois realizada a comparação das duas digitações para correção de erros. Periodicamente foram feitas análises de consistência das informações coletadas através de confecção de tabelas e gráficos com os dados já arquivados em banco de dados.

5.5 Análise estatística

Os dados foram analisados e distribuídos em tabelas e gráfico categorizados por frequência e porcentagens. Não foram utilizados testes estatísticos.

5.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa cumpriu os critérios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão, conforme parecer consubstanciado nº 223/2009 (ANEXO D).

6 RESULTADOS

A caracterização da amostra foi realizada a partir de um universo de 1446 gestantes, no ano de 2010 em São Luís (MA), dentre estas 718 (49,65%) afirmaram ter sofrido algum tipo de violência durante a gravidez.

Nesta população a ocorrência de violência geral foi predominante na faixa etária de 20 a 34 anos de idade (82,17%), cor da pele parda (65,67%), com 9 a 11 anos de estudo (73,92%), que moravam com companheiro (74,79%) e não tinham os filhos no domicílio (42,60%). Em relação à ocupação, 51,53% estavam fora da população economicamente ativa, dentre as demais 21,03% exerciam funções não-qualificadas. A renda familiar esteve entre 1 a menor que 3 salários mínimos correspondeu a 48,33% das gestantes. Segundo a CEB 64,48% eram classe C (Tabela 1).

6.1 Tipo de agressão sofrida

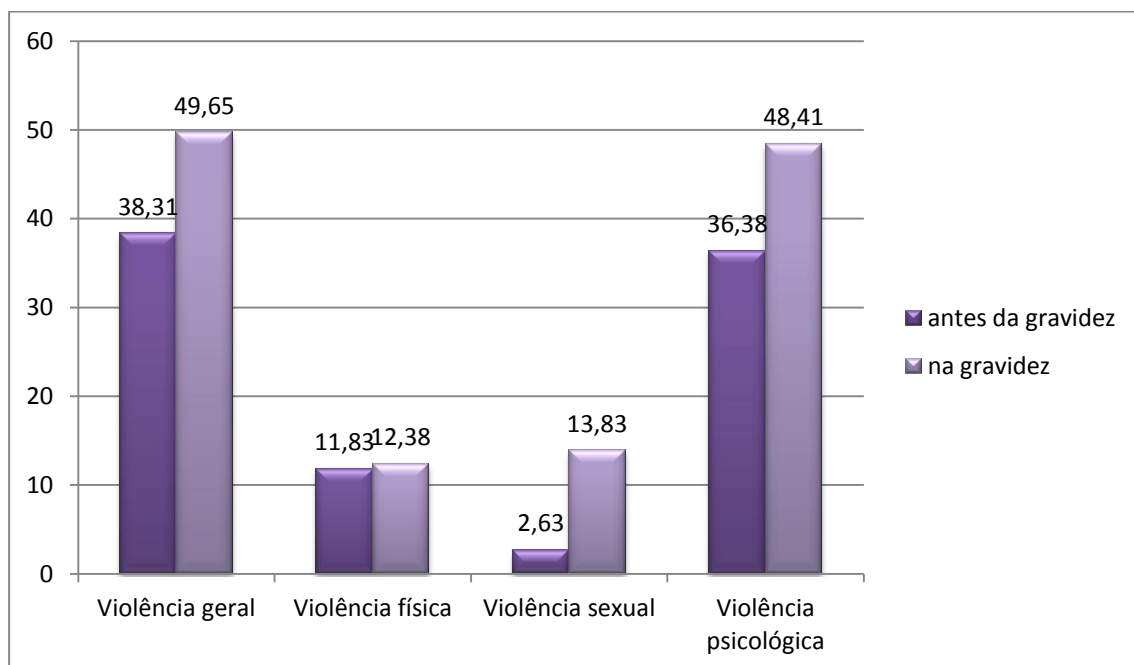
A violência psicológica foi a mais referida pelas gestantes (48,41%). Entre os casos de violência sexual (13,83%) ressalta-se que todos foram acompanhados de violência física, isto é, a gestante foi vítima de violência física e sexual simultaneamente (Figura 1). A ocorrência de superposição entre casos de violência física e sexual significa que entre gestantes que relataram violência física, também houve relatos de episódios de violência sexual e vice-versa. A violência física por 12,38% gestantes.

Tabela 1: Características socioeconômicas e demográficas das gestantes vítimas de violência, São Luís, Ma, 2010.

Variáveis socioeconômicas	Gestantes	
	N	%
Faixa etária		
<20	94	13,09
20-34	590	82,17
35+	34	4,74
Escolaridade Materna (anos de estudo)		
até 8	93	12,97
9 a 11	530	73,92
12 e mais	94	13,11
Cor da pele		
Branca	113	16,87
Negra	117	17,46
Parda	440	65,67
Ocupação		
Proprietárias, gerentes e profissionais de nível superior	26	3,62
Administradores de nível médio	94	13,09
Trabalhos manuais especializados	13	1,81
Trabalhos manuais semi-especializados	64	8,91
Trabalhos manuais não-especializados	151	21,03
Desempregada	370	51,53
Renda familiar (por salário mínimo)		
< 1	56	7,80
1 a < 2	196	27,30
≥ 2 a < 3	151	21,03
≥ 3 a < 5	126	17,55
≥ 5 a <10	58	8,08
≥ 10	16	2,23
Classificação Econômica Brasileira		
Classe A	7	0,97
Classe B	124	17,27
Classe C	463	64,48
Classe D	121	16,85
Classe E	3	0,42
Mora com companheiro		
Sim	537	74,79
Não	181	25,21
Mora com filhos		
Sim	302	42,06
Não	416	57,94

*O total dos números diferiram devido aos valores ignorados

Figura 1: Tipo de violência sofrida e período em que ocorreu a agressão, São Luís, Ma, 2010.



6.2 Características socioeconômicas e demográficas das gestantes

A violência física esteve presente em gestantes na faixa etária de 20 a 34 anos de idade (84,36%), de cor da pele parda (65,90%), com 9 a 11 anos de estudo (72,07%), que moravam com companheiro (72,07%) e não tinham os filhos no domicílio (52,01%). Em relação à ocupação, 56,98% estavam fora da população economicamente ativa, dentre as demais 20,11% exerciam trabalhos manuais não-especializados. A renda familiar foi entre 1 a menor que 3 salários mínimos correspondeu a 47,48% das gestantes, ressaltando-se que 11,17% contavam com menos de 1 salário mínimo ao mês e 15,64% desconheciam sua renda familiar. Considerando a CEB, 64,48% eram classe C.

A violência sexual em gestantes foi mais predominante na faixa etária de 20 a 34 anos de idade (84,50%), cor da pele parda (65,98%), ter 9 a 11 anos de estudo (71,50%), morar com o companheiro (73,00%) e não ter filhos no domicílio (52,00%). O desemprego foi referido por 55,50%. Entre as que exerciam atividades remuneradas, 21,00% exerciam trabalhos manuais não-especializados. A renda familiar variou entre 1 a menor que 5 salários

mínimos, sendo 30,00% com renda de 1 a menor que 2 salários; 16,50% entre 2 a menor que 3 salários; e, 17,00% entre 3 a menor que 5 salários. Contudo 12,50% das gestantes contavam com menos de 1 salário mínimo ao mês e 14,50% desconheciam sua renda familiar, 62,50% compunham a classe C.

A violência psicológica em gestantes manteve o padrão encontrado nos demais tipos de violência. Faixa etária de 20 a 34 anos de idade (82,00%), pele parda (65,39%), com 9 a 11 anos de estudo (74,25%), morar com o companheiro (74,29%) e não ter filhos no domicílio (57,71%). Quanto à ocupação, 52,14% estavam fora da população economicamente ativa, dentre as demais 21,00% exerciam funções não-qualificadas. A renda familiar entre 1 a menor que 3 salários mínimos correspondeu a 48,42% das gestantes e 15,86% desconheciam sua renda familiar, 64,00% eram classe C (Tabela 2).

6.3 Autoria da agressão

Os achados deste estudo apontam para uma variedade quanto à autoria de atos violentos contra a gestante. Quando perguntadas sobre o autor da agressão 32,01% eram o atual marido/companheiro/namorado; 12,25% eram irmão, irmã ou outro familiar que mora na mesma residência; 11,49% eram vizinho ou outra pessoa conhecida; 11,03% eram ex-marido/companheiro/namorado e mãe (Tabela 3); e 18,99% responderam outros. Entre estes, destaca-se a frequência de violência comunitária caracterizada como qualquer tipo de agressão praticada por vizinhos, conhecidos e desconhecidos.

Tabela 2: Características socioeconômicas e demográficas das gestantes vítimas de violência segundo o tipo de violência sofrida, São Luís, Ma, 2010.

Variáveis socioeconômicas	Tipos de Violência					
	Física		Sexual		Psicológica	
	N	%	N	%	N	%
Faixa etária						
<20	24	13,41	24	12,00	93	13,29
20-34	151	84,36	169	84,50	574	82,00
35+	4	2,23	7	3,50	33	4,71
Escolaridade (anos de estudo)						
até 8	30	16,76	36	18,00	90	12,88
9 a 11	129	72,07	143	71,50	519	74,25
12 e mais	20	11,17	21	10,50	90	12,88
Cor da pele						
Branca	27	15,61	29	14,95	109	16,69
Negra	32	18,50	37	19,07	117	17,92
Parda	114	65,90	128	65,98	427	65,39
Ocupação						
Proprietárias, gerentes e profissionais de nível superior	6	3,35	7	3,50	25	3,57
Administradores de nível médio	20	11,17	20	10,00	89	12,71
Trabalhos manuais especializados	1	0,56	3	1,50	11	1,57
Trabalhos manuais semi-especializados	14	7,82	17	8,50	63	9,00
Trabalhos manuais não-especializados	36	20,11	42	21,00	147	21,00
Desempregada	102	56,98	111	55,50	365	52,14
Renda familiar (por salário mínimo)						
< 1	20	11,17	25	12,50	54	7,71
1 a < 2	56	31,28	60	30,00	194	27,71
≥ 2 a < 3	29	16,20	33	16,50	145	20,71
≥ 3 a < 5	28	15,64	34	17,00	123	17,57
≥ 5 a <10	14	7,82	15	7,50	57	8,14
≥ 10	4	2,23	4	2,00	16	2,29
Não sabe	28	15,64	29	14,50	111	15,86
Classe social						
Classe A	2	1,12	2	1,00	7	1,00
Classe B	25	13,97	26	13,00	124	17,71
Classe C	111	62,01	125	62,50	448	64,00
Classe D	39	21,79	45	22,50	118	16,86
Classe E	2	1,12	2	1,00	3	0,43
Mora com companheiro						
Sim	129	72,07	146	73,00	520	74,29
Não	50	27,93	54	27,00	180	25,71
Mora com filhos						
Sim	85	47,49	96	48,00	296	42,29
Não	94	52,51	104	52,00	404	57,71

*O total dos números diferiram devido aos valores ignorados

Tabela 3: Descrição dos autores das agressões sofridas pelas gestantes, São Luís, Ma, 2010.

Autor da agressão	N	%
Atual marido/companheiro/namorado	209	32,01
Ex-marido/companheiro/namorado	72	11,03
Pai	17	2,60
Padrasto	02	0,31
Mãe	23	3,52
Irmão, irmã ou outro familiar que mora na mesma residência	80	12,25
Familiar que não reside com você	39	5,97
Vizinho ou outra pessoa conhecida	75	11,49
Outros	124	18,99
Atual marido/companheiro/namorado e Mãe	06	0,92
Ex-marido/companheiro/namorado e Mãe	03	0,46
Irmão e Mãe	02	0,31
Padrasto e Irmão	01	0,15
Total*	653	100,00

*Excluído os ignorados e as gestantes que não sofreram violência

7 DISCUSSÃO

Na busca de um melhor conhecimento sobre as facetas da violência contra a mulher, o presente estudo procurou contribuir identificando as características que permitissem traçar um perfil socioeconômico das mulheres vítimas de violência durante o período gestacional.

Este estudo é a primeira coorte ludovicense que caracteriza a violência contra a mulher durante a gestação categorizando a violência em física, sexual e psicológica.

A violência esteve presente durante a gestação de 49,65% mulheres, sendo a violência psicológica a mais frequente. O aumento da violência sexual foi expressivo (11,29%). Observou-se que independente do tipo de violência – física, sexual e/ou psicológica – as gestantes apresentaram o mesmo padrão socioeconômico: idade entre 20 a 34 anos, cor da pele parda, com 9 a 11 anos de estudo, morar com o companheiro e não ter filhos no domicílio, encontrar-se fora da população economicamente ativa, renda familiar entre 1 a menor que 3 salários mínimos e ser da classe C. O atual marido/companheiro/namorado foi apontado como autor da agressão na maioria das ocorrências.

Esta alta prevalência de violência durante a gestação encontrada ressalta a importância do tema ser incorporado à rotina dos serviços de saúde que atendem a mulher. Existem casos em que a situação de agressão começa ou é intensificada durante o período gestacional. A literatura mostra que de 4 a 25% das gestantes sofrem algum tipo de violência. Este percentual varia de acordo com a população estudada, as definições de violência e os métodos utilizados para identificá-la (CASTRO; RUIZ, 2004; GIORDANI, 2006).

A gravidez como fator de proteção ou de risco para a violência contra mulher ainda é uma discussão entre os estudiosos do tema. Pesquisas feitas por Silva et al. (2011) e Menezes et al. (2003) mostram que há diminuição, principalmente da violência física; outras como a de Martin (2001), revelam que os percentuais não se alteram; já a pesquisa de Burch e Gallup Jr (2004) mostram o seu surgimento ou aumento da ocorrência de violência; e há ainda achados que mostram baixa incidência, em torno de 1% dos casos (GUO et al., 2004).

Stewart (1994) já apontava para esta variação no padrão de violência quando a mulher encontra-se grávida. Porém Campbell, Oliver e Bullock (1993) apontam para a discordância existente na literatura considerando que este mesmo padrão também ocorre em situações fora da gestação. Neste estudo a variação dos tipos de violência foi baixa quando comparado aos períodos de ocorrência antes ou durante a gravidez exceto para violência sexual que apresentou um aumento de 11,20% durante a gravidez. Diante deste fato, mulheres grávidas relatando agressão anterior à gravidez, Schraiber et al. (2002) reforça quanto a urgência de aumentar a possibilidade de revelação do problema na assistência pré-natal.

Neste estudo os resultados encontrados, com exceção daqueles relativos a violência sexual, assemelharam-se aos de Castro, Peek-Asa e Ruiz (2003) no México e de Schraiber et al. (2007c) no Brasil, pois no estudo destes autores não houve mudança na prevalência de violência quando comparados os períodos de ocorrência, antes e durante a gestação. Lembra-se mais uma vez que a variação entre as prevalências advém das diferentes definições de violência, aos diferentes tamanhos e processos de seleção da amostra e aos métodos de estudo.

Quanto à violência sexual, esse é o tipo de agressão menos avaliada e em alguns estudos encontrada em menor frequência. As prevalências variam de 1,5% a 6,8%, antes da gravidez (GUO et al., 2004; MACY et al., 2009); e de 1,3% a 4,0%, durante a gestação (MACY et al., 2009; SCHRAIBER et al., 2007c). Ao comparar com frequência de violência sexual na gestação encontrada neste estudo observa-se que foram de 2 a 3 vezes maiores.

A idade das gestantes vítimas de violências concentrou-se na faixa etária de 20 a 34 anos. Diferente de outros estudos nos quais se percebe uma diluição dos casos nas demais faixas etárias como pode ser visto na análise dos tipos de violência sofrida no período gestacional realizada por Silva et al. (2009) que encontrou a seguinte distribuição da faixa etária: 56%, 20-29 anos; 23%, 30-39 anos; 14%, 10-19 anos e 7%, acima de 40 anos.

Nesta amostra, a frequência de violência foi maior nas gestantes com 9 a 11 anos de estudos. Esses dados discordam dos resultados de estudos que encontraram índices maiores de violência em mulheres de baixa escolaridade. Numa pesquisa que buscou determinar a violência física durante a gravidez, os níveis mais baixos de escolaridade mostraram-se fator risco de valor significativamente maior (MENEZES et al., 2003). Silva et al. (2009) encontrou

nível de escolaridade baixo, com menos de seis anos de estudo na maioria das gestantes que sofreram violência.

Quanto a renda familiar, Menezes et al. (2003) não encontraram diferença na frequência de violência entre as mulheres com e sem trabalho remunerado. Silva (2006) afirma que a renda familiar quando associada à violência contra a mulher não apresentam significância estatística.

É dito que a condição socioeconômica pode estar associada à violência, porém num estudo que entrevistou um grupo de Agentes Comunitários de Saúde de Brasília (DF) considerou que pode haver violência tanto em lares de pessoas ricas quanto pobres, tanto na classe alta quanto na média, podendo variar apenas o tipo da violência (SCARANTO et al. 2007). Portanto, é importante não limitar a análise da violência contra a mulher apenas para os estratos sociais menos favorecidos, visto que esta se desenvolve de forma silenciosa e não escolhe raça, crença, classe social ou econômica para manifestar-se, conforme apontam os resultados encontrados.

Estudo realizado com gestantes de alto risco na cidade do Rio de Janeiro (RJ) encontrou distribuição de renda familiar semelhante aos da nossa coorte em São Luís (MA) (SILVA, 2009).

A violência contra a mulher é um fenômeno multidimensional que independe de classe social, cultura, nível de desenvolvimento econômico e que pode ocorrer em qualquer etapa da vida (SAFFIOTI, 1997, SOARES, 2005). Na realidade da população aqui estudada os dados apontam para violência física, sexual e psicológica com frequência semelhante em todas classes sociais. Contudo, observou-se maior concentração de casos de violência na classe C. Este achado confirma os argumentos de referenciais teóricos de gênero de que a violência contra a mulher é um fenômeno que perpassa todas as classes sociais.

No presente estudo aproximadamente 75% das gestantes que sofreram violência na gravidez declararam morar com o companheiro. Ao considerar estado civil, os resultados do estudo de Silva et al. (2009) corroboraram com os aqui apresentados ao apontar 67% de gestantes autodeclaradas casada, amaziadas e união sem reconhecimento burocrático legal. De mesmo modo, o estudo de Costa et al. (2011) que objetivava identificar os principais tipos de

violência contra mulheres apresentou 81,2% das agressões tendo como perpetradores o companheiro que residia com ela.

A Unidade de Investigação Epidemiológica e de Serviços de Saúde do México, ao investigar 383 mulheres, apontou que dentre estas, 120 (31,1%) relataram terem sido expostas à violência psicológica e/ou física e/ou sexual por parte de seu parceiro durante a gravidez atual (DOUBOVA et al., 2007).

Embora alguns autores sugiram que se interprete esta associação no sentido de a violência ser decorrência do maior estresse vivido por famílias com muitos filhos. O estudo de Ellsberg et al. (1999) sugere interpretação inversa corroborando o encontrado nesta pesquisa.

No Brasil, os resultados de um estudo realizado em Campinas (SP) trazem a prevalência de casos de violência de 14,8% entre 1379 gestantes acompanhadas em pré-natal. Pesquisas com puérperas em maternidades públicas apontam taxas de violência por parceiro íntimo na gestação que variam de 7,4% (MENEZES et al., 2003) e 18,2% na forma física, e 61,7% na psicológica (MORAES; REICHENHEIM, 2002).

Contudo, mulheres solteiras, aquelas com parceiros sem relacionamento sexual e aquelas com namorado com relação sexual, mas sem coabitação, apresentam maior prevalência de violência por parceiro íntimo na gestação do que aquelas que convivem com os parceiros, também foram achados em outros estudos (BACCHUS, MEZEY, BEWLEY, 2003, COKER, SANDERSON, DONG, 2004, JOHNSON et al., 2003).

Taillieu e Brownridge (2010) observaram que as pesquisas interrogavam sobre a identidade de quem praticou a violência, mas equivocadamente analisavam todos os autores juntos. Neste trabalho, foi feita uma categorização dos autores da agressão.

Os casos de violência perpetrada pelo próprio companheiro encontrados neste estudo (32,01%) confirmam sua prevalência e também sua gravidade, pois ao se considerar a possibilidade de convivência diária com situações de agressão, que em muitos casos demoraram até 10 anos para culminarem com a denúncia. E que ainda assim, após a denúncia, não se pode afirmar se com esta houve o fim da violência, completam Costa et al., (2011).

As mulheres têm maior risco de serem violentadas em relações com familiares e pessoas próximas do que com estranhos, observando-se que, na maioria das vezes, o agressor

tem sido o próprio cônjuge ou parceiro (KRONBAUER; MENEGHEL, 2005). Na amostra estudada, os familiares que moravam na mesma residência (irmão, irmã e outros) tiveram participação importante como autores de agressão contra a gestante (12,25%).

Esses dados concordam com a literatura que aponta o ambiente doméstico/familiar como principal lugar de violência contra mulheres (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007; SCHRAIBER et al., 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A violência vivenciada pela gestante ainda é de difícil abordagem nas relações pessoais e profissionais. As mulheres que vivenciam essas situações sentem-se coibidas em declarar as agressões de parceiros e familiares e, ainda, alguns atos de violência não são reconhecidos por eles, nem por essas mulheres, e nem mesmo por profissionais de saúde (MEDINA; PENNA, 2008).

A prevalência de violência física encontrada neste estudo aproxima-se dos resultados descritos por Stewart e Cecutti (1993), estimando prevalência de violência física de 10,9% antes e 6,6% durante a gestação, porém autores como Canterino et al. (1999) apresentaram taxas mais elevadas, com prevalência de violência física de 36% tanto antes como durante a gravidez, e Purwar et al. (1999) taxas de 25 e 22%, respectivamente.

Nos dados de Silva et al. (2009), com amostra de vinte e quatro mulheres que sofreram algum tipo de violência durante o período gestacional, a maioria relatou agressão física (67%). A agressão física esteve presente em 55,5% das grávidas entrevistadas por Schraiber et al. (2002) e todas sofreram agressões na barriga.

Durante a gestação, o aumento de todos os tipos de violência - física, sexual e psicológica - foi o padrão encontrado neste estudo. Estes dados diferem de outros estudos que afirmaram que na gravidez a violência física diminuiu e a psicológica aumentou (CASTRO, PEEK-ASA E RUIZ, 2003; SCHRAIBER et al., 2007). A observação desses dados demonstrou que o período gestacional não manteve a mulher protegida de situações violentas.

A violência sexual foi a que apresentou maior alteração no seu padrão de ocorrência no ano de 2010 nas gestantes de São Luís, passando de 2,63% antes da gravidez para 13,83% na gravidez. Este é um achado pouco comum quando comparado aos resultados encontrados em outras publicações. Ainda hoje, em muitas sociedades a mulher não entende o sexo forçado como violência, caso ela esteja casada ou vivendo com o agressor. No entanto,

alguns países já reconhecem o estupro, no matrimônio, como crime; em outros, o esposo ainda tem o direito legal de acesso sexual ilimitado à esposa (SCARANTO et al. 2007).

A violência psicológica mostrou-se predominante neste estudo corroborando os resultados de Costa et al. (2011) e de Moura et al. (2009). Esta elevada frequência, aponta para uma maior visibilidade das agressões psicológicas que muitas vezes não são percebidas como violência por não serem atos imoderados que deixam danos físicos severos. O que ocorre, é que a violência psicológica contra a mulher se tornou tão corriqueira que deixou de ser percebida como agressão.

Estudo realizado com mulheres violentadas, residentes em área economicamente vulnerável de Brasília-DF, sinalizou a prevalência de violência psicológica em 80,2% das mulheres pesquisadas (MOURA et al., 2009). Entretanto, ressalta-se que este é um dado pouco relatado na literatura que comumente enfatiza apenas a questão da violência física e sexual (BEGUM et al., 2010; SILVA et al., 2010).

As consequências negativas da violência psicológica afetam o comportamento da mulher, e durante a gravidez podem dificultar a realização das consultas pré-natais ou provocar o início tardio dessa assistência. No período gestacional a mulher passa por grandes transformações, as perdas e ganhos emocionais aguçam sua fragilidade. Considerando isto, é importante o reconhecimento da violência sofrida pelos profissionais de saúde e ainda a promoção de acolhimento e respeito enquanto cidadãs, já que muitas mulheres reconhecem o serviço de saúde como forma de amparo para os seus problemas (SILVA et al., 2009).

A violência psicológica pode ser considerada como a mais perversa, entre os outros tipos de violência, em decorrência das marcas irremediáveis que deixa, perdurando por muito tempo ou, às vezes, por toda a vida, da mulher que a sofre. A frequência da violência psicológica deve ser vista como um alerta para os profissionais de saúde, pois apesar deste tipo de agressão não deixar sinais visíveis como a física, sua gravidade e suas consequências para a mulher, tanto na gravidez como no puerpério precisam ser consideradas (LUDERMIR, 2010). A violência física se constitui em gravidade, sendo superada, em intensidade, pela violência psicológica.

Portanto refletir sobre as formas de prevenção da violência psicológica, as quais podem ser pensadas como estratégias de prevenção da violência de modo geral, isto é, não somente da violência familiar, mas também da institucional e social (SILVA et al., 2007).

Os serviços de saúde devem estar atentos aos casos de mulheres vítimas de violência durante a gestação. Características do tipo socioeconômicas, demográficas, reprodutivas e relativas aos hábitos de vida, por si só, aumentam os riscos de complicações no período gestacional para díade materno-infantil. Ademais essas mulheres ainda podem apresentar problemas decorrentes da violência, tais como depressão, baixa autoestima, sangramentos vaginais frequentes, ameaça de trabalho de parto prematuro, dentre outros (MORAES et al., 2010).

Este estudo evidenciou que o início da violência se deu antes da gravidez e que passou a ocorrer com maior frequência no período gestacional. Diante desses resultados, ratifica-se a importância em abordar este tema desde a primeira consulta nos serviços de saúde, buscando-se identificar as famílias que vivenciaram conflitos conjugais, mesmo antes da atual gestação. Com vistas a preencher previsíveis falhas na identificação da violência durante o pré-natal, Moraes et al. (2010) sugerem que a prática de identificar situações de violência deveria fazer parte da rotina de internação e atendimentos das maternidades, especialmente para aquelas gestantes que iniciaram tardiamente e/ou tiveram um número reduzido de consultas pré-natais.

Os profissionais de saúde devem representar uma chance de ajuda para mulheres em situação de violência, pois se essa situação não for compreendida, é possível que essa situação não seja desvelada. Entretanto, diagnosticar tais problemas requer conhecimento e desenvolvimento da escuta sem julgamentos e do olhar treinado para identificar os possíveis casos de violência doméstica (RIQUINHO; CORREIA, 2006).

A violência contra as mulheres na cotidianidade dos serviços de saúde é fato. Comprovado isto, advém a necessidade de capacitar os profissionais e de estabelecer parcerias com outros serviços, considerando que a violência contra a mulher exige abordagem e intervenção interdisciplinares e intersetoriais (OLIVEIRA; FONSECA, 2007).

8 CONCLUSÕES

Verificou-se que o perfil das mulheres pesquisadas vítimas de violência durante a gestação correspondeu a mulheres jovens, de pele parda, com 9 a 11 anos de estudo, com renda familiar média de até 3 salários mínimos, faziam parte da classe C, viviam com o companheiro e sem a companhia dos filhos.

Os resultados encontrados permitem afirmar que a violência contra a mulher pode acontecer a qualquer momento, inclusive na gravidez, independente de cor, escolaridade ou classe social e de diferentes formas (violência física, sexual e/ou psicológica). As mulheres grávidas, assim como as demais, são violentadas sendo o marido/companheiro/namorado atual o principal agressor. O estudo ressaltou uma realidade diferente da descrita na literatura ao apontar aumento na frequência.

Considerando todo o conhecimento consolidado sobre violência contra a mulher e o aparato jurídico, aqui sustentado principalmente pela atual Lei Maria da Penha, o número de mulheres vítima de violência ainda é significativo, incluindo neste quantitativo mulheres grávidas. E diante desta situação, o despreparo dos profissionais em identificar estes casos torna o problema ainda mais grave.

O predomínio de casos da violência psicológica encontrada neste estudo denuncia a dificuldade de visualização da agressão sofrida por estas mulheres, o fato deste tipo de violência não se demonstrar pelas marcas físicas dificultam sua identificação no atendimento pelos profissionais de saúde. Portanto, é evidente a necessidade de sensibilização e capacitação destes profissionais em realizar uma escuta ativa e ampliar o olhar para os pequenos sinais implícitos nas palavras das mulheres violentadas.

Embora o problema da violência seja complexo, assim como sua resolução, acredita-se que é imprescindível abordá-lo é tirá-lo da invisibilidade. A violência devasta a vida, destrói os sonhos e minimiza a dignidade das mulheres. É responsabilidade de toda a sociedade mobilizar-se contra esse problema que apresenta proporções mundiais.

Como um problema de saúde pública, acredita-se que a violência contra a mulher deva ser ministrada formalmente, como conteúdo disciplinar, na academia e em cursos que preparam para a assistência ao ser humano, como forma de ir ao encontro da atual Política

Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, buscando sensibilizar profissionais para importância de, na sua atuação, identificar e ser pró-ativo no enfrentamento da violência contra a mulher.

O setor saúde desempenha hoje um importante papel na detecção, divulgação e combate dessa violência, ou mesmo na redução de problemas de saúde reprodutiva relacionadas à violência. É para lá que as gestantes se encaminham em busca de atendimento, e nesse momento o profissional deve estar atento aos sinais presentes ou sugestivos de violência, dando especial atenção à escuta e identificando a rede de atenção para o enfrentamento da violência, a fim de poder orientar e fazer os encaminhamentos necessários.

É preciso que essa temática seja ainda mais discutida e analisada pelo setor saúde, com ênfase nos profissionais que atuam na atenção básica, considerando que o abuso praticado contra a mulher grávida tem prevalência significativa e a assistência pré-natal pode ser o momento oportuno para a identificação do problema.

Este estudo pretendeu contribuir na reflexão dos profissionais de saúde e da sociedade em geral com o intuito de colaborar para prevenção da violência através do conhecimento das características das vítimas de violência na gravidez diante das várias formas como ela pode se apresentar, desmitificando a violência como fato isolado ou preponderante a determinantes socioeconômicos.

Ao final desta caracterização da violência que incide sobre a mulher grávida, evidenciam-se lacunas e perguntas para dar continuidade à discussão desse tema, quer seja nos serviços, no levantamento de outros dados e/ou em espaços de debate coletivo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. S. (Org.). **Violência de gênero e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: UERJ, 2007. (Série Didáticos). 262 p.
- AMARO, M. C. P.; ANDRADE, S. M.; GARANHANI, M. L. A Atuação do Serviço de Saúde na Violência sob o Olhar de Lideranças Comunitárias de Londrina (PR). **Saúde Soc.** 2008;17(3):171-180.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISAS. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas, 2010. Disponível em <<http://www.abep.org>>. Acesso em 06 fev. 2014.
- AUDI, Celene Aparecida Ferrari et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.42, n.5, p. 877-85, 2008.
- BACCHUS, L.; MEZEY, G.; BEWLEY, S. Domestic Violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**. 2003; 113: 6-11.
- BASSO, A. F. T. **A violência denunciada contra a mulher na cidade de São Carlos**. 1999. Monografia (Bacharelado em Psicologia) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos – SP, 1999.
- BEGUM, S. et al. Association between domestic violence and unintended pregnancies in India: Findings from the National Family Health Survey-2 data. **Natl Med J India**. 2010; 23(4):198-200.
- BIEHLER, C. M. A enfermagem frente à violência doméstica: experiência em Unidade de Saúde. In: LUZ, A. M. H.; MANCIA, J.R.; MOTTA, M. G. C. **As amarras da violência: a família, as instituições e a enfermagem (organizadoras)**. Brasília: ABEN, 2004. 128-134.
- BISPO, T.C.F.; ALMEIDA, L. C. G.; DINIZ, N. M. F. Violência conjugal: desafios para os profissionais de saúde. **Rev bras enferm**. 2007; 21:11-8.
- BONOMI, Mírian Regina. **Caracterização da violência conjugal durante o período de gravidez em mulheres com histórico de violência doméstica**. 2003. Monografia (Bacharelado em Psicologia) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos – SP, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma técnica: prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes e crianças**. Brasília, DF, 2005.
- _____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: 2004.
- _____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318.

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

_____. _____. **Temática prevenção de violência e cultura da paz III**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2008. T45

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha**: Lei nº. 11.340. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. 31 p.

BURCH, R. L.; GALLUP JR, G. G. Pregnancy as a stimulus for domestic violence. **J Fam Viol**. 2004;19(4):243-7. DOI:10.1023/B:JOFV.0000032634.40840.48

CAMARGO, B. V.; DAGOSTIN, C. G.; COUTINHO, M. Violência Denunciada Contra a Mulher: A Visibilidade Via Delegacia da Mulher em Florianópolis. **Cadernos de Pesquisa**. (78), 51-57. 1991.

CAMPBELL, J. C.; OLIVER, C.; BULLOCK, L. Why battering during pregnancy? **AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs**. 1993;4:343-9.

CANTERINO, J. C. et al. Domestic abuse in pregnancy: a comparison of a self-completed domestic abuse questionnaire with a directed interview. **Am J Obstet Gynecol** 1999; 181:1049-51.

CARVALHO, Q. C. M. et al. Violência contra criança e adolescente: reflexão sobre políticas públicas. **Rev Rene**. 2008; 9(2):157-64.

CASTRO, R.; RUIZ, A. Prevalence and severity of domestic violence among pregnant women, Mexico. **Rev Saúde Pública**. 2004;38(1):62-70.

CASTRO, R.; PEEK-ASA, C.; RUIZ, A. Violence against women in Mexico: a study of abuse before and during pregnancy. **Am J Public Health**. 2003;93(7):1110-6.

COKER, A. L.; SANDERSON, M.; DONG, B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. **Pediatr Perinat Epidemiol**. 2004;18(4):260-9.

COOK, R. J.; DICKENS, B. M.; FATHALLA, M. F. **Saúde reprodutiva e direitos humanos**: integrando medicina, ética e direito. Rio de Janeiro (RJ): CEPIA & Oxford, 2004.

CORREA, S.; PETCHESKY, R. **Direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva feminista**. São Paulo (SP): UNICAMP; 1993.

CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. **Balanço 1998-2002**: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p.319-35.

COSTA, A.M. et al. Violência contra a mulher: caracterização de casos atendidos em um centro estadual de referência. **Rev Rene**. Fortaleza, 2011 jul/set; 12(3):627-35.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Bogotá, v. 24, n. 6, p. 430-440, 2008.

DOUBOVA, S. V. et al. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. **Rev. Saúde Pública** [periódico na Internet]. 2007 Ago [citado 2009 Maio 17]; 41(4): 582-590. Disponível em:http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400012&lng=pt. doi: 10.1590/S0034-89102007000400012.

DURAND, J. G; SCHRAIBER, L. B. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. **Rev Bras Epidemiol**. v.10, n.3, p.310-22, 2007.

ELLSBERG, M. C. et al. Wife Abuse Among Women of Childbearing Age in Nicaragua. **Am J Public Health** 1999; 89: 241-4.

FONSECA, R. M. G. S. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Rev Esc Enferm. USP**: 2005; 39 Suppl 4:450-9.

FONSECA, R. M. G. S. et. al. Domestic violence against women from the perspective of the community health agent. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 974-980, 2009.

FRANZOI, N. M.; FONSECA, R. M. G. S.; GUEDES, R. N. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. **Rev Latino-am Enferm**. 2011; 19(3):589-97.

GARBIN, C. A. S. et al. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cad Saúde Pública** 2006; 22:2567-73.

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.1260-69, 2006.

GIELEN, A. C. et al. Interpersonal conflict and physical violence during the childbearing year. **Soc Sci Med**. v.39, n.6, p.781-7, 1994.

GIORDANI, A. T. **Violências contra a mulher**. São Paulo: Yendis, 2006.

GOMES, N. P. et al. Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Rev enferm UERJ**. 2009; 7:14-7.

GOMES, N. P. et al. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2012 abr/jun; 20(2):173-8.

GROSSI, Miriam Pillar. Novas/Velhas Violências contra a Mulher no Brasil. **Revista Estudos Feministas**. Ano 2, 2º sem., 1994, p. 473-483.

GROSSI, Miriam Pillar et al. **Depoimentos**: trinta anos de pesquisas feministas brasileiras sobre violência. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2006.

GUO, S. F. et al. Domestic abuse on women in China before, during, and after pregnancy. **Chin Med J (Engl)**. 2004;117(3):331-6.

HESSMILLER, J. M.; LEDRAY, L. E. Violence. In: CONDON, M. C. **Women`s health**: an integrated approach to wellness and illness. New Jersey: Prentice Hall, 2004. p. 516-536.

HOLANDA, V. R.; HOLANDA, E.R.; SOUZA, M. A. O enfrentamento da violência na estratégia saúde da família: uma proposta de intervenção. **Rev Rene**. 2013; 14(1):209-17.

KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Rev Saúde Pública**. 2005;39(5):695-701.

JASINSKI, J. L. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. **Trauma Violence Abuse**. 2004;5(1):47- 64. DOI:10.1177/1524838003259322

JOHNSON, J. K. et al. The prevalence of domestic violence in pregnant women. **Int J Obstet Gynecol**. 2003; 110: 272-5.

LEONARDI, V. P. B. **Violência e direitos humanos nas fronteiras do Brasil**. Brasília: Paralelo; 2007.

LEÔNCIO, K. L. et al. O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. **Rev Enferm UERJ**. 2008; 16(3):307-12.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S.; RODRIGUES, D. T. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**. 2008;42(3):467-73.

LUCENA, Kerle Dayana Tavares et al. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(6):1111-1121, jun, 2012.

LUDERMIR, A.B. et al. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. **Lancet**. 2010;376(9744):903-10. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60887-2

MACY, R. J. et al.. Partner violence among women before, during, and after postpartum: multiple opportunities for intervention. **Womens Health Issues**. 2007;17(5):290-9. DOI:10.1016/j.whi.2007.03.006.

MARTIN, S. L. et al. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. **JAMA**. 2001;285(12):1581-4. DOI:10.1001/jama.285.12.1581

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MEDINA, A. B. C.; PENNA, L. H. G. Violência na gestação: um estudo da produção científica de 2000 a 2005. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2008; 12(4):793-8.

MENEZES, T.C. et al. Violência física, doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Rev Bras de Ginecol e Obstet**. 2003 Jun; 25(5):309-16.

MONTEIRO C. F. et al. A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm**; 2006. 273p

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro. **Int J Gynaecol Obstet** 2002; 79: 269-77.

MOURA, L. B. A. et al. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. **Rev Saúde Pública**. 2009; 43(6):944-53.

MINAYO, M. C. S. **Análise diagnóstica da Política Nacional de saúde para Redução de Acidentes e Violências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 17-29.

MINAYO, M. C. S. Violência, um problema para a saúde dos brasileiros: introdução. In: SOUZA, E.R.; MINAYO, M. C. S. organizadores. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005a. p. 9-33.

MINAYO, M. C. S. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. **Rev Bras Educ Méd**. 2005b; 29(1):55-63.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

OLIVEIRA, C. C. et al. Violência e Saúde: Concepções de Profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 35 (3): 412 – 420; 2011.

OLIVEIRA, C. C.; FONSECA, M.G.S. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Rev Esc Enferm USP**. 2007; 4(41):605-12.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Violência y salud**. Washington (US): OPAS: 1994.

ORGANIZATION OF AMERICAN STATES. Resolution nº XXIV/O24, on June 6, 1994. **Declaration of Belém do Pará, Brazil**. OAS, 1994. Disponível em: <<http://www.oas.org/EN/PINFO/RES/RESGA94/agd0006e.htm>>. Acesso em: 2 nov. 2013.

PURWAR, M. B. et al. Survey of physical abuse during pregnancy GMCH, Nagpur, India. **J Obstet Gynaecol Res** 1999; 25:165-71.

RIQUINHO, D. L.; CORREIA, S. G. O papel dos profissionais de saúde em casos de violência doméstica: um relato de experiência. **Rev Gaúcha Enferm.** 2006; 27(2):301-10.

SAFFIOTI, H. I. B. Violência doméstica ou a lógica do galinheiro. In: KUPSTAS, M. (Org.). **Violência em debate**. São Paulo: Editora Moderna, 1997. p. 39-57.

SANTOS, A. G. et al. Violência contra gestantes em delegacias especializadas no atendimento a mulher de Teresina-PI. **Rev. Rene**, v.11, número especial, p. 109-116, 2010.

SCARANTO, Catarina Antunes Alves et al. Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 27, n. 4, Dez. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Fev. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932007000400010>.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. **Athenea Digital**; 2008; 14:229-36.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência contra a mulher: interfaces com a saúde. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.3, n.5, p.11-27, 1999.

SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev Saude Publica**. v.41, n.5, p.797- 807, 2007a.

SCHRAIBER, L. B. et al. **Saúde da mulher, relações familiares e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) em duas capitais** – Recife e São Paulo. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007c. Projeto CNPq: Linha de pesquisa Violência, Acidentes e Trauma, nº 506705/2004-8. Caderno de primeiros resultados extraídos do Relatório Final da Pesquisa do CNPq.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saude Publica**, v.36, n.4, p.470-7, 2002.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Rev Saúde Pública**. 2007b; 41(3):359-67.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciênc Saúde Coletiva** 2009; 4:1019-27.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 41-54, 2003.

SCHWANTES, L. C. et al. Violência doméstica: analisando a visão do profissional de saúde na atenção primária. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 4, p. 449-456, out./dez. 2011.

SINCLAIR, D. **Understanding wife assault** – a training manual for counsellors and advocates. Ontario: Publications Ontario, 1985.

SILVA, Elisabete Pereira et al. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. **Rev Saúde Pública** 2011;45(6):1044-53.

SILVA, Gabriela Fernandes et al. Violência contra a mulher gestante sob a visão de puérperas. **Rev enferm UFPE on line**. 2009 July/Sept;3(2):472-80.

SILVA, I. V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saude Coletiva**, v.19, sup.2, p.263-72, 2003.

SILVA, Juliana Medeiros da. **Serviços Públicos de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica**: uma análise das casas-abrigo. 2009. 106f Dissertação (Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais) - Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, L. L. et al. Silent violence: psychological violence as a condition of domestic physical violence. **Interface -Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.21, p.93-103, jan/abr 2007.

SILVA, Maria Arleide da. **Prevalência e fatores associados à violência doméstica contra as mulheres assistidas no centro de atenção à mulher** - IMIP - Recife/Pernambuco. 98f. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil do IMIP) - Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira, Recife, 2006.

SILVA, M. A. et al. Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil. **Cad Saúde Pública**. 2010; 26(2):264-72.

SILVA, M. A. et al. Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil. **Cad Saúde Pública**. 2010; 26(2):264-72.

SOARES, B. **Enfrentando a Violência contra a Mulher**. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres: Brasília, 2005.

SOUZA, V. L. N. de. **A violência contra a mulher e a proteção social**: estudo sobre as ações da Prefeitura Municipal de Belém destinadas às mulheres [Dissertação]. Belém: Universidade Federal do Pará; 2006. 159 p.

STEWART, D. E. Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy. **CMAJ**. 1994;151:1601-4.

STEWART, D. E.; CECUTTI, A. Physical abuse in pregnancy. **Canadian Medical Association Journal**. 1993;149: 1257-1263.

STRAUS, M. A.; GELLES, R. J. Physical Violence in American Families. Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families. **Transaction Publishers**. New Brunswick (U.S.A) and London (U.K). 1995. 614 pp.

SUGG, N. K.; INUI, I. Primary care physician's response to domestic violence. **JAMA**, Washington, D.C., v. 267, no. 23, p. 3157-3160, 1997.

TAILLIEU, T. L.; BROWNRIDGE, D. A. Violence against pregnant women: prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. **Aggression and Violent Behavior**, Atlanta, v. 15, p. 14-35, 2010.

UNITED NATIONS. Resolution nº 48/104, on december 23, 1993. **Declaration on the Elimination of Violence against Women**. New York. United Nations, 1994. Disponível em: <<http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/%28symbol%29/a.res.48.104.en>>. Acesso em: 16 set. 2013.

VIEIRA, L.B.; PADOIN, S. M. M.; LANDERDAHL, M. C. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. **Rev Gaúcha Enferm**. 2009; 30:609-16.

WILLIAMS, L. C. A. Lições de Gravelina: Violência Fatal contra a Mulher. **Revista Olhar**, 3, (5-6), 124-133. 2001a.

WILLIAMS, L. C. A. Violência Doméstica: Há o que Fazer? In: GUILHARDI, H. J.; QUEIROZ, P. P.; PINHO, M. B. B. P.; SCOZ, A. C. (orgs.). **Sobre comportamento e cognição**. Santo André: ESEtec Editores Associados, 2001b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World report on violence and health**. 2002. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/index.html. Acesso em 08 fev 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO multi-country study of women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and womens responses. Geneva: WHO, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2014.

XIMENES NETO, F. R. G; OLIVEIRA, J. S.; ROCHA, J. Violência sofrida pelas profissionais do sexo durante seu trabalho e as atitudes tomadas após serem vitimadas. **REME - Rev Min Enferm**. 2007; 11(3):248-53.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: FATORES ETIOLÓGICOS DO NASCIMENTO PRÉ-TERMO E CONSEQUÊNCIAS DOS FATORES PERINATAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA: COORTES DE NASCIMENTO EM DUAS CIDADES BRASILEIRAS.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Antônio Augusto Moura da Silva

TELEFONES PARA CONTATO: (98) 3301-9681

PATROCINADOR FINANCEIRO DA PESQUISA: FAPESP, CNPQ e FAPEMA.

OBJETIVOS DA PESQUISA:

Somos um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e estamos realizando uma pesquisa para entender o que faz os bebês nascerem antes do tempo (prematurados). Essa pesquisa está sendo realizada em Ribeirão Preto, estado de São Paulo, e em São Luís, estado do Maranhão. Para isso, precisamos de algumas informações tanto de bebês nascidos antes do tempo como de bebês nascidos no tempo normal, para comparação. Convidamos você a participar desta pesquisa e pedimos que autorize a participação do seu bebê.

Este é um formulário de consentimento, que fornece informações sobre a pesquisa. Se concordar em participar e permitir que seu bebê participe da pesquisa, você deverá assinar este formulário.

Antes de conhecer a pesquisa, é importante saber o seguinte:

- Você e seu bebê estão participando voluntariamente. Não é obrigatório participar da pesquisa.
- Você pode decidir não participar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Esta pesquisa está sendo conduzida com mulheres que derem à luz nos hospitais das duas cidades, Ribeirão Preto e São Luís, para avaliar como o seu modo de vida e sua saúde durante a gravidez e as condições durante o parto influenciam as condições do nascimento.

O QUE DEVO FAZER PARA EU E MEU BEBÊ PARTICIPARMOS DESTA PESQUISA?

Após o parto, quando você estiver se sentindo disposta, você responderá a um questionário sobre as condições do parto, além de perguntas sobre hábitos e condições de vida. Também

coletaremos uma amostra da saliva do seu bebê para realizar exame para detecção de citomegalovírus com um cotonete que será colocado durante alguns segundos embaixo da língua da criança até esse ficar molhado. O exame informará se o seu bebê foi contaminado e desenvolveu proteção contra esse vírus. A infecção por esse vírus, na maior parte das vezes, não causa sintomas no bebê, mas em algumas situações pode afetar a audição.

QUAIS SÃO OS RISCOS DA PESQUISA?

Os profissionais que realizarão as entrevistas e os exames são treinados para astarefas.

HÁ VANTAGENS EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

Conhecer os fatores que podem favorecer o nascimento antes do tempo poderá ajudar você, em futuras gestações, ou outras pessoas que possam vir a ter risco de parto prematuro.

Também será possível detectar se seu bebê foi infectado pelo citomegalovírus na gestação e o acompanhamento ao longo da vida poderá detectar precocemente problemas relacionados com essa infecção. Outros problemas que forem eventualmente detectados ao nascimento serão encaminhados para tratamento.

Além disso, a sua participação vai nos ajudar a entender alguns problemas de saúde que poderão ser prevenidos no futuro. Quando este estudo acabar, os resultados serão discutidos com outros pesquisadores e divulgados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento.

E A CONFIDENCIALIDADE?

Os registros referentes a você e ao bebê permanecerão confidenciais. Você e o bebê serão identificados por um código e suas informações pessoais não serão divulgadas sem sua expressa autorização. Além disso, no caso de publicação deste estudo, não serão utilizados seus nomes ou qualquer dado que os identifiquem.

As pessoas que podem examinar seus registros são: **o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão e a equipe de pesquisadores e os monitores da pesquisa.**

O QUE FAÇO EM CASO DE DÚVIDAS OU PROBLEMAS?

Para solucionar dúvidas relativas a este estudo, entre em contato com: Dr. Antônio Augusto Moura da Silva ou Dr. Raimundo Antonio da Silva nos telefones (98) 3301-9681 ou no endereço Rua Barão de Itapary, 155 Centro – São Luís (MA).

Para obter informações sobre seus direitos e os direitos de seu bebê como objeto de pesquisa, entre em contato com o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão pelo telefone 2109-1250 ou no Hospital Universitário (HUUFMA) Rua Barão de Itapary, 227 - 4º andar, Centro – São Luís (MA).

Se você entendeu a explicação e concorda voluntariamente em participar deste estudo, por favor, assine abaixo. Uma via ficará com você e a outra com o pesquisador responsável. Agradecemos muito a sua colaboração.

PÁGINA DE ASSINATURAS

Nome do voluntário:

Assinatura do voluntário:

Data: ____/____/____

Nome do Pesquisador:

Assinatura do pesquisador:

Data: ____/____/____

Nome da Testemunha:

Assinatura da Testemunha:

Data: ____/____/____

ANEXO B – Questionário do BRISA para entrevista no pré-natal



QUESTIONÁRIO DO PRÉ-NATAL ENTREVISTA

BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1A. Número de identificação: _____

1ª casela: 1 Ribeirão Preto

2 São Luís

2ª casela: 1 Pré-natal

2 Nascimento

3 1º ano

3ª casela: M. Avaliação no pré-natal

A. Avaliação no nascimento RN 1

B. Avaliação no nascimento RN 2

C. Avaliação no nascimento RN 3

D. Avaliação no nascimento RN 4

4ª e 5ª caselas: QM. Questionário da mãe

QC. Questionário do RN

SC. Saliva da criança

CO. Cordão umbilical

6ª à 9ª. caselas: número sequencial para cada cidade

NUMERO

2A. Cidade:

1. ☐ Ribeirão Preto

2. ☐ São Luís

CIDADEP

3A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA): __/__/____

DATAENTP

Entrevistador (a) : _____

4A. Nome completo da gestante (não abreviar):

NOMEG

5A. Data de nascimento da gestante (DD/MM/AAAA):

__/__/____

DNGEST

6A. Idade da gestante __

99. ☐ Não sabe

IDADEG

7A. Data da ultrassonografia do recrutamento (DD/MM/AAAA):

__/__/____

DATUSR

99999999. ☐ Não sabe

8A. Idade gestacional pela ultrassonografia do recrutamento:

__ semanas

99. ☐ Não sabe

IDGESTUSR

☐☐**9A. Idade gestacional atual (pela USG):**

__ semanas

99. ☐ Não sabe

IDGESTAT

☐☐**BLOCO B – DADOS DE CONTATO**

1B. Qual o seu endereço completo?

-

Telefone residencial: ____ - ____

Outro telefone: ____ - ____

celular: ____ - ____

2B. Para facilitar futuros contatos, a sra. poderia nos fornecer o nome, relação de parentesco ou amizade, endereço e telefone fixo ou celular de parentes ou pessoas próximas com quem a sra. tem contato frequente?

Nome da pessoa:

Parentesco/Amizade:

Endereço:

Telefone residencial: ____ - ____

Telefone comercial: ____ - ____

celular: ____ - ____

Nome da pessoa:

Parentesco/Amizade:

Endereço:

Telefone residencial: ____ - ____

Telefone comercial: ____ - ____

celular: ____ - ____

3B. A sra. poderia nos fornecer o endereço e o telefone do seu trabalho?

Endereço:

Telefone comercial: ____-____

Telefone comercial: ____-____

4B. Se a sra. pretende mudar de cidade, poderia nos informar o nome, endereço e o telefone de contato de algum parente ou alguém que more próximo à sua nova residência?

Nome da pessoa:

Endereço:

Telefone residencial: ____-____

Telefone comercial: ____-____

celular: ____-____

--

BLOCO C – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

1C. A sra. sabe ler e escrever?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

LERG

☐

2C. A sra. frequenta ou frequentou escola?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 7C**

9. ☐ Não sabe

ESCOLG

☐

3C. Qual o último curso que a sra. frequentou ou frequenta?

1. ☐ Alfabetização de jovens e adultos

2. ☐ Ensino fundamental ou 1o grau

3. ☐ Ensino médio ou 2o grau

4. ☐ Superior graduação incompleto **Passe para a questão 5C**

5. ☐ Superior graduação completo **Passe para a questão 5C**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

CURSOG

☐

4C. Qual a série que a sra. frequenta ou até que série a sra. estudou?

1. ☐ Primeira
2. ☐ Segunda
3. ☐ Terceira
4. ☐ Quarta
5. ☐ Quinta
6. ☐ Sexta
7. ☐ Sétima
8. ☐ Oitava
88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

SERIEG

☐ ☐

5C. A sra estava estudando quando ficou grávida?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 7C**
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

ESTUDGRAV

☐

6C. A sra. parou de estudar porque ficou grávida?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

PAROUEST

☐

7C. Qual a situação conjugal atual da sra.?

1. ☐ Casada
2. ☐ União consensual (Mora junto)
3. ☐ Solteira
4. ☐ Separada/desquitada/divorciada
5. ☐ Viúva
9. ☐ Não sabe

SITCONG

☐

8C. Quantas pessoas vivem atualmente na casa onde a sra. mora? (Considere apenas as pessoas que estão morando na casa há pelo menos 3 meses, e que não são temporários, como um tio que está temporariamente vivendo com a sra. por menos de 3 meses ou visitantes). _ _

99. ☐ Não sabe

PESSOASP

☐ ☐

9C. A sra. mora atualmente com o marido ou companheiro?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

MORACOMPP

☐

10C. A sra. mora atualmente com filhos (biológicos ou não)?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 12C**

9. ☐ Não sabe

MORAFILHO
P

☐

11C. Caso sim, com quantos filhos? _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTFILHOSP

☐☐

12C. De onde vem a água da casa usada para beber?

1. ☐ Rede pública/água encanada

2. ☐ Poço artesiano

3. ☐ Poço/cacimba

5. ☐ Outro _____

4. ☐ Rio/riacho/lagoa

9. ☐ Não sabe

AGUABEBER

☐

13C. Quantos cômodos têm na sua casa? _____ cômodos

99. ☐ Não sabe

COMODOS

☐☐

14C. Quantos cômodos servem como dormitório?

_____ cômodos

9. ☐ Não sabe

DORMITOR

☐

15C. A sra. exerce alguma atividade remunerada dentro ou fora de casa?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 19C**

9. ☐ Não sabe

ATIVREMP

☐

16C. Qual a sua ocupação (o que faz atualmente no trabalho)?

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

OCUPG

☐☐

17C. Qual a sua relação de trabalho?

1. ☐ Trabalha por conta própria

2. ☐ Assalariado ou empregado

3. ☐ Dono de empresa-empregador

4. ☐ Faz bico

8. ☐ Não se aplica

RELACAOP

☐

9. ☐ Não sabe

18C. A sra. parou de trabalhar porque ficou grávida?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

PAROUTRAB

☐

9. ☐ Não sabe

19C. Quem é a pessoa da família com maior renda atualmente?
(considerar chefe da família aquele de maior renda)

1. ☐ A entrevistada **Passe para a questão 28C**

2. ☐ Companheiro

3. ☐ Mãe

4. ☐ Pai

5. ☐ Avó

6. ☐ Avô

7. ☐ Madrasta

8. ☐ Padrasto

9. ☐ Tia

10. ☐ Tio

11. ☐ Irmã

12. ☐ Irmão

13. ☐ Outro _____

99. ☐ Não sabe

CHEFEP

☐ ☐

20C. Qual o sexo da pessoa da família com maior renda?

1. ☐ Masculino

2. ☐ Feminino

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

SEXOCHEFEP

☐

21C. Qual a idade da pessoa da família com maior renda (anos completos)? _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

IDCHEFEP

☐ ☐

22C. Essa pessoa sabe ler e escrever?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

LERCHEFEP

☐

23C. Essa pessoa frequenta ou frequentou escola?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 26C**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

ESCCHEFEP

☐

24C. Qual foi o último curso que essa pessoa frequentou ou frequenta?

1. ☐ Alfabetização de jovens e adultos
2. ☐ Ensino fundamental ou 1o grau
3. ☐ Ensino médio ou 2o grau
4. ☐ Superior graduação incompleto **Passe para a questão 26C**
5. ☐ Superior graduação completo **Passe para a questão 26C**
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

CURSOCHEFEP

☐

25C. Qual a série que essa pessoa frequenta ou até que série frequentou?

1. ☐ Primeira
2. ☐ Segunda
3. ☐ Terceira
4. ☐ Quarta
5. ☐ Quinta
6. ☐ Sexta
7. ☐ Sétima
8. ☐ Oitava
88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

SERIECHEFEP

☐ ☐

26C. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) a pessoa com a maior renda da família? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu).

-
88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

OCUPCHEFEP

☐ ☐

27C. Qual a relação de trabalho do chefe da família?

1. ☐ Trabalha por conta própria
2. ☐ Assalariado ou empregado
3. ☐ Dono de empresa-empregador
4. ☐ Faz bico
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

RELCHEFEP

☐

ANEXO C - Questionário de violência da OMS

Quando pessoas casam, vivem juntas ou namoram, e mesmo no trabalho, elas geralmente compartilham bons e maus momentos. Gostaríamos de fazer, à senhora, algumas perguntas sobre seus relacionamentos. Se tiver dúvidas, peça ajuda ao entrevistador. Asseguramos, novamente, que suas respostas serão mantidas em segredo.

Durante essa gravidez, alguém, alguma vez

1T. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS1	☐
2T. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS2	☐
3T. Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como a olha, como grita, quebra coisas)? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS3	☐
4T. Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS4	☐
5T. Deu-lhe uma tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS5	☐
6T. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco / chacoalhão? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS6	☐
7T. Machucou-a com um soco ou com algum objeto? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS7	☐
8T. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS8	☐
9T. Tentou estrangular ou queimou você de propósito? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS9	☐
10T. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS10	☐
11T. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS11	☐
12T. Você teve relação sexual porque estava com medo do que essa pessoa pudesse fazer? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS12	☐
13T. Forçou-a a uma prática sexual que você considera humilhante? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS13	☐
14T. Quem fez isso com você? (Pode ser marcada mais de uma resposta) 1. ☐ Atual Marido / companheiro / namorado 2. ☐ Ex-marido / companheiro / namorado 3. ☐ Pai 4. ☐ Padrasto 5. ☐ Mãe		

6. ☐ Madrasta
7. ☐ Irmão, irmã ou outro familiar que mora na mesma residência que você
8. ☐ Familiar que não reside com você
9. ☐ Vizinho ou outra pessoa conhecida
10. ☐ Outros: _____
88. ☐ Não houve violência

OMS14 ☐ ☐**SE HOUVE VIOLÊNCIA, QUEREMOS SABER SE ISSO AFETOU A SUA SAÚDE**

15T. Por causa de violência durante essa gravidez, você teve algum problema de saúde?
1. ☐ Sangramento vaginal
2. ☐ Ameaça de aborto
3. ☐ Ameaça de parto prematuro
4. ☐ Outros _____
8. ☐ Não houve violência
16T. Você já ficou machucada a ponto de precisar de cuidados de saúde?
1. ☐ Sim 2. ☐ Não

OMS1
5☐OMS1
6☐

Agora queremos saber sobre os seus relacionamentos nos 12 últimos meses anteriores à gravidez atual.

Nos 12 meses anteriores a essa gravidez, alguém, alguma vez

5T. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes
6T. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes
7T. Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como a olha, como grita, quebra coisas)?
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes
8T. Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta?
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes
5T. Deu-lhe uma tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes
6T. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco / chacoalhão?
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes
7T. Machucou-a com um soco ou com algum objeto?
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes
8T. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes

OMS1
7☐OMS1
8☐OMS1
9☐OMS2
0☐OMS2
1☐OMS2
2☐OMS2
3☐OMS2
4☐

9T. Tentou estrangular ou queimou você de propósito?	OMS2 5	☐
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes		
10T. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	OMS2 6	☐
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes		
11T. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	OMS2 7	☐
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes		
12T. Você teve relação sexual porque estava com medo do que essa pessoa pudesse fazer?	OMS2 8	☐
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes		
13T. Forçou-a a uma prática sexual que você considera humilhante?	OMS2 9	☐
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes		

14T. Quem fez isso com você? (Pode ser marcada mais de uma resposta)	OMS3 0	☐ ☐
1. ☐ Atual Marido / companheiro / namorado		
2. ☐ Ex-marido / companheiro / namorado		
3. ☐ Pai		
4. ☐ Padrasto		
5. ☐ Mãe		
6. ☐ Madrasta		
7. ☐ Irmão, irmã ou outro familiar que mora na mesma residência que você		
8. ☐ Familiar que não reside com você		
9. ☐ Vizinho ou outra pessoa conhecida		
10. ☐ Outros: _____		
11. ☐ Não houve violência		

SE HOUVE VIOLÊNCIA, QUEREMOS SABER SE ISSO AFETOU A SUA SAÚDE

15T. Por causa de violência durante essa gravidez, você teve algum problema de saúde?	OMS3 1	☐
1. ☐ Sangramento vaginal		
2. ☐ Ameaça de aborto		
3. ☐ Ameaça de parto prematuro		
4. ☐ Outros _____		
8. ☐ Não houve violência		
16T. Você já ficou machucada a ponto de precisar de cuidados de saúde?	OMS3 2	☐
1. ☐ Sim 2. ☐ Não		

ANEXO D - Parecer Comissão de Ética em Pesquisa do HUPD



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº223/2009

Pesquisador (a) Responsável: Antônio Augusto Moura da Silva

Equipe executora: Antônio Augusto Moura da Silva, marco Antonio Barbieri, Heloisa Bettiol, Fernando Lamy Filho, Liberata Campos Coimbra, Maria Teresa Seabra S.B. e Alves, Raimundo Antonio da Silva, Valdinar Sousa Ribeiro, Vania Maria de Farias Aragão, Wellington da Silva Mendes, Zeni Carvalho Lamy, Mari Ada Conceição Saraiva, Alcione Miranda dos Santos, Arlene de Jesus Mendes Caldas, Cecilia Claudia Costa Ribeiro, Silma Regina P. Martins, Flávia Raquel F. Nascimento, Marília da Gloria Martins, Virginia P.L. Ferriani, Marisa Márcia M. Pinhata, Jacqueline P. Monteiro José S. Camelo Junior, Carlos Eduardo, Martinelli Júnior, Sonir Roberto R. Antonini e Aparecida Yulie Yamamoto

Tipo de Pesquisa: Projeto Temático

Registro do CEP: 350/08 Processo 4771/2008-30

Instituição onde será desenvolvido: Hospital Universitário, Maternidade Marly Sarney, Clínica São Marcos, Maternidade Benedito Leite, Maternidade Maria do Amparo, Santa Casa de Misericórdia do Maranhão, Maternidade Nazira Assub, Clínica São José e Clínica Luiza Coelho.

Grupo: III

Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia 20.03.08 o processo Nº. 4771/2008-30, referente ao projeto de pesquisa: **"Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e conseqüências dos fatores perinatais na saúde de criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras"**, tendo como pesquisadora responsável Antônio Augusto Moura da Silva, cujo objetivo geral é **"Investigar novos fatores na etiologia da prematuridade, utilizando-se abordagem integrada e colaborativa em duas cidades brasileiras numa coorte de conveniência, iniciada no pré-natal"**.

Tendo apresentado pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luís – Maranhão Tel: (98) 2109-1250
E-mail cep@huufma.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Solicita-se à pesquisadora o envio a este CEP, relatório parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

São Luis, 08 de abril de 2009.

João Inácio L. de Souza
Prof. Dr. João Inácio Lima de Souza

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Hospital Universitário da UFMA

Ethica homini habitat est