UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DRIÉLI PACHECO RODRIGUES

Violência por parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões obstétricas e neonatais

Ribeirão Preto
2013

DRIÉLI PACHECO RODRIGUES

Violência por parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões obstétricas e neonatais

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Rodrigues, Driéli Pacheco
Violência por parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões obstétricas e neonatais. Ribeirão Preto, 2013.
114 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Orientadora: Monteiro, Juliana Cristina dos Santos.

1. Violência contra a mulher. 2. Maus-tratos conjugais. 3. Saúde materno-infantil.

RODRIGUES, Driéli Pacheco

Violência por parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões obstétricas e neonatais

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*A **Deus,** quem me segurou com seu amor de Pai. Porque sei que onde eu estiver, lá comigo estarás.*

*À minha mãe **Cirlei** e a meu pai **Antonio Carlos**, pelo amor e apoio incondicional, por me fazer gente e me ensinar que os sonhos nunca estão distantes quando lutamos por eles. Amo vocês!*

*À minha irmã **Catarine** por seu amor e por me dar toda a força e alegria de que sempre precisei, "There's no way, I can't make it without you!". Amo você!*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*À querida **Profa. Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro**, pela orientação, amizade e apoio em todos os momentos. Agradeço pela confiança e incentivo que sempre me motivaram a buscar ser cada vez melhor. Obrigada pela convivência, paciência e por aceitar me guiar por esse caminho. Seus ensinamentos, profissionalismo, dedicação e alegria são exemplos que levarei por toda a vida.*

"Tens o dom de ver estradas onde eu vejo o fim, me convences quando falas: Não é bem assim! Se me esqueço, me recordas, se não sei, me ensinas e se perco a direção, vens me encontrar" (Padre Fábio de Melo).

AGRADECIMENTOS

*À minha mãe **Maria Santíssima** que vai à frente, guiando meus passos.*

*À **minha família:** minha avó **Catarina,** todos os meus tios e primos, que sempre me apoiaram e incentivaram a buscar meus ideais.*

*Aos queridos **Danilo Ferreira, Paola** e **Leonardo Queirós, Lilian Cristina, Fabiana Setti, Carolina Lemos** e **Bruna Mercedes** pela grande amizade, incentivo e por me auxiliarem na concretização deste sonho.*

*Ao querido amigo e diretor espiritual **Padre João Carlos,** pela paciência, bons conselhos e por ser luz de Cristo no meu caminho. A você minha amizade, amor e gratidão.*

*A todos os **meus verdadeiros amigos**, que, em muitos lugares do Brasil, me fizeram rir ou chorar de emoção e sempre me motivaram a ser o melhor que eu pudesse.*

*Às Profas. Dras. **Ana Maria de Almeida** e **Marta Angélica Iossi Silva**, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.*

*Às Profas. Dras. **Ana Márcia Spanó Nakano, Flávia Azevedo Gomes-Sponholz** e **Juliana Stefanello** pelos ensinamentos, disponibilidade e auxílio na realização deste trabalho.*

*Às colegas de pesquisa **Laura Bandin, Letícia Doretto, Thaís Meira,** e em especial, à **Mariana Fonseca-Machado** pelo compromisso, companheirismo e grande auxílio nesta jornada.*

Às colegas orientandas da Profª. Juliana Monteiro, pelas alegrias e conhecimentos que pudemos dividir e multiplicar nessa jornada.

*À Profa. **Daiane Roza**, pela atenção e auxílio no tratamento estatístico deste trabalho.*

*À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, ao **Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública** e a todos os **docentes** pela oportunidade de aprendizado e crescimento profissional.*

*Às **mulheres, participantes deste estudo**, que compartilharam comigo suas histórias e contribuíram para a construção dos meus conhecimentos.*

Maria, Maria
É um dom, uma certa magia
Uma força que nos alerta
Uma mulher que merece
Viver e amar
Como outra qualquer
Do planeta

Maria, Maria
É o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri
Quando deve chorar
E não vive, apenas aguenta

Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria

Milton Nascimento

RESUMO

RODRIGUES, D. P. **Violência por parceiro íntimo contra a gestante:** estudo sobre as repercussões obstétricas e neonatais. 2013. 114 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

A violência por parceiro íntimo (VPI) é uma das formas mais frequentes de violência contra a mulher, e se constitui em um fenômeno complexo, que faz parte de uma construção histórica e possui íntima relação com as questões de gênero e suas relações de poder. Durante a gestação, a mulher utiliza com maior frequência os serviços de saúde, o que pode facilitar a construção de vínculo com a equipe de saúde e favorecer a identificação de casos de violência. Os objetivos deste estudo foram: identificar a prevalência de casos de VPI entre gestantes usuárias de um serviço público de saúde e classificar quanto ao tipo e frequência; identificar fatores sociais e demográficos das gestantes e seus parceiros que poderiam estar associados a episódios de violência; identificar os resultados obstétricos e neonatais e suas associações com a ocorrência da VPI na gestação atual. Trata-se de um estudo observacional, descritivo e analítico, desenvolvido no CRSM-MATER e no HCFMRP-USP, situados em Ribeirão Preto, SP. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP da EERP-USP, sob nº 1383/2011. Os dados foram coletados no período de maio a dezembro de 2012, por meio de entrevista estruturada por um questionário que contemplava as características sociodemográficas da mulher e de seu parceiro e características obstétricas, além das questões relacionadas à violência; também foram coletados dados dos prontuários das participantes com a utilização de um instrumento que contemplava as variáveis relacionadas aos resultados obstétricos e neonatais. Durante a coleta de dados, iniciada no ambulatório de pré-natal do CRSM-MATER, algumas participantes foram encaminhadas ao HC-FMRP e tiveram a coleta nos prontuários realizada nesta última instituição. Para análise dos dados, utilizou-se o programa estatístico SAS® 9.0. Esta análise foi fundamentada na estatística descritiva, além da utilização do Teste Exato de Fisher e Regressão Logística. Verificou-se que 15,5% das participantes sofreram algum tipo de VPI durante a gestação, sendo que 14,7% sofreram violência psicológica, 5,2%, violência física e 0,4% sofreu violência sexual. As mulheres que se autorreferiram como pretas ou pardas, que não moravam com o parceiro e que referiram consumir bebida alcoólica eventualmente, apresentaram maior chance de sofrer VPI na gestação. Além disso, as mulheres que não desejaram a gestação tinham 4,3 vezes a chance de sofrer VPI na gestação, quando comparadas com aquelas que desejaram a gestação ($p<0,00$; OR= 4,32 e IC 95% [1,77 – 10,54]). As participantes com parceiros na faixa etária de 15 a 18 anos apresentaram 5,5 vezes a chance de sofrer violência, quando comparadas com aquelas que tinham parceiros com 30 anos ou mais (OR= 5,5; IC 95% [1,02 – 30,2]). Com relação às repercussões obstétricas, não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis investigadas. Quanto às repercussões neonatais dos filhos das participantes, as análises também não apresentaram resultados estatisticamente significativos. Conclui-se que, para as participantes do estudo, não houve repercussões obstétricas e neonatais negativas relacionadas à VPI na gestação. No entanto, outras variáveis se mostraram associadas a este tipo de violência, o que indica, aos profissionais de saúde, a importância de se atentar a outras características das gestantes e de seus parceiros, favorecendo a identificação da violência e o oferecimento de suporte adequado a estas mulheres, quando necessário.

Descritores: Violência contra a mulher. Maus-tratos conjugais. Saúde materno-infantil.

ABSTRACT

RODRIGUES, D. P. **Intimate partner violence against pregnant women:** study about the obstetric and neonatal repercussions. 2013. 114 f. Thesis (Master) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2013.

The intimate partner violence (IPV) is one of the most frequent ways of violence against women, and it is constituted in a complex phenomenon, which is part of a historical construction and is intimately related to gender questions and its power relationships. During pregnancy, the woman attend health care more frequently, which can facilitate the bond building with the health staff and favours the identifications of violence cases. This study aims were: identify the prevalence of IPV cases between pregnant women who use public healthcare service and classify according to its type and frequency; identify the pregnant e their partners' social and demographic factors which could be associated with violence episodes; identify the obstetric and neonatal results and their associations with the IPV occurrence in the current pregnancy. This is an observational, descriptive and analytic study, developed at CRSM-MATER and HCFMRP-USP, located in Ribeirão Preto, SP. The research project was approved by ethics committee from EERP-USP, under number 1383/2011. The data were collected between May and December 2012, via interview structured by a questionnaire which beheld the woman's and their partner's social-demographic characteristics and obstetric characteristics, beside the questions related to violence; there were also collected the participants' records data using an instrument that contemplated the variables related to the obstetric and neonatal results. During the data collection, initiated at CRSM-MATER prenatal clinic, some participants were leaded to HC-FMRP and had the records collection done at this last institution. To analyze the data the statistic program SAS® 9.0 was used. This analysis was underlay on descriptive statistic, besides using the Fisher Exact Test and Logistic Regression. It was verified that 15,5% of the participants suffered some sort of IPV during pregnancy, knowing that 14,7% suffered psychological violence, 5,2% physical violence and 0,4% sexual violence. Women whom were considered themselves as black or brown-skinned, who haven't lived with their partners and who were referred as eventual liquor drinkers showed bigger chance of suffering IPV during pregnancy. Furthermore, women who didn't desire the pregnancy had 4,3 times chances of suffering IPV during pregnancy when compared to those ones who desired the pregnancy ($p<0,00$; OR= 4,32 e IC 95% [1,77 – 10,54]). The participants with partners between 15 and 18 years old showed 5,5 times chances of suffering violence when compared to those ones whose partners were 30 years old or older (OR= 5,5; IC 95% [1,02 – 30,2]). Relating to the obstetric repercussions, there was no association statistically meaningful between the variables investigated. As the participants' children's neonatal repercussion, the analysis didn't present results statistically meaningful either. In conclusion, for the study participants, there were no negative obstetric and neonatal repercussions related to IPV in pregnancy. Nevertheless, other variables are shown associated to this type of violence, which indicates, to the health care professionals, the importance to be attentive to other pregnant women's and their partners' characteristics, favoring the violence identification and offering appropriate support to these women, when necessary.

Keywords: Violence against women. Maternal and child health. Spouse abuse.

RESUMEN

RODRIGUES, D. P. **Violencia del compañero íntimo contra las mujeres embarazadas:** estudio sobre obstetricia y repercusiones neonatales. 2013. 114 f. Dissertación (Maestria) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

La violencia del compañero intimo (VCI) es una de las formas más frecuentes de violencia contra las mujeres, y constituye un fenómeno complejo que forma parte de un edificio histórico y tiene una estrecha relación con los problemas de las relaciones de género y poder. Durante el embarazo, la mujer utiliza con mayor frecuencia los servicios de salud, lo que puede facilitar la construcción de relaciones con el equipo de salud y facilitar la identificación de los casos de violencia. Los objetivos de este estudio fue identificar la prevalencia de los casos de maltrato entre las mujeres embarazadas que acuden a un servicio de salud pública y clasificar el tipo y la frecuencia, identificar los factores sociales y demográficos de las mujeres embarazadas y sus parejas que podrían estar asociados con episodios de violencia, identificar resultados obstétricos y neonatales y su asociación con la aparición de VCI en el embarazo actual. Se trata de un estudio observacional, descriptivo y analítico, desarrollado en MATER CRSM y HCFMRP-USP, ubicada en Ribeirao Preto, Brasil. El proyecto de investigación fue aprobado por el IRB de la EERP-USP, bajo el N º 1383/2011. Los datos fueron recolectados en el período de mayo a diciembre de 2012, a través de entrevistas estructuradas utilizando un cuestionario que incluía las características socio-demográficas de la mujer y su pareja y las características obstétricas, además de las cuestiones relacionadas con la violencia, también se recogieron los datos de las historias clínicas los participantes con el uso de un instrumento que incluyó variables relacionadas con resultados obstétricos y neonatales. Durante la recolección de datos, iniciado en la consulta externa prenatal MATER CRSM, algunos participantes se refirió a la HC-FMRP y tuvo que recoger los datos que figuran en esta última institución. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SAS ® 9.0. Este análisis se basa en la estadística descriptiva, y el uso de la prueba exacta de Fisher y Regresión Logística. Se encontró que 15,5% de los participantes tenían algún tipo VCI durante el embarazo, y el 14,7% experimentado violencia psicológica, violencia física, 5.2% y 0.4% violencia sexual. Las mujeres que autorreferiram como negra o mulata, que no vive con su pareja y que reportaron consumir alcohol llegó a tener una mayor probabilidad de experimentar VCI durante el embarazo. Además, las mujeres que no desean el embarazo tenían 4,3 veces más probabilidades de experimentar VCI durante el embarazo en comparación con aquellos que deseaban el embarazo ($p < 0.00$, OR= 4,32 y IC 95% [1,77 - 10,54]). Los participantes con parejas de edades 15 a 18 años tenían 5,5 veces más probabilidades de sufrir violencia en comparación con los que tenían los socios con 30 años o más (OR= 5,5; IC 95% [1,02 – 30,2]). Con respecto a las repercusiones obstétricas, ninguna asociación estadísticamente significativa entre las variables investigadas. En cuanto a las repercusiones neonatales de los hijos de los participantes, los análisis no mostraron resultados estadísticamente significativos. Llegamos a la conclusión de que, para los participantes del estudio, no hubo repercusiones negativas obstétrica y neonatal relacionada con IPV durante el embarazo. Sin embargo, otras variables se asocian con este tipo de violencia, lo que indica, profesionales de la salud, la importancia de considerar las otras características de las madres y sus parejas, lo que favorece la identificación de la violencia y ofrecer el apoyo necesario a estas mujeres cuando sea necesario.

Palabras-clave: Violencia contra la mujer. Salud mateno-infantil. Maltrato conyugal.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das participantes do estudo, segundo faixa etária, cor autorreferida, escolaridade, ocupação, hábito de fumar, hábito de beber, uso de drogas ilícitas, estado marital, provedor da renda familiar e renda familiar. Ribeirão Preto, 2013..... 43

Tabela 2 – Distribuição das participantes do estudo, segundo número de gestações, ocorrência de abortos e número de filhos vivos. Ribeirão Preto, 2013..... 44

Tabela 3 – Distribuição das participantes do estudo, segundo planejamento e desejo da gravidez, idade gestacional (IG) do início do pré-natal, número de consultas de pré-natal, intercorrências na gestação, intercorrências no trabalho de parto, tipo de parto, intercorrências durante o parto e intercorrências no pós-parto. Ribeirão Preto, 2013..... 45

Tabela 4 – Distribuição dos parceiros das participantes do estudo, segundo faixa etária, escolaridade, ocupação, hábito de fumar, hábito de beber e uso de drogas ilícitas. Ribeirão Preto, 2013..... 46

Tabela 5 – Distribuição dos filhos das participantes do estudo, segundo idade gestacional ao nascer, sexo, Apgar no primeiro minuto de vida, peso ao nascer, amamentação na primeira hora pós-parto, intercorrências ao nascer, procedimentos realizados logo após o nascimento, intercorrências durante a internação e tempo de internação. Ribeirão Preto, 2013..... 48

Tabela 6 – Distribuição das participantes, segundo a convivência com o companheiro na maioria das vezes e após o início da gestação. Ribeirão Preto, 2013..... 49

Tabela 7 – Análise da ocorrência de violência na gestação por parceiro íntimo, associada às características sociodemográficas e econômicas das participantes. Ribeirão Preto, 2013..... 51

Tabela 8 – Análise da ocorrência de violência na gestação por parceiro íntimo, associada às características sociodemográficas dos parceiros das participantes. Ribeirão Preto, 2013..... 52

Tabela 9 – Análise da ocorrência de violência na gestação por parceiro íntimo, associada às características obstétricas das participantes. Ribeirão Preto, 2013..... 53

Tabela 10 – Análise da ocorrência de violência na gestação por parceiro íntimo, associada ao tipo de parto e aos resultados obstétricos das participantes. Ribeirão Preto, 2013..... 54

Tabela 11 – Análise da ocorrência de violência na gestação por parceiro íntimo, associada aos resultados neonatais dos filhos das participantes. Ribeirão Preto, 2013..... 55

Tabela 12 – Análise da associação entre violência por parceiro íntimo em alguma vez na vida e na gestação, segundo Teste de McNemar. Ribeirão Preto, 2013..... 55

Tabela 13 – Análise da ocorrência de algum tipo de violência alguma vez na vida, associada à consideração da violência pela mulher. Ribeirão Preto, 2013..... 56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	*Abuse Assessment Screen*
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRSM-MATER	Centro de Referência à Saúde da Mulher- MATER
DRS	Divisão Regional de Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FAEPA	Fundação de Apoio ao Ensino e Pesquisa
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HC	Hospital das Clínicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
IG	Idade gestacional
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OR	*Odds Ratio*
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher
PASS	*Power Analysis and Sample Size*
SAS	*Statistical Analysis System*
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
VCM	Violência Contra a Mulher
VPI	Violência por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 14

1 INTRODUÇÃO 17
1.1 Violência por Parceiro Íntimo e Invisibilidade da Violência 20
1.2 Relações de Gênero, Violência por Parceiro Íntimo Contra as Mulheres e Políticas Públicas 22

2 OBJETIVOS 28
2.1 Objetivo Geral 29
2.2 Objetivos Específicos 29

3 MÉTODOS 30
3.1 Local do Estudo 31
3.2 Desenho do Estudo 32
3.3 População e Amostra 32
3.4 Procedimento de Coleta de Dados 33
3.5 Variáveis do Estudo 35
3.6 Processamento e Análise dos Dados 38
3.7 Aspectos Éticos 39

4 RESULTADOS 41
4.1 Caracterização das Participantes do Estudo 42
4.2 Ocorrência de Violência, Características das Participantes, Repercussões Obstétricas e Neonatais: Análise de Associações 50

5 DISCUSSÃO 57
5.1 Caracterização das Participantes do Estudo 58
5.2 Ocorrência de Violência, Características das Participantes, Repercussões Obstétricas e Neonatais: Discussão Sobre as Associações 64

6 CONCLUSÕES 73

7 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E A PESQUISA 77

REFERÊNCIAS 80

APÊNDICE A 97
APÊNDICE B 104
APÊNDICE C 110
APÊNDICE D 111
APÊNDICE E 112
ANEXO A 114

Apresentação

Desde minha infância, a área da saúde chamou a minha atenção, estando sempre presente em minhas brincadeiras. Durante a adolescência, tive maior contato com uma enfermeira amiga da minha família que frequentemente relatava suas experiências profissionais, despertando assim o meu desejo pela Enfermagem.

Em 2006, iniciei o curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Desde o início da graduação busquei oportunidades que contribuíssem para a minha formação enquanto futura enfermeira como a participação em atividades extracurriculares, participação no Centro Acadêmico Marina de Andrade Rezende, em ligas de saúde, representação discente e participação em grupos de pesquisa.

No segundo ano e terceiro ano da graduação desenvolvi uma pesquisa sobre a percepção dos profissionais da saúde acerca dos direitos humanos dos usuários de drogas, como bolsista de iniciação científica pelo programa Ensinar com Pesquisa (Pró-reitoria de graduação da USP). Por meio dessa experiência obtive um grande aprendizado, além de me inserir no campo da pesquisa científica.

Durante o quarto ano de graduação, ao cursar a disciplina de Cuidado Integral à Mulher, a área de saúde da mulher despertou o meu interesse. O cuidado ao binômio mãe e filho me causava uma grande realização profissional e pessoal, assim, buscando um maior aprofundamento nesta área, conheci a Prof. Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro. Após esse contato me senti motivada para a inserção no campo da pesquisa em saúde da mulher, com foco no ciclo gravídico-puerperal. Com o intuito de aprofundar meu conhecimento acerca desta temática realizei levantamentos bibliográficos, revisões da literatura, além de participar e apresentar trabalhos em congressos científicos.

No último ano do meu curso, realizando um estágio na área de atenção hospitalar, me deparei com uma situação que, para mim, parecia uma clara evidência de violência. Uma mulher de aproximadamente 30 anos deu entrada no serviço com escoriações, hematomas pelo corpo e um grande hematoma circular no rosto e, após a abordagem inicial, verbalizou ter caído de uma escada. Após finalizada a admissão da mulher na unidade de internação, os profissionais discutiram sobre aquela ocorrência como um possível caso de violência, e manifestaram a dificuldade em atuar em uma situação delicada, na qual não havia verbalização deste ato por parte da mulher.

Esta foi a primeira situação com a qual que me deparei e pude refletir acerca da violência contra a mulher. Antes, essa temática me parecia distante e, honestamente, nunca havia pensado muito a respeito de como seria a sua abordagem. Essa experiência me instigou

a compreender melhor esse fenômeno e qual poderia ser o papel dos profissionais de saúde, mais especificamente o enfermeiro, no enfrentamento deste que é um problema de grande magnitude na área da saúde pública. Assim, dando continuidade a esse processo, me aproximei mais do tema por meio de levantamentos bibliográficos, decidi por realizar meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) sobre a temática da violência doméstica contra a gestante. Os resultados deste TCC despertaram-me para a importância de continuidade na investigação da temática da violência contra a mulher e, por isso, resolvi dar continuidade à minha formação, seguindo a carreira acadêmica.

Assim, em 2011, ingressei no Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública (DMISP) da EERP/USP.

Desde meu ingresso na Pós-Graduação, busquei meu aprimoramento acadêmico e profissional por meio de participação em eventos científicos, Grupos de Pesquisa, projetos de pesquisa e reuniões com colegas e orientadora. Além disso, tive a oportunidade de realizar um estágio de pesquisa na Universidade British Columbia, no período de junho a setembro de 2012, que foi muito enriquecedor, pois houve a possibilidade de melhorar minhas habilidades e conhecimentos enquanto pesquisadora, o que me auxiliou no desenvolvimento do meu mestrado. Mantenho as relações de estudo com o grupo NextGenU da Universidade British Columbia, a fim de concluir e publicar os resultados obtidos neste intercâmbio, bem como prosseguir meus estudos na EERP-USP em parceria com este grupo de pesquisa.

Com relação ao presente estudo, verifica-se que a violência é uma questão de saúde pública de ordem mundial, que acarreta danos físicos, psicológicos e sociais a todos os envolvidos. A violência contra a mulher, em especial, se constitui em questão cercada por estigmas e preconceitos, sendo muitas vezes ignorada no atendimento à saúde das mulheres. Acredito ser necessário que os profissionais da saúde compreendam a violência contra a mulher como um fenômeno multifacetado e que deve ser abordado no cuidado à saúde. Nesse sentido, este estudo analisou as repercussões obstétricas e neonatais da violência por parceiro íntimo entre as gestantes, a fim de fornecer subsídios aos profissionais para uma prática clínica adequada às mulheres em situação de violência e a seus filhos.

1 Introdução

A violência se constitui em um fenômeno histórico e social que data dos tempos mais remotos. Seus efeitos afetam direta ou indiretamente toda a sociedade, devido aos altos custos sociais, psicológicos e econômicos, tanto do ponto de vista da vítima como de quem ocasiona o dano. No ano de 2012, o valor total pago pelo Sistema Único de Saúde (SUS) pela morbidade hospitalar causada por agressões foi de aproximadamente 54 milhões de reais (BRASIL, 2012a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no Relatório Mundial Sobre Violência, a define como sendo o uso intencional de força física ou poder por meio de ameaça ou ato praticado contra si próprio, outra pessoa, contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em morte, ferimento, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002).

A violência pode ser classificada conforme as características de quem pratica o ato violento e conforme as características ou formas de manifestação deste ato.

Segundo as características de quem pratica o ato, a violência pode ser classificada em três categorias: violência autoinfligida, violência interpessoal e violência coletiva (KRUG et al., 2002). A violência autoinfligida abrange atos de suicídio e autoabuso, como no caso da automutilação. A violência interpessoal é subdividida em: violência intrafamiliar e violência comunitária; sendo a violência intrafamiliar a que ocorre entre parceiros íntimos e membros da mesma família, e a violência comunitária a que ocorre no âmbito social além da família, e pode ser praticada por conhecidos ou desconhecidos. A violência coletiva é caracterizada por atos violentos que acontecem no âmbito macrossocial, político ou econômico e são cometidos por grupos específicos ou pelo Estado (KRUG et al., 2002).

Já a forma de manifestação dos atos violentos pode se dar através de ações diversas, sendo a natureza destas ações classificada em quatro tipos: física, psicológica, sexual e envolvendo abandono ou negligência (KRUG et al., 2002). A violência física se refere ao uso da força para produzir dano, ferimento, dor ou incapacidade em outros; a violência psicológica é caracterizada por agressões verbais ou gestuais a fim de aterrorizar, rejeitar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar a vítima do convívio social; a violência sexual é toda ação que visa a obrigar a vítima a realizar práticas sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças; e o abandono ou negligência é a ausência, recusa ou privação de cuidados essenciais a quem deles necessita (BRASIL, 2001; MINAYO, 2006).

Sob a perspectiva da saúde pública, a violência se constitui em um problema mundial que atua produzindo um alto índice de morbidade e mortalidade evitável e que afeta

especialmente grupos vulneráveis como crianças, idosos, deficientes físicos e mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1996a; BRASIL, 2005a).

Entre as mulheres, em muitos países, a violência é a principal causa de problemas de ordem física, mental, sexual e reprodutiva (KRUG et al., 2002).

A violência contra a mulher (VCM) pode ser definida como "qualquer ação baseada no gênero, que cause ou tenha probabilidade de causar dano físico, sexual ou psicológico ou sofrimento à mulher, incluindo ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, ocorrida em público ou na vida privada"[1] (UNITED NATIONS, 1993, tradução nossa).

Segundo a OMS, as formas mais comuns de violência contra as mulheres incluem a violência sexual; a mutilação genital feminina; o assassinato de mulheres motivado por honra e pagamento de dote; o tráfico de mulheres incluindo coerção à prostituição e exploração econômica de meninas e mulheres; a violência contra mulheres em situações humanitárias e de conflitos; a violência familiar e a violência por parceiro íntimo (KRUG et al., 2002).

A VCM pode gerar diversas consequências para a saúde da mulher, tais como suicídio, depressão, ansiedade, transtornos alimentares e transtornos do sono, uso de álcool e drogas, baixa autoestima, transtorno de estresse pós-traumático, síndromes de dor crônica, entre outras (WHO, 2012).

No ano de 2012, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), dos casos de violência notificados, 65,6% eram contra pessoas do sexo feminino (BRASIL, 2012b). No Brasil, a notificação de casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, públicos ou privados, deve ser compulsória (BRASIL, 2003), no entanto, acredita-se que não há a notificação ou registro de todos os casos ocorridos, devido à falta de preparo dos profissionais para identificar e lidar com o problema.

Em estudo realizado em uma maternidade pública do município de Ribeirão Preto, os resultados apontaram que 58,5% das mulheres entrevistadas já haviam sofrido algum tipo de violência ao longo de suas vidas (RODRIGUES, 2007). A identificação e a mensuração da prevalência da VCM ainda se apresentam como um desafio, uma vez que muitas mulheres não informam ou denunciam suas experiências de violência (WHO, 2012).

A violência contra a mulher se dá como resultado de uma complexa interação entre fatores individuais, sociais, culturais e ambientais tais como o uso da violência como forma de

[1] Tradução da autora. No original: any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life.

resolver conflitos, poucas medidas de coação à violência por parte da comunidade, normas tradicionais de gênero e posição desigual da mulher na sociedade (WHO, 2010, 2012).

A posição da mulher na sociedade foi se alterando ao longo da história, passando de um lugar de igualdade nas sociedades primitivas a uma posição resignada nas sociedades patriarcais (ENGELS, 2006; NARVAZ; KOLLER, 2006). Com a instituição da família monogâmica e do patriarcado, foi estabelecida uma nova ordem social, na qual os homens eram os detentores da razão e poder, sendo as mulheres por eles controladas (NARVAZ; KOLLER, 2006). Percebe-se que, mesmo com os avanços dos direitos femininos, muitos valores patriarcais continuam presentes na sociedade atual (NARVAZ; KOLLER, 2006), influenciando os papéis dos homens e mulheres e, por consequência, a violência contra a mulher.

1.1 Violência por parceiro íntimo e invisibilidade da violência

Como salientado, a VCM é amplamente reconhecida como grave problema de saúde pública, sendo a violência praticada por parceiro íntimo a forma mais frequente de abuso, se constituindo um dos principais fatores para problemas de saúde em mulheres (D'OLIVEIRA et al., 2009; NTAGANIRA et al., 2008; WHO, 2005). A violência por parceiro íntimo (VPI) pode ser definida como ameaça ou abuso físico real, sexual e psicológico por parte do companheiro ou ex-companheiro, com os quais as mulheres vivem ou viveram, independentemente de união formal ou coabitação (D'OLIVEIRA et al., 2009; NTAGANIRA et al., 2008).

Um estudo desenvolvido pela OMS em 10 países apontou que de 15 a 71% das mulheres entrevistadas relataram ter sofrido violência física, sexual ou ambas por parte de seus parceiros íntimos (WHO, 2005). Os dados desse estudo referentes à população brasileira apontaram que em duas capitais, São Paulo e Recife, a frequência da violência física e/ou sexual praticada por parceiro íntimo alguma vez na vida foi de 38,41% e 48,0%, respectivamente (SCHRAIBER et al., 2007; WHO, 2005). Outro estudo de base populacional, realizado no Brasil com 2.502 mulheres, avaliou a ocorrência de violência, apontando que 43% das brasileiras declararam ter sofrido violência sexista, sendo o parceiro o responsável entre 53 e 70% dos casos (VENTURI; RECAMÁN, 2004).

A VPI desgasta o ambiente familiar, um espaço considerado seguro na sociedade, e atinge diversas classes sociais e culturais, afetando mulheres em todas as etapas de vida, inclusive durante o período gestacional (CASTRO; RUIZ, 2004).

Na gestação, a VPI tem sido foco de intenso debate nacional e internacional, sendo considerada importante questão de saúde por seu impacto direto e indireto na morbidade e mortalidade materno-infantil (DURAND; SCHRAIBER, 2007). Por este motivo, passou a ser investigada em diversos países principalmente a partir da década de 1990, com o objetivo de se identificar a existência de algum padrão na relação violência/gestação (DURAND, 2006).

Diversos estudos demonstram que a VPI pode diminuir, cessar, começar ou se agravar durante a gravidez (CAMPBELL; GARCÍA-MORENO; SHARPS, 2004; CASTRO; RUÍZ, 2004; DURAND; SCHRAIBER, 2007; MENEZES et al., 2003; SILVA et al., 2011). Em estudo realizado em Recife-PE, a prevalência de VPI antes da gestação foi 32,4%, 31,0% durante e 22,6% depois da gestação (SILVA et al., 2011). Em São Paulo, a prevalência de violência por parceiro íntimo durante a gestação foi de 20,0% (DURAND; SCHRAIBER, 2007); no Rio de Janeiro a prevalência foi de 63,4% (MORAES; REICHENHEIM, 2002); e pesquisas realizadas em serviços de saúde de Ribeirão Preto apontam a prevalência de 77,1% e 19,6% de VPI na gestação (MARINHEIRO, 2004; RODRIGUES, 2007). Esses dados indicam a variabilidade e complexidade desse fenômeno.

Estudos têm relatado que mulheres em situação de violência apresentam mais riscos de sofrer agravos na gestação. A violência durante o período gestacional pode trazer consequências físicas graves para a saúde da mulher, do feto e, posteriormente, do neonato, como início tardio do pré-natal, hemorragias, dores pélvicas, partos prematuros, interrupção da gravidez, intercorrências no período intra-parto, aumento do risco de morte perinatal, trauma fetal e baixo peso do recém-nascido ao nascimento (AUDI, 2007; CAMPBELL, 2002; JASINSK, 2004; MEDINA; PENNA, 2008). Além dos aspectos relacionados às agressões físicas, o estresse gerado pela violência durante a gestação pode ser um fator desencadeante para doenças crônicas, como hipertensão arterial, asma, doenças cardíacas e também distúrbios agudos, tais como infecção urinária e afecções ginecológicas (AUDI, 2007). A situação de violência também pode aumentar comportamentos de risco entre as gestantes, incluindo o consumo de tabaco, álcool e drogas, bem como a nutrição inadequada, com efeitos prejudiciais para a saúde materna e fetal, além de desajustes psicológicos e emocionais e insegurança da gestante para verbalizar as situações de violência vivenciada (AUDI, 2007; BAILEY; DAUGHERTY, 2007).

Sabe-se que a mulher que sofre violência física, psicológica ou sexual, ao pedir ajuda verbalizando sua situação no âmbito da justiça ou da saúde, muitas vezes está sujeita a ser submetida a outra violência: a do preconceito, do julgamento e da intolerância (BEDONE; FAÚNDES, 2007). Isto porque, apesar do avanço das pesquisas e inclusão da violência como parte das políticas públicas, muitos serviços e profissionais de saúde ainda apresentam resistência para compreender a violência contra a mulher como um problema de saúde pública, dando pouca visibilidade ao problema (SCHRAIBER et al., 2002). Este fator dificulta a identificação da prevalência deste tipo de violência na população, pois muitas mulheres não denunciam os agressores e a violência sofrida, nem procuram os serviços necessários para apoio e ajuda (BEDONE; FAÚNDES, 2007).

Os estudos feministas demonstram que as construções sociais da masculinidade desempenham um papel crucial na identificação da VCM e da VPI, estando intimamente ligada à aceitação de normas hierárquicas de gênero como o "direito" masculino ao controle sobre os comportamentos femininos (FLOOD; PEASE, 2006; WHO, 2009).

1.2 Relações de gênero, violência por parceiro íntimo contra as mulheres e políticas públicas

O termo gênero é um conceito das ciências sociais que começou a ser utilizado pelo movimento feminista como forma de referência à organização social da relação entre os sexos e à inadequação das explicações sobre as desigualdades existentes entre mulheres e homens (SCOTT, 1995). A introdução dessa nova terminologia possibilitou a diferenciação do sexo biológico, referente às diferenças anatômicas e fisiológicas existentes entre homens e mulheres, do sexo social, que é produto das relações sociais (SCOTT, 1995). A compreensão e estudo do gênero buscava se opor à ideia comum de que haveria um determinismo biológico quando se falava em diferenças sexuais, enfatizando-se que as distinções baseadas no sexo estavam, na verdade, fundamentadas em uma construção social de dominação e controle das mulheres (GUEDES, 1995; SCOTT, 1995).

A fim de ratificar nas relações sociais o poder masculino, foram construídas concepções e ideias, apoiadas em filosofias racionalistas, acerca dos papéis próprios aos homens e às mulheres, estabelecendo-se comportamentos e ações especificamente femininas ou masculinas (LUZ, 1982; SCOTT, 1995). Nesse sentido seria socialmente esperado da

mulher um comportamento passivo, frágil, delicado e sensível e do homem a provisão, agressividade, força e virilidade (LUZ, 1982). Nessa perspectiva, os homens são ensinados a minorar seus sentimentos e emoções, e a valorizar a raiva e a violência física, modos admitidos como forma de expressão masculina, sendo que a aprovação social destas ações, muitas vezes, acaba por estimular os homens a atos violentos (MEDRADO; LYRA, 2003).

Essas imagens estereotipadas do masculino e do feminino, que levam à subordinação da mulher, têm se perpetuado, tornando-se comum sua produção e reprodução social, fato duramente questionado pelo movimento feminista (GOMES; FREIRE, 2005; GOMES et al., 2007).

O movimento feminista se iniciou em vários países da Europa e da América, entre a segunda metade do século XIX e as primeiras décadas do século XX, inspirado nos ideais de liberdade, igualdade e fraternidade, reivindicando a cidadania com base na Declaração Universal dos Direitos do Homem, proclamada na Revolução Francesa (LUZ, 1982). A partir de então o movimento feminista esteve muito ligado à luta pelos direitos humanos, direito de voto feminino, direito à igualdade e regulamentação do trabalho feminino e fundação de creches e escolas pelo Estado. Nesse período, porém, ainda não se questionava a relação homem-mulher (LUZ, 1982).

Posteriormente, por meio de embates e manifestações, emergiu a luta política das mulheres não apenas para obter certos direitos públicos, mas para questionar a dominação masculina e reconstruir a sua própria identidade (OTTO, 2004; RIBEIRO, 2011). O movimento estimulava a crítica e o debate, refletindo sobre as condições de vida da mulher e sobre a sua subalternidade social, política, econômica e cultural (RIBEIRO, 2011). Desse modo, o movimento buscou compreender a gênese das diferenças nos papéis sociais de homens e mulheres, a fim de desconstruir a cultura da dominação baseada nas supostas diferenças inerentes ao sexo (RIBEIRO, 2011). O movimento feminista teve um importante papel ao buscar compreender o gênero e extrapolar as definições binárias e estritamente biológicas da dominação masculina, uma vez que “o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder” (SCOTT, 1995, p. 86). Ao compreender que o gênero é socialmente construído, torna-se claro que a sociedade não se iniciou no modelo patriarcal, mas sim que, a partir de cada sociedade, houve a construção do feminino e do masculino (SAFFIOTI, 2003).

No âmbito social, verifica-se que os índices de violência contra as mulheres são mais elevados nas culturas em que a masculinidade é compreendida como dominante e a violência é tolerada como um meio de resolução de conflitos interpessoais (FLOOD; PEASE, 2009;

WHO, 2009). Este tipo de violência guarda ainda forte relação com o entendimento de que a agressão entre parceiros deve ser resolvida no âmbito doméstico e que terceiros não devem interferir em uma situação particular (BONFIM; LOPES; PERETTO, 2010). A ideia da VPI como fenômeno doméstico reafirma a percepção da mulher como figura restrita ao lar, o que se refletiu nas políticas públicas para as mulheres, ao longo da história.

Durante muitos anos, o valor da mulher permaneceu atrelado à maternidade, ou seja, sua importância, enquanto membro da sociedade, estava associada à responsabilidade e capacidade de gerar uma nova vida. No Brasil, na década de 1970, o Ministério da Saúde lançou o documento "Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil", com atenção focada no binômio mãe-filho (BRASIL, 1971). Dessa forma, as políticas e ações voltadas para a saúde da mulher, até o início dos anos de 1980, estavam voltadas para o ciclo gravídico, a fim de prevenir, principalmente, os agravos à saúde do feto e neonato (FORMIGA FILHO, 1999; GIFFIN, 2002).

Nos anos de 1980, diversos fatores como o fim do regime ditatorial no Brasil, bem como a manifestação de movimentos populares, entre eles o movimento de mulheres, contribuíram para que a saúde da mulher fosse compreendida para além das questões que até o momento a cerceavam, principalmente a maternidade (FARAH, 2004; LEÃO; MARINHO, 2002). Em 1984, o Brasil tornou-se signatário da Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (SÃO PAULO, 1984), sendo o sentido de discriminação entendido como:

> Toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo (UN, 1979, tradução nossa)[2].

A participação do Brasil como signatário desta convenção se constituiu em um avanço nas políticas públicas e percepção dos direitos da mulher, entretanto, a efetivação destes direitos ainda estava distante da realidade das mulheres brasileiras.

A partir dos anos de 1980, como uma resposta do Estado às demandas exigidas pela sociedade, foram lançadas as primeiras políticas públicas brasileiras que abordavam e

[2] Tradução da autora. No original: any distinction, exclusion or restriction made on the basis of sex which has the effect or purpose of impairing or nullifying the recognition, enjoyment or exercise by women, irrespective of their marital status, on a basis of equality of men and women, of human rights and fundamental freedoms in the political, economic, social, cultural, civil or any other field.

reconheciam as diferenças de gênero e, segundo Farah (2004), baseado neste reconhecimento, propunham ações diferenciadas para as mulheres.

Uma das políticas pioneiras em uma abordagem mais ampla da saúde da mulher foi o Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM) (BRASIL, 1984). Esse programa procurou entender a saúde da mulher de forma global, contemplando todas as fases do ciclo vital, incluindo temas como sexualidade e planejamento familiar e incorporando como princípios norteadores a descentralização, hierarquização, regionalização e equidade da atenção (BRASIL, 1984). Apesar de inovador e abrangente, o PAISM ainda não contemplava o conceito de gênero como definido, porém seu modo de repensar a mulher como sujeito ativo no processo de saúde foi um grande avanço (BRASIL, 1984). Ainda na década de 1980, houve a criação do primeiro Conselho Estadual da Condição Feminina, em 1983, e da primeira Delegacia de Defesa da Mulher, em 1985 (FARAH, 2004), que se constituíram em marcos importantes no combate à violência contra a mulher.

Em 1988, a Constituição Federal do Brasil apontou alguns avanços em relação à violência contra a mulher, não de forma específica, mas considerando-a como membro da família, através do artigo 226 § 8, no qual "O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações" (BRASIL, 1988, p. 36).

No ano de 1994 aconteceu, no Brasil, a Convenção de Belém do Pará, ratificando ações para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA), 1996). Esta convenção se constituiu em importante marco na discussão da violência contra a mulher, retomando o conceito de violência utilizado pelas Nações Unidas, em 1993, e destacando a importância da compreensão do gênero no fenômeno da violência, em oposição à ideia de uma submissão natural da mulher, se configurando, posteriormente, em um dos subsídios para a formulação da Lei Maria da Penha (ALMEIDA, 2011; OEA, 1996; UN, 1993).

A Lei nº 11.340/2006, também conhecida como Lei Maria da Penha, configurou-se como uma resposta do Estado brasileiro à luta dos movimentos feministas e às recomendações da Convenção de Belém do Pará e da Convenção da ONU sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, das quais o Brasil é signatário (BRASIL, 2012c). Em sua ementa, é apresentado que a Lei:

> Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra

> as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências (BRASIL, 2006, seção 1, p. 1).

A criação da Lei Maria da Penha se constitui em grande avanço nas políticas públicas de proteção à mulher, através da qual mulheres em situação de violência têm seus direitos e proteção assegurados, proporcionando maior empoderamento das mesmas.

No ano seguinte ao da criação desta lei, foi lançado o Pacto Nacional Pelo Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (BRASIL, 2007), no qual foram reunidas ações a serem executadas no período de 2008 a 2011, com o objetivo de prevenir e defrontar a VCM. Um dos objetivos do Pacto foi a consolidação da Lei, sendo então criado o Observatório Para Implementação da Lei Maria da Penha, com o objetivo de acompanhar o processo de efetivação da mesma (ALMEIDA, 2011).

Apesar desses esforços e avanços relativos às políticas públicas, percebe-se na prática profissional que o atendimento às mulheres ainda é dificultado pela invisibilidade da violência, pela legitimação da VCM e VPI como problemas domésticos, e pela diminuição da aptidão das mulheres para buscar proteção (WHO, 2010).

Com base no exposto, entende-se que, durante a gestação, a mulher utiliza com maior frequência os serviços de saúde, seja para consulta pré-natal, coleta e busca do resultado de exames ou para consultas de emergência e, após o parto, retorna para consulta pós-natal e acompanhamento de puericultura. A presença mais constante da mulher no serviço de saúde/maternidade atua como fator facilitador na construção de vínculo com a equipe de saúde e favorece a identificação de casos de violência (RODRIGUES, 2007).

Nesse sentido, considerando todas as consequências para a saúde materna e neonatal resultantes da VPI contra as gestantes e também a pouca visibilidade deste fenômeno, é importante ressaltar a necessidade de estudos que analisem a situação destas gestantes e que forneçam subsídios para a prática profissional junto a estas mulheres.

Portanto, este estudo justifica-se pela importância de se conhecer e analisar os aspectos relacionados às repercussões obstétricas e neonatais das gestantes que vivenciam situação de VPI, e busca responder à seguinte indagação:

Quais os resultados obstétricos e neonatais que estão associados à ocorrência de violência na gestação?

Os resultados deste trabalho buscam dar visibilidade ao problema enfrentado pelas gestantes, além de fornecer subsídios para uma assistência obstétrica mais adequada, sensibilizando os profissionais de saúde para as questões de violência contra a gestante e para o acolhimento e suporte adequados às principais demandas dessas mulheres.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Analisar a violência praticada por parceiro íntimo entre gestantes usuárias do serviço de pré-natal de uma maternidade pública de Ribeirão Preto-SP e suas repercussões obstétricas e neonatais.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a prevalência de casos de violência por parceiro íntimo entre gestantes usuárias do serviço de pré-natal de uma maternidade pública de Ribeirão Preto-SP e classificar quanto ao tipo e frequência;
- Identificar fatores sociais e demográficos das gestantes e seus parceiros que possam estar associados a episódios de violência;
- Identificar os resultados obstétricos e neonatais e suas associações com a ocorrência da violência por parceiro íntimo contra a mulher na gestação atual.

3 Métodos

Esta pesquisa se integrou a um estudo maior, desenvolvido em parceria interinstitucional, entre um grupo de pesquisadores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP e do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Os pesquisadores envolvidos tiveram participação estratégica no desenvolvimento de projetos que contemplaram a situação de violência contra a mulher, nas diferentes fases do ciclo gravídico-puerperal, tendo como objeto de investigação os efeitos da violência na saúde reprodutiva da mulher, com enfoque no ciclo gravídico-puerperal e na amamentação.

3.1 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Centro de Referência à Saúde da Mulher - MATER (CRSM-MATER) e no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP), ambos situados na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, sendo as duas instituições campos de ensino e pesquisa da EERP e da FMRP da USP.

O município de Ribeirão Preto destaca-se na área da saúde, sendo referência regional. O CRSM-MATER, desde 2009, compõe os serviços da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo mantido com recursos orçamentários da própria Secretaria e do Sistema Único de Saúde (SUS), sob administração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP com interveniência da Fundação de Apoio ao Ensino e Pesquisa (FAEPA). Cerca de um terço dos partos do SUS da cidade de Ribeirão Preto é realizado no CRSM-MATER. Desde sua fundação em 1998, este Centro está inserido no sistema de referência para assistência aos partos de baixo risco, atendendo a mais de 25 municípios da Divisão Regional de Saúde de Ribeirão Preto DRS-XIII. Está integrado ao Projeto Nascer do município que tem como objetivo acompanhar as gestantes provenientes da Rede Básica de Saúde do município de Ribeirão Preto, desde o último trimestre até o final do ciclo gravídico-puerperal. O CRSM-MATER é credenciado como Hospital Amigo da Criança desde 2002 (NAKANO, 2009).

O HC-FMRP, inaugurado em 1956, é um hospital público, de grande porte, alta complexidade, vinculado administrativamente à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e associado à USP para fins de ensino, pesquisa e prestação de serviços médico-hospitalares, que atende a pacientes do município, de várias cidades da região e também de outros Estados. Para este estudo, utilizaram-se dados das participantes encaminhadas do CRSM-MATER para a Clínica de Ginecologia e Obstetrícia do HC-FMRP, localizada no 8º andar e também de seus recém-nascidos

que permaneceram em companhia da mãe ou foram encaminhados à Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal, também no 8º andar ou à Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal, localizada no 7º andar. A clínica de Obstetrícia do HC-FMRP é referência regional no atendimento à gestação de alto risco, à moléstia infecciosa na obstetrícia e no pré-natal patológico (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, 2011).

3.2 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional descritivo e analítico.

Os estudos observacionais se caracterizam pela não intervenção do pesquisador na realidade, em que apenas observa e registra as informações de seu interesse para análise posterior (PEREIRA, 2008).

Os estudos descritivos são utilizados para analisar a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos, podendo ser de incidência ou prevalência. Possui objetivo de identificar grupos de risco, o que informa sobre as necessidades e as características dos segmentos que poderiam beneficiar-se, de alguma forma, de medida saneadora; sugerir explicações para as variações de frequência, o que serve de base ao prosseguimento de pesquisas sobre o assunto, através de estudos analíticos (PEREIRA, 2008).

3.3 População e amostra

A população de referência foi constituída por todas as gestantes que receberam assistência pré-natal no CRSM-MATER. O cálculo amostral foi realizado com informações de prevalência sobre VPI na gestação (LUDERMIR et al., 2010). Utilizando o programa *Power Analysis and Sample Size* (PASS) versão 2002, foi calculada uma amostragem sistemática probabilística, com base em uma população finita de 1.600 gestantes, considerando-se o período de coleta de dados de maio a dezembro de 2012 e as seguintes informações: a prevalência de 30,7% de VPI na gestação, com uma precisão de 5%, para uma estimativa com 95% de confiança e calculando-se 15% a mais para perdas. O intervalo de amostragem foi de quatro, e a sequência se iniciou na segunda mulher do primeiro dia de

coleta, decidido por sorteio no PASS. Assim, a amostra contou com 232 gestantes que preencheram os seguintes critérios de inclusão:

– Gestantes com idade entre 15 e 49 anos que estão em seguimento de pré-natal e são referenciadas à maternidade pelo Projeto Nascer;

– Gestantes que tiveram o relacionamento com parceiro íntimo durante a gestação, independente de coabitação.

Os critérios de exclusão foram:

– Gestantes com deficiência auditiva, visual ou cognitiva;

– Gestantes desorientadas quanto ao tempo, espaço ou pessoa;

– Gestantes que se declararem não alfabetizadas, independente da escolaridade;

– Gestantes com gestação múltipla.

3.4 Procedimento de coleta de dados

Antes do início da coleta de dados, houve um treinamento com as quatro pesquisadoras responsáveis pela coleta, a fim de evitar viés causado pelas mesmas. Após o treinamento, estas pesquisadoras realizaram as primeiras coletas em duplas, momento que ocorreu durante o estudo-piloto deste trabalho.

As gestantes que compareceram ao seguimento do pré-natal no CRSM-MATER e preencheram os critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo. Os dados foram coletados no período de maio a dezembro de 2012, por meio de entrevista estruturada por um questionário e por informações obtidas dos prontuários das mulheres participantes do estudo.

Para coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos. O primeiro instrumento foi adaptado especificamente para este estudo, tendo como base o modelo proposto por Schraiber et al. (2002), adaptado por Marinheiro (2004) e Rodrigues (2007). Embora não seja específico para identificar a violência na gestação, mas sim a violência contra a mulher, o questionário de Schraiber et al. (2002) foi inspirado no modelo americano *Abuse Assessment Screen* (AAS) (NORTON et al., 1995), para ser utilizado em serviços de saúde e investiga a violência psicológica e sexual de forma mais abrangente, bem como a violência por parceiro íntimo. Este instrumento é de domínio público, disponibilizado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005) e já foi utilizado em diversas pesquisas. Utilizou-se como base a versão

adaptada por Rodrigues (2007), já que a autora usou o instrumento junto às mulheres atendidas na mesma instituição em que foi desenvolvido o presente estudo, adaptando a interrogação da violência dos últimos 12 meses para o período da gestação. Este primeiro instrumento de coleta de dados está dividido em duas partes: a primeira contendo características sociodemográficas da gestante e seu parceiro e características obstétricas, e a segunda parte com questões relacionadas à violência (APÊNDICE A).

O segundo instrumento de coleta de dados (APÊNDICE B) foi construído especificamente para este estudo e contempla as variáveis relacionadas aos resultados obstétricos e neonatais das mulheres participantes, foi submetido à validação de conteúdo por juízes especialistas. Para esta validação, foram convidadas três especialistas com experiência clínica e de pesquisa sobre a temática estudada. Após serem informadas e aceitarem participar, estas especialistas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) e receberam uma carta explicativa, o instrumento a ser validado e um formulário de avaliação. Após a apreciação dos juízes, foram feitas as adequações necessárias.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos: o primeiro momento no dia da primeira consulta de pré-natal da gestante no serviço (em torno de 37 semanas de gestação) no qual a mesma foi convidada a participar do estudo e, após o aceite, foi aplicado o primeiro instrumento de coleta de dados, referente aos dados sociodemográficos, características obstétricas e investigação da violência. Cabe ressaltar que as entrevistas com as gestantes foram realizadas no próprio serviço, em local privativo, sem a presença de acompanhante e após a consulta de pré-natal.

O segundo momento de coleta de dados foi realizado no pós-parto imediato, e as informações foram obtidas dos prontuários das mulheres participantes do estudo e de seus filhos recém-nascidos, com a utilização do segundo instrumento de coleta versando sobre os resultados obstétricos e neonatais. Os prontuários foram selecionados a partir dos dados obtidos através do primeiro momento da coleta, quando se aplicou o primeiro questionário às gestantes.

Durante a realização da coleta de dados, foram identificadas participantes que iniciaram o acompanhamento de pré-natal no CRSM-MATER e, por alguma razão, foram encaminhadas para resolução da gestação no HC-FMRP. Estas participantes tiveram o segundo momento da coleta de dados realizado nesta última instituição.

Destaca-se que foi realizado um estudo-piloto em abril de 2012, com a finalidade de definir a operacionalização do trabalho e realizar ajustes relacionados à identificação do momento mais oportuno para a coleta de dados, espaço físico e horários adequados para a realização das entrevistas e para abordar as participantes. Para o estudo-piloto, as

participantes também foram puérperas atendidas no CRSM-MATER, seguindo-se os mesmos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Os dados coletados no estudo-piloto foram excluídos da pesquisa.

3.5 Variáveis do estudo

As questões dos instrumentos de coleta de dados abordam as seguintes variáveis:

Variável dependente

É a ocorrência da violência praticada por parceiro íntimo durante a gestação atual.

Esta variável foi verificada conforme o resultado da aplicação do primeiro instrumento de coleta de dados, descrito anteriormente.

Variáveis independentes

Variáveis relacionadas às características sociodemográficas e hábitos de vida da participante e de seu parceiro íntimo:

- Idade da participante: em anos completos na data da coleta de dados;
- Cor da pele autorreferida pela participante: branca, preta, amarela, parda ou vermelha;
- Escolaridade da participante: em anos estudados;
- Religião da participante: católica, evangélica, espírita, protestante, judaica, afro-brasileira, budista, muçulmana, testemunha de Jeová, anglicana, agnóstica, ateia, crê em Deus, mas não tem religião, outras;
- Ocupação da participante: desempregada, do lar, no mercado formal, no mercado informal, estudante;
- Hábito de fumar da participante: sim ou não;
- Número de cigarros que a participante fuma por dia;
- Hábito de beber da participante: sim ou não;
- Hábito de usar drogas ilícitas da participante: sim ou não;
- Estado civil da participante: solteira, casada, viúva, divorciada/separada;
- Estado marital da participante: vivendo com um parceiro, independente do sexo; tem um parceiro mas não vive junto; teve parceiro na gravidez, porém o relacionamento terminou;

- Tempo de relacionamento com o parceiro em meses;
- Idade do parceiro da participante: em anos completos na data da coleta de dados;
- Escolaridade do parceiro da participante: em anos estudados;
- Ocupação do parceiro da participante: desempregado, do lar, no mercado formal, no mercado informal, estudante;
- Hábito de fumar do parceiro da participante: sim ou não;
- Número de cigarros que o parceiro da participante fuma por dia;
- Hábito de beber do parceiro da participante: sim ou não;
- Hábito de usar drogas ilícitas do parceiro da participante: sim ou não;
- Situação de moradia: própria, alugada, emprestada, invadida;
- Renda familiar em salários-mínimos;
- Provedor da renda familiar: participante, companheiro, ambos, outros;

Variáveis relacionadas à convivência com o parceiro:

- Convivência com o parceiro na maioria das vezes: boa ou ruim;
- Convivência com o parceiro após a gestação: não mudou, piorou, melhorou;

Variáveis obstétricas:

- Número de gestações;
- Gestação atual planejada: sim ou não;
- Gestação atual desejada: sim ou não;
- Número de partos anteriores;
- Número de partos normais anteriores;
- Número de cesáreas anteriores;
- Número de partos com fórceps anteriores;
- Número de abortos;
- Ocorrência de parto prematuro anterior: sim ou não;
- Número de filhos vivos;
- Número de filhos natimortos;
- Número de filhos que morreram logo após o nascimento;
- Idade gestacional do início das consultas pré-natais em semanas;
- Número de consultas pré-natais realizadas ao longo da gestação;

- Intercorrências na gestação atual: hipertensão arterial sistêmica (sim ou não); pré-eclâmpsia (sim ou não); eclâmpsia (sim ou não); diabetes gestacional (sim ou não); doenças sexualmente transmissíveis (sim ou não); sangramentos (sim ou não); crescimento uterino restrito (sim ou não); vulvovaginites (sim ou não); infecção do trato urinário (sim ou não); descolamento prematuro de placenta (sim ou não); trabalho de parto prematuro nesta gravidez (sim ou não); bolsa rota prematura (sim ou não);
- Intercorrências no trabalho de parto: hipertensão arterial sistêmica (sim ou não); pré-eclâmpsia (sim ou não); eclâmpsia (sim ou não); sangramentos (sim ou não); descolamento prematuro de placenta (sim ou não); rotura uterina (sim ou não); sofrimento fetal agudo (sim ou não); analgesia durante o trabalho de parto (sim ou não); acompanhante durante o trabalho de parto (sim ou não), se sim, quem (companheiro, mãe, sogra, pai, irmãos, amigos, outros);
- Intercorrências no parto: rotura uterina (sim ou não); pico hipertensivo (sim ou não); hipotensão arterial (sim ou não); eclâmpsia (sim ou não); sangramento (sim ou não); acretismo placentário (sim ou não); mecônio intra-útero (sim ou não); laceração do períneo (primeiro grau, segundo grau, terceiro grau, quarto grau, não teve); intercorrências anestésicas (sim ou não);
- Tipo de parto: normal, cesárea, fórceps;
- Intercorrências no pós-parto: hipertensão arterial sistêmica (sim ou não); pré-eclâmpsia (sim ou não); eclâmpsia (sim ou não); sangramentos (sim ou não); retenção placentária (sim ou não); hipotonia uterina (sim ou não); infecção puerperal (sim ou não); trauma mamilar (sim ou não); ingurgitamento mamário (sim ou não); corioaminioite (sim ou não); infecção do trato urinário (sim ou não); infecção do sítio cirúrgico (sim ou não); puérpera encaminhada a outro serviço (sim ou não); óbito materno (sim ou não);

Variáveis neonatais:

- Idade gestacional em semanas do parto prematuro anterior;
- Idade gestacional da criança ao nascer, em semanas;
- Sexo do recém-nascido: masculino ou feminino;
- Índice de Apgar no primeiro minuto de vida: pontuação entre 0 e 10;
- Índice de Apgar no quinto minuto de vida: pontuação entre 0 e 10;

- Peso ao nascer em gramas;
- Comprimento ao nascer em centímetros;
- Amamentação na 1ª hora pós-parto: sim ou não;
- Intercorrência ao nascer: cianose (sim ou não); bradicardia (sim ou não); parada respiratória (sim ou não); alteração do tônus muscular (atonia, hipotonia, hipertonia, não teve); hipotermia (sim ou não); parada cardiorrespiratória (sim ou não); dificuldade respiratória (sim ou não); malformação (sim ou não);
- Procedimentos realizados no nascimento: contato pele a pele (sim ou não); aspiração de vias aéreas superiores (sim ou não); uso de oxigênio (sim ou não); uso de máscara e ventilador manual (sim ou não); intubação traqueal (sim ou não); massagem cardíaca (sim ou não); aspiração gástrica (sim ou não); lavagem gástrica (sim ou não);
- Encaminhamento do recém-nascido após o parto: alojamento conjunto, unidade de cuidados intermediários, unidade de terapia intensiva;
- Tempo de permanência na unidade de cuidados intermediários ou unidade de terapia intensiva em horas;
- Recém-nascido encaminhado a outro serviço: sim ou não;
- Intercorrências durante a internação: hipoglicemia (sim ou não); desidratação (sim ou não); icterícia (sim ou não); impetigo (sim ou não); dificuldade respiratória (sim ou não);
- Necessidade de a equipe contatar a assistente social: sim ou não;
- Necessidade de a equipe contatar o Conselho Tutelar: sim ou não;
- Tempo de internação em dias;
- Óbito neonatal durante e internação;
- Em caso de óbito, com quantas horas de vida.

3.6 Processamento e análise dos dados

Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica estruturada no Microsoft Excel, por meio de dupla digitação, o que possibilitou a validação dos dados digitados para eliminar possíveis erros e garantir confiabilidade na compilação dos dados. A análise dos

dados foi realizada com a utilização do programa estatístico *Statistical Analysis System* SAS® 9.0.

Para caracterizar a amostra, a análise dos dados foi fundamentada na estatística descritiva, o que permitiu indicar a variabilidade dos valores das variáveis do estudo. Para as variáveis qualitativas, foram apresentadas as frequências absolutas e relativas de cada categoria. Para as variáveis quantitativas, foram apresentados as médias e medianas, os desvios-padrão e os valores mínimos e máximos para indicar a variabilidade dos dados.

Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas, a técnica estatística utilizada foi o Teste Exato de Fisher (FISHER, 1935). Além disso, a quantificação desta associação foi mensurada por meio de modelos de Regressão Logística (HOSMER; LEMESHOW, 1989) onde se calculou o Odds Ratio bruto (OR) com seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

Foi utilizado, também, o Teste de McNemar para testar mudanças de categorias ocorridas em razão de aplicação de um determinado tratamento aos dados da amostra; este teste é aplicado a casos onde cada elemento é tomado como seu próprio controle, tendo duas situações: antes e depois (CAMPOS, 1983). Neste estudo foi utilizado para confirmar se houve mudança na ocorrência da VPI, antes da gestação e com a gestação.

Para todas as análises estatísticas, foram considerados significativos valores de *p* menores que 0,05.

3.7 Aspectos éticos

Quanto aos aspectos éticos, foram seguidas as normas para pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Inicialmente, foi obtida a autorização da diretoria do CRSM – MATER e do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do HCFMRP-USP, onde o estudo foi realizado e, após esta aprovação, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sendo aprovado sob nº 1383/2011.

As entrevistas foram realizadas em local privativo e sem a presença de acompanhantes, após as participantes receberem as informações sobre a pesquisa, concordarem em participar e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D). Para as gestantes de 15 a 17 anos, 11meses e 29 dias, foi solicitada

ao CEP a dispensa da assinatura do TCLE pelo representante legal, já que, por se tratar de uma pesquisa que investiga a ocorrência de violência, o representante legal pode não ter interesse em autorizar a participação da mesma na pesquisa, sendo solicitada a assinatura do Termo de Assentimento para Menores (APÊNDICE E).

Ainda com relação aos aspectos éticos, para a mulher participante, o questionário aplicado tratou de experiências de sua vida íntima, com a possibilidade de riscos emocionais como tristeza, angústia e medo durante e entrevista. Assim, quando necessário, a participante foi auxiliada na obtenção de atendimento psicológico e suporte adequado no serviço público, por meio da rede social de apoio de Ribeirão Preto para atenção integral às pessoas em situações de violência ou condições de risco. Além disso, após o término da entrevista, cada participante recebeu um folheto informativo sobre violência doméstica, contendo a relação dos serviços que visam à proteção da mulher no município de Ribeirão Preto e região (PEDROSA, 2005). Considerando os recém-nascidos filhos das participantes, esta pesquisa não acrescentou nenhum risco para os mesmos, visto que os dados referentes aos resultados neonatais foram obtidos por meio da análise de prontuários.

4 Resultados

4.1 Caracterização das participantes do estudo

Fizeram parte deste estudo 232 mulheres, com idade entre 15 e 43 anos, com média de 25 anos e desvio-padrão (DP) de 6,2 anos. A faixa etária predominante foi a de 19 a 29 anos (58,2%).

A Tabela 1 apresenta a distribuição das participantes do estudo quanto às variáveis: faixa etária, cor autorreferida, escolaridade, ocupação, hábito de fumar, hábito de beber, uso de drogas ilícitas, estado marital, renda familiar em salários-mínimos e provedor da família.

Quando interrogadas quanto à cor da pele, a maioria das participantes (93 participantes - 40,1%) declarou que a cor de sua pele era parda. Com relação aos anos de estudo, a média foi de 9,6 anos (DP= 2,43), sendo o mínimo 1 e o máximo 17 anos de estudo. A maior porcentagem das mulheres (55,0%) declarou ter entre 9 e 11 anos de estudo.

Quanto à ocupação, 137 (59%) afirmaram não possuir trabalho remunerado. No que se refere à religião, 183 (78,8%) participantes declararam ter alguma religião, sendo: 98 (42,3%) católicas; 73 (31,5%) evangélicas; 7 (3,0%) espíritas; 3 (1,3%) testemunhas de Jeová; 1 (0,4%) budista e 1 (0,4%) tem outra religião não citada; das demais participantes, 48 (20,7%) declararam crer em Deus, mas não têm religião, e 1 (0,4%) é agnóstica.

Quanto ao hábito de fumar, beber e usar drogas ilícitas, 218 (94,0%) se declararam como não fumantes; 206 (86,6%) declararam não fazer uso de bebida alcoólica e 21 (9%) declararam fazer uso frequente de bebida; 229 participantes (98,7%) declararam não fazer uso de qualquer tipo de droga ilícita.

Com relação ao estado marital, a maioria das mulheres entrevistadas coabitava com um companheiro (181 - 78,0%), e o tempo de relacionamento foi em média de 60,2 meses de duração (DP= 48,6), variando de, no mínimo, 2 meses ao máximo de 252 meses. Quanto ao estado civil, 152 entrevistadas (65,5%) se declararam solteiras, 76 (32,8%) casadas e 4 (1,7%) separadas ou divorciadas.

A renda familiar foi informada por 202 participantes, variando entre 1 e 13 salários-mínimos, sendo em média 2,5 salários-mínimos (DP= 1,3). A maior porcentagem das participantes (111- 47,9%) declarou que o provedor da renda familiar era o parceiro.

Tabela 1 – Distribuição das participantes do estudo, segundo faixa etária, cor autorreferida, escolaridade, ocupação, hábito de fumar, hábito de beber, uso de drogas ilícitas, estado marital, provedor da renda familiar e renda familiar. Ribeirão Preto, 2013

Faixa etária em anos (n= 232)	**Frequência**	**%**
15- 18	36	15,5
19- 29	135	58,2
30 ou mais	61	26,3
Cor autorreferida (n=232)	**Frequência**	**%**
Parda	93	40,1
Branca	83	35,8
Preta	45	19,4
Amarela	11	4,7
Escolaridade em anos estudados (n=231)	**Frequência**	**%**
1 a 8 anos	74	32,0
9 a 11 anos	127	55,0
12 anos ou mais	30	13,0
Ocupação (n=232)	**Frequência**	**%**
Mercado formal ou informal	95	41,0
Do lar (não remunerado)	71	30,6
Desempregada	56	24,1
Estudante	10	4,3
Hábito de fumar (n=232)	**Frequência**	**%**
Sim	14	6,0
Não	218	94,0
Hábito de beber (n=232)	**Frequência**	**%**
Não bebe	201	86,6
Bebe eventualmente	10	4,3
Bebe frequentemente	21	9,0
Uso de drogas ilícitas (n=232)	**Frequência**	**%**
Sim	3	1,3
Não	229	98,7
Estado marital (n=232)	**Frequência**	**%**
Coabita com um parceiro	181	78,0
Tem parceiro, mas não coabita com ele	32	13,8
Atualmente não tem parceiro	19	8,2
Provedor da renda familiar	**Frequência**	**%**
Parceiro	111	47,9
Participante	20	8,6
Parceiro e participante	58	25,0
Outros	43	18,5
Renda familiar em salários-mínimos de R$ 622,00 (n=202)		
Média: 2,55 (DP=1,34) Mínimo: 1,0 Mediana: 2,0 Máximo: 13,0		

Analisando-se as características obstétricas das participantes, na Tabela 2 pode-se observar a distribuição das mulheres segundo número de gestações, ocorrência de abortos e número de filhos vivos. A média do número de gestações (incluindo a gestação atual) foi de 2,1 (DP=1,27), sendo o mínimo de 1 e o máximo de 6 gestações. 35 mulheres (15,0%)

referiram ocorrência de aborto anterior, e 106 (45,7%) declararam não ter nenhum filho vivo (desconsiderando-se a gestação atual).

Além disso, a média de filhos por mulher, desconsiderando-se a gestação atual, foi de 1,6 (DP= 0,99), sendo o mínimo de 1 e o máximo de 6 filhos.

Tabela 2 – Distribuição das participantes do estudo, segundo número de gestações, ocorrência de abortos e número de filhos vivos. Ribeirão Preto, 2013

Número de gestações incluindo a atual (n=232)		
Média: 2,1 (DP= 1,27)		
Mínimo: 1,0		
Mediana: 2,0		
Máximo: 8,0		
Ocorrência de aborto (n=232)	**Frequência**	**%**
Sim	35	15,0
Não	197	85,0
Número de filhos vivos, desconsiderando a gestação atual (n=232)	**Frequência**	**%**
Nenhum filho	106	45,7
1 filho	77	33,2
2 ou mais filhos	49	21,1

A Tabela 3 apresenta a distribuição das participantes, segundo as características obstétricas referentes à gestação atual. A maioria das mulheres (156 - 67,2%) declarou que a atual gestação não foi planejada, no entanto, para 206 mulheres (88,8%), a gravidez foi considerada desejada.

Foram obtidos dados sobre o início do pré-natal de 190 participantes, destas, 119 (62,6%) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação. Ainda sobre esta variável, observa-se que o início do pré-natal variou entre 4,1 e 28,3 semanas, sendo que a média de início do pré-natal foi de 12 semanas (DP= 4,6). Quanto ao número de consultas de pré-natal, foram obtidos dados de 229 mulheres, sendo que 220 (96%) realizaram 6 ou mais consultas ao longo da gestação.

Com relação às intercorrências obstétricas, 99 mulheres (42,7%) tiveram alguma intercorrência durante a gestação, 11 (4,7%) tiveram alguma intercorrência no trabalho de parto, 83 (35,8%), no parto e 89 (38,4%), alguma intercorrência no período pós-parto.

A maioria das participantes do estudo teve parto normal (146 - 62,9%).

Tabela 3 – Distribuição das participantes do estudo, segundo planejamento e desejo da gravidez, idade gestacional (IG) do início do pré-natal, número de consultas de pré-natal, intercorrências na gestação, intercorrências no trabalho de parto, tipo de parto, intercorrências durante o parto e intercorrências no pós-parto. Ribeirão Preto, 2013

Planejou a gestação atual (n=232)	**Frequência**	**%**
Sim	76	32,8
Não	156	67,2
Desejou a gestação atual (n=232)	**Frequência**	**%**
Sim	206	88,8
Não	26	11,2
IG do início do pré-natal por trimestre (n=190)	**Frequência**	**%**
1º trimestre	119	62,6
2º trimestre	68	35,8
3º trimestre	3	1,6
Número de consultas de pré-natal (n=229)	**Frequência**	**%**
1 a 5 consultas	9	4,0
6 ou mais	220	96,0
Intercorrências durante a gestação (n=232)	**Frequência**	**%**
Sim	99	42,7
Não	133	57,3
Intercorrências durante o trabalho de parto (n=232)	**Frequência**	**%**
Sim	11	4,7
Não	221	95,3
Tipo de parto (n=232)	**Frequência**	**%**
Normal	146	62,9
Cesárea	77	33,2
Fórceps	9	3,9
Intercorrências durante o parto (n=232)	**Frequência**	**%**
Sim	83	35,8
Não	149	64,2
Intercorrências no pós-parto (n=232)	**Frequência**	**%**
Sim	89	38,4
Não	143	61,6

Das 99 participantes que tiveram intercorrências na gestação, 52 (52,5%) tiveram infecção do trato urinário, 28 (28,3%) tiveram vulvovaginite, 14 (14,1%) tiveram hipertensão arterial gestacional, 8 (8,1%), bolsa rota prematura, 6 (6,0%), algum tipo de sangramento, 4 (4,0%), trabalho de parto prematuro, 4 (4,0%), diabetes gestacional, 4 (4,0%) tiveram alguma doença sexualmente transmissível (DST), 3 (3,0%), pré-eclâmpsia, 2 (2,0%), crescimento uterino restrito e 1 (1,0%) teve descolamento prematuro de placenta. A mesma gestante pode ter sido acometida por mais de uma intercorrência, por esta razão a somatória final da prevalência das intercorrências ultrapassa os 100%. Destaca-se que, 19 participantes (8,2%) foram encaminhadas para resolução da gestação no HCFMRP.

Acerca das mulheres que tiveram intercorrências durante o trabalho de parto (n=11), observou-se que 6 (54,5%) tiveram hipertensão arterial sistêmica e 4 (36,4%) tiveram pré-eclâmpsia. Também durante o trabalho de parto, salienta-se que 124 participantes (53,4%) receberam analgesia.

Das participantes que tiveram alguma intercorrência durante o parto (n=83), 58 (69,0%) tiveram laceração, 2 (2,4%) tiveram hipertensão arterial sistêmica, 1 (1,2%) teve sangramento e 1 (1,2%) teve acretismo placentário.

Com relação às 89 mulheres que tiveram algum tipo de intercorrência no pós-parto, 83 (93,3%) tiveram trauma mamilar, 4 (4,5%) hipertensão arterial, 4 (4,5%) ingurgitamento mamário, 3 (3,4%), sangramento uterino, 2 (2,25%), hipotensão arterial, 1 (1,1%) teve retenção placentária e 1 (1,1%), infecção puerperal.

A seguir, são apresentadas as características dos parceiros das participantes.

Com relação à idade dos parceiros (n=176), a média foi de 27,6 anos (DP=6,05), variando entre 17 e 47 anos. A Tabela 4 apresenta algumas características dos parceiros que tinham faixa etária predominante de 19 a 29 anos (62,5%). A maioria dos parceiros (n=189) tinha de 9 a 11 anos de estudo (96 -50,8%). Ainda sobre a variável escolaridade, a média de estudos foi de 9,2 anos (DP= 2,62), mínimo de 2 e máximo de 15 anos estudados.

Tabela 4 – Distribuição dos parceiros das participantes do estudo, segundo faixa etária, escolaridade, ocupação, hábito de fumar, hábito de beber e uso de drogas ilícitas. Ribeirão Preto, 2013

Faixa etária em anos (n= 176)	**Frequência**	**%**
15- 18	7	3,98
19- 29	110	62,5
30 ou mais	59	33,5
Escolaridade em anos estudados (n=231)	**Frequência**	**%**
1 a 8 anos	72	38,1
9 a 11 anos	96	50,8
12 anos ou mais	21	11,1
Ocupação (n=231)	**Frequência**	**%**
Mercado formal ou informal	214	92,7
Do lar (não remunerado)	1	0,4
Desempregado	16	6,9
Hábito de fumar (n=232)	**Frequência**	**%**
Sim	46	19,8
Não	186	80,2
Hábito de beber (n=232)	**Frequência**	**%**
Não bebe	115	49,6
Bebe eventualmente	48	20,7
Bebe frequentemente	69	29,7
Uso de drogas ilícitas (n=230)	**Frequência**	**%**
Não	211	91,7
Sim	19	8,3

Acerca da ocupação (n=231), 214 (92,7%) possuíam trabalho remunerado, sendo que 150 (65%) atuavam no mercado formal e 64 (27,7%) no mercado informal. As participantes informaram que 46 (19,%) dos companheiros tinham o hábito de fumar, 117 (50,4%) tinham o hábito de beber e 19 (8,3%) faziam uso de algum tipo de droga ilícita.

Com relação aos neonatos filhos das participantes do estudo (n=232), a média de idade gestacional ao nascer foi de 39,8 semanas (DP= 1,3), sendo o mínimo 36 semanas e o máximo 42,8 semanas.

A Tabela 5 apresenta as características dos neonatos. A maioria deles teve nascimento a termo (220 – 94,8%), era do sexo feminino (131 - 56,5%) e nasceu com índice de Apgar no primeiro minuto de vida variando entre 7 e 10 (205 - 88,4%), e Apgar no quinto minuto de vida também variando entre 7 e 10 (230 - 99,1%).

No que se refere ao peso ao nascer, a média foi de 3,305 gramas (DP= 453,9), com mínimo de 1,730 gramas e máximo de 4,425 gramas, sendo que 3,9% tiveram baixo peso ao nascer (< 2,499g). Quanto à amamentação, 51 (26,1%) sugaram na primeira hora pós-parto.

Observou-se que 79 (34,0%) neonatos apresentaram algum tipo de intercorrência ao nascer. Dentre estas intercorrências (n= 79), 55 (69,6%) apresentaram cianose, 52 (65,8%) alteração do tônus muscular, 34 (43,0%), dificuldade respiratória, 13 (16,7%), bradicardia, 4 (5,0%), parada respiratória, 1 (1,3%) apresentou parada cardiorrespiratória e 1 (1,3%), algum tipo de malformação.

Dos 232 nascidos, 214 (92,2%) passaram por algum tipo de procedimento (invasivo ou não) ao nascer. Dentre estes, 148 (69,2%) tiveram aspiração das vias aéreas superiores, 106 (53,5%) realizaram contato pele a pele com a mãe, 38 (17,8%) tiveram lavagem gástrica, 19 (8,9%) receberam oxigênio, 16 (7,5%) tiveram aspiração gástrica, 15 (7,0%) tiveram intubação orotraqueal, 14 (6,5%) fizeram uso de máscara e ventilador manual e 1 (0,5%) recebeu massagem cardíaca.

Com relação ao encaminhamento após o nascimento, 205 (88,4%) recém-nascidos (n=232) foram encaminhados ao alojamento conjunto, 26 (11,2%), à unidade de cuidados intermediários (UCIN), 1 foi encaminhado (0,4%) à unidade de cuidados intensivos neonatal (UTI) e, posteriormente, 8 (3,4%) foram encaminhados a outras instituições de saúde.

O tempo de internação dos recém-nascidos na maternidade onde nasceram foi em média de 2,44 dias (DP= 1,96), sendo a permanência mínima 1 dia e a máxima 22 dias. Ao longo da internação, 55 (23,7%) neonatos apresentaram algum tipo de intercorrência, sendo que, dentre estes (n= 55), 28 (50,0%) apresentaram icterícia, 22 (39,3%), dificuldade

respiratória, 12 (21,4%) apresentaram hipoglicemia, 2 (3,6%), desidratação e 1 (1,8%) apresentou impetigo.

Tabela 5 – Distribuição dos filhos das participantes do estudo, segundo idade gestacional ao nascer, sexo, Apgar no primeiro minuto de vida, peso ao nascer, amamentação na primeira hora pós-parto, intercorrências ao nascer, procedimentos realizados logo após o nascimento, intercorrências durante a internação e tempo de internação. Ribeirão Preto, 2013

Idade gestacional da criança ao nascer (n=232)	**Frequência**	**%**
Pré-termo (< 37 semanas)	6	2,6
A termo (37 – 41 semanas e 6 dias)	220	94,8
Pós-termo (> 42 semanas)	6	2,6
Sexo (n=232)	**Frequência**	**%**
Feminino	131	56,5
Masculino	101	43,5
Apgar no primeiro minuto de vida (n=223)	**Frequência**	**%**
De 10 a 7	205	88,4
De 6 a 4	18	7,7
De 3 a 0	9	3,9
Peso ao nascer em gramas (n=232)		
Média: 3305 (DP= 453,9)		
Mínimo: 1730		
Mediana: 3300		
Máximo: 4425		
Baixo peso ao nascer (< 2,499g) (n=232)	**Frequência**	**%**
Sim	9	3,9
Não	223	96,1
Amamentação na primeira hora pós-parto (n=232)	**Frequência**	**%**
Sim	51	26,1
Não	144	73,9
Intercorrências ao nascer (n=232)	**Frequência**	**%**
Sim	79	34,0
Não	153	66,0
Procedimentos realizados logo após o nascimento (n=232)	**Frequência**	**%**
Sim	214	92,2
Não	18	7,8
Intercorrências durante a internação (n=232)	**Frequência**	**%**
Sim	55	23,7
Não	177	76,3
Tempo de internação (n=232)		
Média: 2,44 (DP=1,96)		
Mínimo: 1,0		
Mediana: 2,0		
Máximo: 22,0		

Salienta-se que, em 22 (9,5%) casos, foi necessário entrar em contato com a assistência social do serviço e em 4 (1,7%) casos com o Conselho Tutelar.

Analisando a convivência das participantes com seus companheiros, 218 (94,0%) afirmaram que a convivência com o companheiro era boa na maioria das vezes. Para 149 mulheres (64,2%), a convivência com o parceiro mudou após a mulher ficar grávida, sendo que para 115 (49,6%) mulheres a convivência melhorou e para 34 (14,6%) essa convivência piorou (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição das participantes, segundo a convivência com o companheiro na maioria das vezes e após o início da gestação. Ribeirão Preto, 2013

Convivência com o companheiro na maioria das vezes (n=232)	**Frequência**	**%**
Boa	218	94,0
Ruim	14	6,0
Convivência com o companheiro após início da gestação (n=232)	**Frequência**	**%**
Melhorou	115	49,6
Não mudou	83	35,8
Piorou	34	14,6

Com relação à prevalência dos casos de violência entre as participantes, 154 (66,4%) sofreram algum tipo de violência pelo menos uma vez na vida (perpetrada por familiares, parceiros, amigos, conhecidos ou estranhos), 128 (55,2%) sofreram algum tipo de violência por parceiro íntimo alguma vez na vida e 36 (15,5%) sofreram algum tipo de violência pelo parceiro íntimo durante a gestação.

A classificação quanto ao tipo e à frequência da violência sofrida pelas participantes correspondeu a: 34 mulheres (14,7%) que sofreram violência psicológica; 12 (5,2%) violência física e 1 (0,4%) sofreu violência sexual.

As mulheres que sofreram VPI durante a gestação podem ser caracterizadas em sua maioria com idade média de 23,8 anos; 9 anos de estudo; renda de, em média, 2,3 salários-mínimos; 1,4 filho; início do pré-natal da gestação atual com 12,3 semanas de gestação; 8,4 consultas de pré-natal e tempo de relação com o parceiro de, em média, 4,5 anos. Os parceiros dessas mulheres podem ser caracterizados em sua maioria como tendo idade média de 26 anos e escolaridade de 8,7 anos de estudo. Os filhos destas mulheres nasceram com idade gestacional média de 39,3 semanas, média de Apgar no primeiro minuto de 8,0 e peso médio de 3,234 gramas.

É importante salientar que, durante o trabalho de parto e parto na maternidade, as mulheres podem optar pela presença de um acompanhante. Verificou-se que 203 mulheres tiveram a presença de acompanhante registrada em seus prontuários. Quanto a estes acompanhantes, 126 (64,0%) foram o parceiro íntimo; 42 (21,4%), a mãe da gestante; 11 (5,6%), sogra, pai ou amigos da gestante; 8 (4,0%), irmãos da gestante e 10 (5,0%), outros familiares. Dentre as 36 mulheres que sofreram VPI durante a gestação, 20 (55,5%) tiveram o parceiro como acompanhante, 5 (13,9%), a mãe, 3 (8,3%), irmãos, 1 (2,8%) teve a sogra e 7 (19,5%) não tiveram a presença de acompanhante registrada.

4.2 Ocorrência de violência, características das participantes, repercussões obstétricas e neonatais: análise de associações

Para análise dos dados coletados, foram realizadas associações entre a variável dependente "ocorrência de violência na gestação perpetrada por parceiro íntimo" e as demais variáveis independentes referentes às características sociodemográficas, econômicas e obstétricas das participantes, bem como as características sociodemográficas e econômicas de seus companheiros e características neonatais de seus filhos.

A Tabela 7 apresenta os resultados do Teste Exato de Fisher e Regressão Logística para análise das associações entre a variável dependente "ocorrência de violência na gestação perpetrada por parceiro íntimo" e as variáveis referentes à faixa etária, cor autorreferida, escolaridade, hábito de beber, estado marital, moradia, renda em salários-mínimos e provedor da renda familiar.

Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a variável "ocorrência de violência na gestação perpetrada por parceiro íntimo" e a variável cor autorreferida. Observa-se que as mulheres que se autorreferiram como pretas ou pardas tinham 3,4 vezes a chance de sofrer violência por parceiro íntimo durante a gestação, quando comparadas às mulheres da cor branca ($p<0,01$; OR= 3,41 e IC 95% [1,352 – 8,619]).

Também foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a VPI na gestação e o estado marital. Verificou-se que as mulheres que não coabitavam com o parceiro tinham 3,8 vezes a chance das mulheres que coabitam com o parceiro de sofrer VPI na gestação ($p<0,03$; OR= 3,81 e IC 95% [1,367 – 10,650]).

A variável hábito de beber da participante não mostrou associação com a variável dependente na análise do Teste Exato de Fisher. Entretanto, pela Regressão Logística, foi possível identificar que mulheres que bebem eventualmente têm 3,9 vezes a chance de sofrer violência, quando comparadas a mulheres que não bebem (OR= 3,954 e IC 95% [1,051 - 14,875]).

Tabela 7 – Análise da ocorrência de violência na gestação por parceiro íntimo, associada às características sociodemográficas e econômicas das participantes. Ribeirão Preto, 2013

		Violência na gestação por parceiro íntimo				
		Não	**Sim**			
		n (%)	**n (%)**	**p-valor***	**Odds Ratio Bruto**	**IC (95%)**
Faixa etária em anos	15-18	28 (12,07)	8 (3,45)	0,2488	2,619	(0,827 ; 8,289)
	19-29	113 (48,71)	22 (9,48)		1,785	(0,684 ; 4,654)
	30 ou mais	55 (23,71)	6 (2,59)		1,000	Referência
Cor	Branca	77 (33,19)	6 (2,59)	**0,0155**	1,000	Referência
	Preta/parda	109 (46,98)	29 (12,50)		3,414	**(1,352 ; 8,619)**
	Amarela	10 (4,31)	1 (0,43)		1,283	(0,140 ; 11,780)
Escolaridade	1 a 8 anos	61 (26,41)	13 (5,63)	0,3730	2,983	(0,630 ; 14,112)
	9 a 11 anos	106 (45,89)	21 (9,09)		2,773	(0,613 ; 12,536)
	12 anos ou mais	28 (12,12)	2 (0,87)		1,000	Referência
Ocupação	Remunerada	78 (33,62)	17 (7,33)	0,5282	1,816	(0,671 ; 4,918)
	Do lar	68 (29,31)	13 (5,60)		1,593	(0,567 ; 4,480)
	Desempregada	50 (21,55)	6 (2,59)		1,000	Referência
Hábito de beber	Não bebe	172 (74,14)	29 (12,50)	0,1073	1,000	Referência
	Eventualmente	6 (2,59)	4 (1,72)		3,954	**(1,051 ; 14,875)**
	Frequentemente	18 (7,76)	3 (1,29)		0,989	(0,274 ; 3,570)
Estado marital	Vive junto	157 (67,67)	24 (10,34)	**0,0354**	1,000	Referência
	Não vive junto	27 (11,64)	5 (2,16)		1,211	(0,425 ; 3,450)
	Sem companheiro	12 (5,17)	7 (3,02)		3,816	**(1,367 ; 10,650)**
Renda em salários-mínimos	Até 2	93 (46,04)	22 (10,89)	0,5605	2,366	(0,288 ; 19,462)
	2,1 até 4	66 (32,67)	10 (4,95)		1,515	(0,175 ; 13,145)
	Maior que 4,1	10 (4,95)	1 (0,50)		1,000	Referência
Provedor	Participante	18 (7,76)	2 (0,86)	0,7134	1,000	Referência
	Companheiro	95 (40,95)	16 (6,90)		1,516	(0,320 ; 7,170)
	Ambos	49 (21,12)	9 (3,88)		1,653	(0,326 ; 8,392)
	Outros	34 (14,66)	9 (3,88)		2,382	(0,464 ; 12,223)

* Teste Exato de Fisher.
IC (95%) = Intervalo com 95% de Confiança

As variáveis faixa etária, escolaridade, religião, ocupação, hábito de fumar, uso de drogas ilícitas, tempo de relacionamento com o companheiro, moradia, renda e provedor da renda familiar não apresentaram associação estatisticamente significativa com a variável ocorrência de violência na gestação perpetrada por parceiro íntimo, de acordo com o Teste Exato de Fisher e Regressão Logística. Apesar disso, verifica-se a tendência de que as

mulheres de 15 a 18 anos, com menor escolaridade, que possuem trabalho remunerado, menor salário e que dependem de outros provedores têm maior chance de sofrer violência , quando comparadas às mulheres da classe de referência, conforme apresenta a Tabela 7.

A Tabela 8 apresenta a análise da ocorrência da violência associada às características sociodemográficas dos parceiros das participantes.

Essa análise evidenciou que mulheres com parceiros na faixa etária de 15 a 18 anos têm 5,5 vezes a chance de sofrer violência, quando comparadas com mulheres que têm parceiros com 30 anos ou mais (OR= 5,5; IC 95% [1,02 – 30,2]).

As variáveis escolaridade, ocupação, hábito de fumar, hábito de beber e uso de drogas ilícitas não demonstraram resultado estatisticamente significativo com a variável dependente.

As variáveis escolaridade e hábito de beber, apesar de não terem apresentado resultado estatisticamente significativo, apontam para uma tendência de que mulheres que têm companheiro com menor escolaridade e que fazem uso de bebida alcoólica frequentemente têm maior chance de sofrer violência, quando comparadas às mulheres da categoria de referência, conforme Tabela 8.

Tabela 8 – Análise da ocorrência de violência na gestação por parceiro íntimo, associada às características sociodemográficas dos parceiros das participantes. Ribeirão Preto, 2013

		Violência na gestação por parceiro íntimo				
		Não	**Sim**			
		n (%)	**n (%)**	**p-valor***	**Odds Ratio Bruto**	**IC (95%)**
Faixa etária	15-18	4 (2,27)	3 (1,70)	0,0985	5,572	**(1,026 ; 30,261)**
	19-29	92 (52,27)	18 (10,23)		1,453	(0,569 ; 3,709)
	30 ou mais	52 (29,55)	7 (3,98)		1,000	Referência
Escolaridade	1 a 8 anos	59 (31,22)	13 (6,88)	0,7230	2,093	(0,433 ; 10,121)
	9 a 11 anos	80 (42,33)	16 (8,47)		1,900	(0,402 ; 8,976)
	12 anos ou mais	19 (10,05)	2 (1,06)		1,000	Referência
Hábito de beber	Não bebe	99 (42,67)	16 (6,90)	0,4225	1,131	(0,414 ; 3,092)
	Eventualmente	42 (18,10)	6 (2,59)		1,000	Referência
	Frequentemente	55 (23,71)	14 (6,03)		1,782	(0,632 ; 5,027)

* Teste Exato de Fisher.
IC (95%) = Intervalo com 95% de Confiança

A Tabela 9 apresenta a associação com relação às características obstétricas das participantes. A análise dos dados evidenciou associação entre “ocorrência de violência na gestação perpetrada por parceiro” e o desejo da gestação, sendo que as mulheres que não

desejaram a gestação têm 4,3 vezes a chance de sofrer VPI na gestação, quando comparadas com aquelas que desejaram a gestação (p<0,01; OR= 4,32 e IC 95% [1,77 – 10,54]).

As variáveis número de gestações, número de abortos, número de partos, parto prematuro anterior, número de filhos natimortos, número de filhos que morreram após o nascimento, número de filhos vivos, gestação atual planejada, idade gestacional do início do pré-natal, número de consultas de pré-natal realizadas na gestação atual não apresentaram associação estatisticamente significativa com a variável dependente.

Contudo, mesmo considerando que as variáveis número de gestações, número de partos, número de filhos e idade gestacional do início do pré-natal não apresentaram associação estatisticamente significativa com a variável dependente, observa-se que as mulheres que tiveram duas gestações, um parto, um filho e iniciaram o pré-natal com 25 semanas de gestação ou mais, apresentaram a tendência de maior chance de sofrer violência, quando comparadas com as classes de referência, conforme Tabela 9.

Tabela 9 – Análise da ocorrência de violência na gestação por parceiro íntimo, associada às características obstétricas das participantes. Ribeirão Preto, 2013

		Violência na gestação por parceiro íntimo				
		Não	**Sim**			
		n (%)	**n (%)**	**p-valor***	**Odds Ratio Bruto**	**IC (95%)**
Nº de gestações incluindo atual	Uma	81 (34,91)	13 (5,60)	0,3636	1,106	(0,444 ; 2,752)
	Duas	53 (22,84)	14 (6,03)		1,820	(0,729 ; 4,540)
	Três ou mais	62 (26,72)	9 (3,88)		1,000	Referência
Gestação desejada	Sim	180 (77,59)	26 (11,21)	**0,0021**	1,000	Referência
	Não	16 (6,90)	10 (4,31)		**4,327**	**(1,776 ; 10,54)**
Nº de partos	Um	59 (46,09)	15 (11,72)	0,4561	3,814	(0,466 ; 31,207)
	Dois	31 (24,22)	7 (5,47)		3,387	(0,381 ; 30,086)
	Três ou mais	15 (11,72)	1 (0,78)		1,000	Referência
Nº de filhos	Nenhum	93 (40,09)	13 (5,60)	0,3956	1,000	Referência
	Um	62 (26,72)	15 (6,47)		1,731	(0,771 ; 3,888)
	Dois ou mais	41 (17,67)	8 (3,45)		1,396	(0,538 ; 3,625)
IG do início do PN em semanas	Até 12,8	103 (54,21)	16 (8,42)	0,3606	1,000	Referência
	13 – 24,8	56 (29,47)	12 (6,32)		1,379	(0,610 ; 3,120)
	25 ou mais	2 (1,05)	1 (0,53)		3,219	(0,276 ; 37,584)

* Teste Exato de Fisher.
IC (95%) = Intervalo com 95% de Confiança.

Com relação às repercussões obstétricas, não houve associação estatisticamente significativa entre a variável “ocorrência de violência na gestação perpetrada por parceiro

íntimo" e as variáveis intercorrências na gestação, intercorrências no trabalho de parto, analgesia durante o trabalho de parto, tipo de parto, intercorrências no parto e intercorrências no puerpério. Entretanto, as variáveis intercorrências no trabalho de parto e tipo de parto demonstraram tendência à violência, uma vez que mulheres que tiveram intercorrência durante o trabalho de parto e parto cesárea têm tendência à violência, quando comparadas com as categorias de referência (Tabela 10).

Tabela 10 – Análise da ocorrência de violência na gestação por parceiro íntimo, associada ao tipo de parto e aos resultados obstétricos das participantes. Ribeirão Preto, 2013

		Violência na gestação por parceiro íntimo				
		Não	**Sim**			
		n (%)	**n (%)**	**p-valor***	**Odds Ratio Bruto**	**IC (95%)**
Intercorrência no trabalho de parto	Sim	8 (3,45)	3 (1,29)	0,3835	2,136	(0,539 ; 8,471)
	Não	188 (81,03)	33 (14,22)		1,000	Referência
Tipo de parto	Normal	127 (54,74)	19 (8,19)	0,3126	1,197	(0,142 ; 10,112)
	Cesárea	61 (26,29)	16 (6,90)		2,098	(0,244 ; 18,023)
	Fórceps	8 (3,45)	1 (0,43)		1,000	Referência

* Teste Exato de Fisher
IC (95%) = Intervalo com 95% de Confiança.

No que diz respeito às repercussões neonatais dos filhos das participantes, a análise pelo Teste Exato de Fisher e Regressão Logística não demonstrou associação estatisticamente significativa para as variáveis: idade gestacional da criança ao nascer, índice de Apgar no primeiro minuto de vida, índice de Apgar no quinto minuto de vida, peso ao nascer, intercorrências no nascimento, procedimentos realizados no nascimento, encaminhamento do recém-nascido para a unidade de cuidados intermediários ou intensivos, encaminhamento do recém-nascido a outra instituição, intercorrências na internação, necessidade de contato com assistente social, necessidade de contato com o Conselho Tutelar e tempo de internação com a ocorrência da violência.

Para as variáveis: índice de Apgar no primeiro minuto de vida, peso ao nascer e necessidade de contato com assistente social, não houve resultado estatisticamente significativo; no entanto, verificou-se uma tendência de os recém-nascidos, filhos de mulheres que sofreram violência, terem menor índice de Apgar, menor peso ao nascer e maior necessidade de contato com a assistente social, quando comparados às categorias de referência (Tabela 11).

Tabela 11 – Análise da ocorrência de violência na gestação por parceiro íntimo, associada aos resultados neonatais dos filhos das participantes. Ribeirão Preto, 2013

		Violência na gestação por parceiro íntimo				
		Não	**Sim**			
		n (%)	**n (%)**	**p-valor***	**Odds Ratio Bruto**	**IC (95%)**
Apgar no 1º minuto	10 a 7	174 (75,00)	31 (13,36)	0,7448	1,000	Referência
	6 a 4	15 (6,47)	3 (1,29)		1,123	(0,307 ; 4,107)
	3 a 0	7 (3,02)	2 (0,86)		1,604	(0,318 ; 8,081)
Peso ao nascer	Baixo peso	6 (2,59)	3 (1,29)	0,1484	2,879	(0,686 ; 12,082)
	Peso normal	190 (81,90)	33 (14,22)		1,000	Referência
Contato com assistente social	Sim	17 (7,33)	5 (2,16)	0,3519	1,698	(0,584 ; 4,939)
	Não	179 (77,16)	31 (13,36)		1,000	Referência

* Teste Exato de Fisher
IC (95%) = Intervalo com 95% de Confiança

Neste estudo também foi verificado se a violência por parceiro íntimo aumentou ou diminuiu na gestação, segundo Teste de McNemar, conforme apresentado na Tabela 12. A análise demonstrou que 92 (39,7%) das 128 mulheres que sofreram violência geral por parceiro íntimo alguma vez na vida deixaram de sofrer após o início da gestação (p-valor <0,01).

Tabela 12 – Análise da associação entre violência por parceiro íntimo em alguma vez na vida e na gestação, segundo Teste de McNemar. Ribeirão Preto, 2013

	VPI na gestação		
VPI em alguma vez na vida	**Sim n (%)**	**Não n (%)**	**p-valor***
Sim	36 (15,5)	92 (39,7)	**<0,01**
Não	0 (0,0)	104 (44,8)	

* Teste de McNemar

Analisou-se, também, se as mulheres que sofreram algum tipo de violência consideravam esta ocorrência, conforme demonstrado na Tabela 13.

Tabela 13 – Análise da ocorrência de algum tipo de violência alguma vez na vida, associada à consideração da violência pela mulher. Ribeirão Preto, 2013

	Considera ter sofrido violência		
Violência alguma vez na vida	**Sim n (%)**	**Não n (%)**	**p-valor***
Sim	51 (22,0)	103 (44,4)	**<0,01**
Não	0 (0,0)	78 (33,6)	

* Teste Exato de Fisher

Entre as participantes, 154 (66,4%) tinham sofrido algum tipo de violência pelo menos uma vez na vida. No entanto, quando questionadas se consideravam ter sofrido algum tipo de violência alguma vez na vida, apenas 51 (22,0%) responderam afirmativamente.

5 Discussão

5.1 Caracterização das participantes do estudo

A amostra deste estudo foi representada em sua maioria por mulheres com idade média de 25 anos de idade, de cor preta ou parda, com média de 9,6 anos de estudo, católicas, sem ocupação remunerada, ou seja, donas de casa, desempregadas ou estudantes, não fumantes, que não fazem uso de bebida alcoólica ou drogas ilícitas, solteiras (de acordo com o estado civil), que coabitavam com parceiro íntimo e tinham renda familiar média de 2,5 salários-mínimos, tendo o parceiro como provedor desta família.

Verifica-se que a idade média das participantes está na faixa etária que compreende a maior taxa específica de fecundidade do país, que varia de 20 a 29 anos (BRASIL, 2010a).

Com relação à cor da pele, 59,5% das participantes se autorreferiram como pretas ou pardas, porcentagem superior a de mulheres que se autorreferiram como brancas, 35,8%. Segundo dados do Censo Demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre as mulheres de 15 a 49 anos que declaram sua cor, 51% se autorreferiram como preta ou parda e 47,4% como brancas (IBGE, 2013a), proximidade percentual que não foi verificada neste estudo.

Os resultados deste estudo apontam que a maioria das participantes tinha 9,6 anos de estudo, média que se mostrou superior à da população de Ribeirão Preto, que é de 8,5 anos de estudo (RIBEIRÃO PRETO, 2009). Outros estudos que investigaram a violência na gestação apontaram que a maioria das participantes tinha em média de 8 a 9 anos estudados (AQUINO et al., 2009; AUDI et al., 2008). No Brasil, a porcentagem de mulheres com 15 anos ou mais que têm 8 ou mais anos de estudo é de 56,1% (BRASIL, 2008a).

Quanto à religião, a maior porcentagem (42,2%) das participantes deste estudo se declarou católica, resultado compatível com os dados apresentados pelo Censo Demográfico de 2010, no qual a maioria da população brasileira (64,6%) se declarou católica (IBGE, 2013a). É importante conhecer e considerar a prática religiosa do indivíduo durante o cuidado em saúde, uma vez que estudos apontam a influência desta na saúde e na qualidade de vida das pessoas (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; ROCHA; FLECK, 2011).

A maioria das mulheres investigadas não possuía ocupação com renda própria, sendo que aproximadamente um quarto destas estava desempregada, resultado semelhante ao encontrado em outros estudos que investigaram a VPI na gestação e apontaram a maioria das participantes como não tendo renda própria (AQUINO et al., 2009; AUDI et al., 2008;

MENEZES et al., 2003). Diversos fatores de ordem social e econômica têm impulsionado uma maior participação feminina no mercado de trabalho (RAMOS; AGUAS; FURTADO, 2011; SCORZAFAVE; MENEZES-FILHO, 2006). Mesmo com o aumento da força de trabalho feminina, a mulher que se insere no mercado de trabalho ainda enfrenta obstáculos relacionados à percepção do papel feminino na sociedade e no lar. Em investigação realizada na mesma maternidade deste estudo sobre a situação trabalhista da mulher no ciclo gravídico-puerperal, as autoras apontaram que 79,3% das mulheres desempregadas atribuíam a perda do emprego à gestação (GODOY et al., 2011). Estudos apontam que a presença de filhos pequenos se constitui em obstáculo para o ingresso feminino na força de trabalho (RAMOS; AGUAS; FURTADO, 2011), havendo ainda a ideia de que a mulher é presença imprescindível e insubstituível no contexto doméstico (CYRINO, 2009). Além disso, mulheres casadas com filhos pequenos podem tender a valorizar a família em detrimento da carreira (REINHOLD, 2005). Percebe-se que, apesar da ampliação da participação feminina no trabalho, o ideal de organização patriarcal da família pouco tem se alterado, sendo o marido tido como o provedor principal e a esposa tida como a provedora complementar e dona de casa, mantendo a desigualdade na divisão sexual do trabalho (NOGUEIRA, 2010).

Acerca dos hábitos de fumar, beber e usar drogas ilícitas, a maioria das participantes declarou não fazer uso de bebida alcoólica, cigarro ou drogas. Investigações sobre a violência contra a mulher também apontaram que a maioria das participantes não fumava, nem fazia uso de álcool ou drogas ilícitas (AUDI et al., 2008; MENEZES et al., 2003; SANTOS et al., 2010). Dados do Ministério da Saúde apontam que houve aumento no padrão do uso de bebida alcoólica entre a população feminina ao longo dos anos (BRASIL, 2008b), entretanto, outros estudos apontam que há um declínio do uso de álcool, tabaco e drogas, quando se comparam padrões antes e após o início da gestação (MASSEY et al., 2011; MESQUITA; SEGRE, 2009; POWERS et al., 2013; SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2012). Nesse sentido, a gestação pode ser entendida como um fator que influencia o uso das substâncias supracitadas, no entanto este estudo não buscou realizar essa análise.

Com relação ao estado civil e estado marital, grande parte das entrevistadas se declarou solteira (65,5%) e coabitando com um parceiro (78,0%), o que não foi compatível com os dados do Censo Demográfico de 2010, em que 55,3% da população brasileira se declarou solteira, e 50,1% vivem em união com parceiro (IBGE, 2013a).

A renda familiar média das participantes deste estudo foi de 2,5 salários-mínimos (R$ 1.555,00, no momento da coleta dos dados) o que, segundo o Critério de Classificação

Econômica Brasil (CCEB), se aproxima da média da renda familiar da classe C1 no Brasil, correspondente à R$1.685,00 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP), 2012). Outros estudos sobre a VCM apontaram a maioria das participantes como pertencendo à classe econômica C (MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2006; RODRIGUES, 2007; VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011).

As participantes tiveram em média 2,1 gestações, e a média de filhos vivos foi de 1,6 por participante, discretamente menor que a média brasileira que é 1,9 filho por mulher (IBGE, 2013a). Entre as participantes, 15,0% referiram ter tido, pelo menos, um aborto ao longo da vida, não sendo questionado se espontâneo ou induzido. As estatísticas acerca da prevalência de aborto no Brasil variam, e o estudo desta temática pode combinar levantamento de dados hospitalares, estimativas e técnicas de que se mantém o sigilo da resposta, a fim de estimar a prevalência do abortamento, seja espontâneo ou provocado (BRASIL, 2009). Um estudo nacional aponta a prevalência de 14,0% para o aborto espontâneo e 2,4% de aborto induzido, para todo o Brasil (CECATTI et al., 2010). Essa questão nos remete à necessidade de compreensão acerca do planejamento familiar no Brasil, no que tange às informações e acesso às estratégias para este planejamento, seja para as mulheres que desejam ter filhos seja para aquelas que não desejam.

Nesse sentido, quando as participantes do estudo foram questionadas sobre o desejo da gestação atual, 67,2% referiram não ter planejado a gestação; porém 88,8% referiram desejo da gestação. Em estudo que investigou a associação da ocorrência de gravidez não planejada e contexto socioeconômico, 66,5% das participantes relataram não ter planejado a gravidez, dados que estão próximos aos resultados deste estudo (COELHO et al., 2012). Autores apontam que mulheres que mantêm relações com um parceiro controlador e não aberto ao diálogo tiveram menor capacidade de negociação acerca do uso de preservativo no momento da relação sexual, estando mais vulneráveis à gravidez não planejada (CHACHAM; MAIA; CAMARGO, 2012).

Com relação ao início do acompanhamento pré-natal, 62,6% das participantes iniciaram o acompanhamento com até 12 semanas de gestação e 96,0% das participantes realizaram pelo menos seis consultas de pré-natal, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b).

Para muitas mulheres, o trabalho de parto se constitui em evento doloroso, sendo por vezes necessárias medidas de controle e/ou alívio da dor. A analgesia se refere ao alívio da dor sem perda de consciência materna, podendo ser de ordem farmacológica ou não farmacológica (LITTLEFORD, 2007). No que tange ao uso de analgesia, durante o trabalho

de parto, a maioria das participantes recebeu analgesia farmacológica, não sendo avaliado o uso de métodos não farmacológicos de controle da dor. Ressalta-se que assistir as mulheres, durante o trabalho de parto e parto, auxiliando-as a lidar com os componentes físicos e emocionais do parto e nascimento reduz a necessidade de analgésicos, parto cirúrgico e eleva os escores do boletim de Apgar, se constituindo em etapa importante do cuidado à parturiente (LITTLEFORD, 2007).

Quanto ao tipo de parto das participantes do estudo, 62,9% tiveram parto normal e 33,2% tiveram parto cesárea. No Brasil, a taxa de partos cesáreos vem aumentando exponencialmente, sendo de 38,0% no ano 2000 e 52,3% no ano 2010 (BRASIL, 2000, 2010b). A realização de parto cesárea sempre deve ocorrer sob indicação clínica pois, segundo dados da OMS, mulheres submetidas ao parto cesáreo sem indicação têm maior risco de morbidade e mortalidade materna quando comparadas a mulheres que têm partos vaginais (WHO, 2009). Nesse sentido, a OMS, após investigação de indicações e prevalências, preconizou que o total de partos cesáreos não deve ultrapassar 15% do total de partos realizados em um serviço de saúde (WHO, 1985), percentual que está muito distante da realidade brasileira. Verifica-se que a taxa de partos cesáreos encontrada neste estudo está abaixo da média nacional, porém ainda se mantém aquém dos parâmetros recomendados pela OMS.

A prevalência de intercorrências no período gravídico-puerperal foi de 42,7% na gestação, 4,7% no trabalho de parto, 35,8% no parto e 38,4% no pós-parto. Sabe-se que mesmo a mulher que tem sua gestação classificada como de baixo risco pode sofrer intercorrências que modificam o curso fisiológico da gestação, podendo alterar o desfecho desta, sendo nesses casos necessário encaminhamento a serviços de referência (SÃO PAULO, 2010). Entre as participantes que tiveram algum tipo de intercorrência, 19 foram encaminhadas para serviço de referência de maior complexidade, conforme preconizado.

Os parceiros íntimos das participantes se caracterizaram, em sua maioria, por idade média de 27,6 anos, média de 9,2 anos de estudo, com ocupação no mercado formal, não fumantes, que fazem uso de bebida alcoólica e não fazem uso de drogas ilícitas. Em outro estudo que investigou a VPI na mesma maternidade, a média de idade dos parceiros das participantes foi de 28,5 anos (RODRIGUES, 2007).

Com relação à escolaridade, a média de anos estudados dos parceiros das participantes também ficou acima da média do município de Ribeirão Preto (RIBEIRÃO PRETO, 2009). Sendo que 50,8% dos parceiros tinham de 9 a 11 anos de estudo; a porcentagem nacional de

homens com 15 anos ou mais que têm 8 ou mais anos estudados é de 52,8% (BRASIL, 2008a).

Dentre os parceiros das participantes, 92,6% exerciam ocupação remunerada e, entre as participantes, esse número foi de 40,9%. Dados apontam que a porcentagem de mulheres na população economicamente ativa (PEA) está próxima a de homens, sendo 46,5% e 53,5%, respectivamente (IBGE, 2013b), no entanto os dados do presente estudo não revelam essa proximidade. Com relação ao hábito de fumar, beber e usar drogas ilícitas, estudos que investigaram a VCM apontaram que a maioria dos parceiros das participantes não fumava (AUDI et al., 2008), fazia uso de bebida alcoólica (MOURA et al., 2009) e não fazia uso de drogas ilícitas (AUDI et al., 2008; MOURA et al., 2009; RODRIGUES, 2007), resultados compatíveis com os achados deste estudo.

Quanto aos neonatos, filhos das participantes, estes podem ser caracterizados em sua maioria como nascidos a termo, sexo feminino, com índice de Apgar variando entre 7 e 10 no primeiro e quinto minuto de vida e peso médio de 3,305 gramas.

Com relação à idade gestacional ao nascer, 94,8% nasceram a termo. Todos os prematuros deste estudo foram limítrofes (LEONE; RAMOS; VAZ, 2002), uma vez que o nascimento mais precoce ocorreu com 36 semanas de gestação. Estudos apontam associação entre ocorrência de parto prematuro e a realização inadequada de acompanhamento pré-natal (CASCAES et al., 2008; SILVEIRA et al., 2010). No presente estudo, a maioria das participantes teve um acompanhamento pré-natal de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b), o que pode estar associado a uma menor ocorrência de partos prematuros. A baixa prevalência de prematuridade também está de acordo com o esperado para uma maternidade de baixo risco visto que, identificados fatores de risco para a mãe e feto, a gestante foi encaminhada para serviço de maior complexidade tecnológica.

Acerca do sexo, 56,5% eram do sexo feminino, contrastando com a porcentagem de Ribeirão Preto que indica 52,4% de nascidos como do sexo masculino (BRASIL, 2011). Com relação ao escore de Apgar, este se constitui em método conveniente para avaliar o estado de saúde do recém-nascido (LITTLEFORD, 2007). Entre a maioria dos recém-nascidos filhos das participantes, o Apgar foi igual ou superior a 7, tanto no primeiro minuto (88,4%) como no quinto minuto de vida (99,1%). Neste estudo dois recém-nascidos tiveram Apgar inferior a 7 no quinto minuto de vida, sendo classificados como RNs de alto risco (BRASIL, 2011).

Sobre o peso, 3,9% dos recém-nascidos tiveram baixo peso ao nascer, frequência inferior à proporção nacional, de 8,4% de recém-nascidos de baixo peso (BRASIL, 2010c). A ocorrência de baixo peso ao nascer é mais frequente entre prematuros (MORAES et al.,

2011), porém, dentre os bebês que apresentaram baixo peso ao nascer neste estudo, somente dois eram prematuros. Desse modo, excluindo-se os prematuros, a taxa de baixo peso ao nascer foi de 3,0%, porcentagem menor que a proporção nacional, excluindo-se a prematuridade, que é de 4,37% (BRASIL, 2010c).

Acerca da prevalência de ocorrência de violência entre as participantes, 66,4% sofreram algum tipo de violência perpetrada por familiares, amigos, conhecidos ou estranhos, pelo menos uma vez na vida. Com relação à violência perpetrada por parceiro íntimo, 55,2% das mulheres já sofreram algum tipo de violência por parceiro íntimo alguma vez na vida e 15,5%, algum tipo de VPI na atual gestação. Outros estudos realizados em Ribeirão Preto apontam a prevalência de VPI alguma vez na vida entre 45,3% e 58,5% (MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2006; RODRIGUES, 2007), estando a prevalência encontrada no presente estudo próxima à média desses resultados. Com relação à VPI na gestação, estudos apontaram que esta variou de 19,6% a 80,8% (BAILEY; DAUGHERTY, 2007; MAKAYOTO et al., 2013; MORAES; REICHENHEIM, 2002; RODRIGUES, 2007; SILVA et al., 2011), sendo que a porcentagem do resultado do presente estudo foi menor do que tais pesquisas apresentam.

Daquelas que sofreram VPI na gestação, 34 (94,4%) sofreram violência psicológica, 12 (33,3%), violência física e 1 (2,7%) sofreu violência sexual. Com relação à violência psicológica na gestação, estudos apontaram que sua prevalência variou entre 18,1% e 79,8%; a prevalência da violência física variou entre 7,7% e 27,9%, e a violência sexual variou entre 1,6% e 20,2% (AUDI et al., 2008; BAILEY; DAUGHERTY, 2007; MAKAYOTO et al., 2013; RODRIGUES, 2007).

Entre as participantes do estudo, 87,5% tiveram a presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto, destes, 64,0% foram os parceiros íntimos. A Organização Mundial da Saúde recomenda que a parturiente seja acompanhada durante o trabalho de parto e parto por pessoa de sua escolha e confiança (WHO, 1996b). A presença de acompanhante, durante o processo de parturição, tem efeito positivo na satisfação da mulher sobre a experiência do parto (BRUGGEMANN et al., 2007). Mulheres que tiveram partos com e sem acompanhantes consideraram que a experiência do parto foi melhor com a presença de um acompanhante (TELES et al., 2010). Dentre as participantes que sofreram violência, 80,5% tiveram a presença de acompanhante registrada em seus prontuários, sendo que, destes, 55,5% eram os parceiros íntimos. Como ressaltado, a presença do acompanhante durante o trabalho de parto é de grande importância durante o processo de parturição, entretanto, nestes casos, os acompanhantes eram os perpetradores de violência contra as gestantes, sugerindo que o suporte emocional oferecido por estes pode não ter sido o mais adequado, ou o esperado por elas.

5.2 Ocorrência de violência, características das participantes, repercussões obstétricas e neonatais: discussão sobre as associações

Aqui estão discutidos os resultados das análises de associações entre a variável dependente "ocorrência de violência por parceiro íntimo durante a gestação" e as variáveis referentes às características socioeconômicas e obstétricas das participantes, características socioeconômicas dos parceiros, bem como as variáveis referentes às repercussões obstétricas e neonatais.

Houve associação estatisticamente significativa entre a variável ocorrência de violência na gestação perpetrada por parceiro íntimo e a variável cor autorreferida. Mulheres que se autorreferiram como pretas ou pardas têm 3,4 vezes a chance de sofrer violência por parceiro íntimo, durante a gestação, quando comparadas a mulheres da cor branca, não corroborando os resultados de outras pesquisas, nas quais não foi verificada associação entre a cor da pele das participantes e a ocorrência de violência por parceiro íntimo (D'OLIVEIRA et al., 2009; MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2006; VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011). O estudo de D'Oliveira (2009) sugeriu que a maior prevalência da violência entre negras poderia estar associada a fatores socioeconômicos. Mesmo com os avanços da legislação e políticas públicas, a discriminação por cor/raça continua sendo uma realidade, podendo aumentar a vulnerabilidade da população de cor preta e parda a agravos de ordem física e social (PAIXÃO et al., 2010). Em estudo conduzido nos Estados Unidos, mulheres negras que haviam sofrido racismo tiveram maiores índices de violência por parceiro íntimo, havendo associação significativa entre sofrer discriminação racial e ocorrência de violência por parceiro, embora os fatores causais não tenham sido bem esclarecidos (WALTERMAURER; WATSON; MCNUTT, 2006). À mulher de cor preta ou parda, além da discriminação racial, pode-se acrescer a subordinação do gênero, uma condição de dupla discriminação, na qual estereótipos racistas e sexistas estão amplamente presentes, sendo a situação da mulher negra caracterizada por diversas formas de opressão (BIRDWELL, 2009; GONZALEZ, 1982). Percebe-se que a desigualdade de gênero se agrava entre as mulheres negras, o que se reflete no presente estudo, visto que as pardas e pretas sofreram mais violência por parceiro íntimo que as mulheres de pele branca.

O estado marital das participantes também está significativamente associado à VPI na gestação, uma vez que mulheres sem parceiro atualmente têm 3,8 vezes a chance das mulheres que coabitam com o parceiro de sofrer violência, corroborando o estudo de Mathias

(2013), no qual as mulheres que não estavam mais com companheiro tiveram três vezes a chance de sofrer violência, quando comparadas a mulheres que viviam com parceiro. Em culturas onde a separação é socialmente aceita, verifica-se maior associação entre a VPI e a mulher não manter o relacionamento com o parceiro, o que pode estar relacionado ao fato de mulheres conseguirem sair de uma situação de violência por meio da separação ou término do relacionamento (D'OLIVEIRA, 2009). Outra investigação demonstra a influência da cultura sobre a relação entre o estado marital e a ocorrência de VPI, sendo que, onde a violência contra esposas é socialmente aceita, os índices de VPI foram maiores entre mulheres casadas em comparação com solteiras (BERNARDS; GRAHAM, 2013). A aceitação social da violência em uma relação conjugal tem em sua base a ideia do patriarcado masculino romano, no qual a mulher e os filhos estavam sob o domínio do homem e sobre os quais este tinha poder de vida e de morte, legitimando o controle masculino sobre a autonomia feminina (ENGELS, 2006; SCOTT, 1995). Com base no exposto, entende-se que, apesar de se viver em uma sociedade cujo poder do homem sobre a mulher não é legalmente legitimado, fortes resquícios do conceito patriarcal de domínio e controle masculino ainda permanecem, estando estes intimamente ligados aos episódios de violência contra a mulher.

O hábito de beber da participante não foi associado à ocorrência de VPI na gestação, entretanto, por meio da Regressão Logística verificou-se que mulheres que bebem eventualmente têm 3,9 vezes a chance de sofrer violência, quando comparadas a mulheres que não bebem. Outros estudos também apontam que mulheres que bebem têm maior chance de sofrer VPI (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), 2008; TEMPLE et al., 2008; WALLER et al., 2012). Autores apontam que mulheres em situação de violência podem fazer uso do álcool como forma de lidar com a agressão sofrida; além disso, o uso prévio do álcool pode deixar as mulheres mais vulneráveis a sofrer violência (PETERS; KHONDKARYAN; SULLIVAN, 2012; TAQUETTE, 2007). Nesse sentido, e considerando que uso de álcool entre as mulheres tem aumentado ao longo dos anos (BRASIL, 2008b), nota-se que as mulheres podem estar mais expostas à ocorrência de violência por parceiro íntimo.

As variáveis faixa etária, escolaridade, ocupação, renda em salários-mínimos e provedor não apresentaram associação estatisticamente significativa com a variável ocorrência de violência na gestação. Porém, verifica-se, no presente estudo, que as mulheres mais jovens (15 a 18 anos), com menor escolaridade, menor renda familiar, com trabalho remunerado e que dependem de outros provedores, que não o parceiro, têm maior tendência a sofrer violência, quando comparadas com mulheres mais velhas (30 anos ou mais), com maior

escolaridade, maior renda familiar, sem remuneração (do lar) e que são as provedoras da família.

Com relação às tendências apresentadas, estudos apontam que mulheres mais jovens têm maior chance de sofrer violência, quando comparadas às mulheres mais velhas, entretanto, não há homogeneidade nesses achados, uma vez que outras investigações apontaram que a chance de sofrer VPI também pode se concentrar em mulheres mais velhas (CASTRO; PEEK-ASA; RUIZ, 2003; REICHENHEIM et al., 2011). No que tange à escolaridade e renda, estudos demonstram que menores índices de escolaridade e baixa renda estão mais associados a episódios de violência por parceiro íntimo na gestação (AUDI et al., 2008; MENEZES et al., 2003; VIELLAS et al., 2013). O menor tempo de estudo pode interferir na forma como as pessoas conseguem resolver seus conflitos por meio do diálogo, acarretando em dificuldades na relação entre homens e mulheres, podendo culminar em episódios violentos (MENEZES et al., 2003). Salienta-se que a maternidade estudada na presente investigação atende majoritariamente à clientela de baixa renda, sendo esta uma característica da maioria das participantes deste estudo. Ressalta-se que, em regiões e comunidades com menor desenvolvimento econômico, prevalece a desigualdade de gênero que torna natural o domínio do homem sobre a mulher, favorecendo a ocorrência da violência e a permanência da mulher nesta relação (GOMES et al., 2012; REICHENHEIM et al., 2011).

Com relação à ocupação, alguns estudos mostram a associação da VPI com o trabalho da mulher no mercado formal ou informal (D'OLIVEIRA et al., 2009; MATHIAS et al., 2013). Desse modo, ao homem cabe:

> [...] exercer com firmeza o papel de provedor material e moral, o que garante o respeito por parte do grupo e perante o universo social que o rodeia. À mulher, em contrapartida, está associado o desempenho de tarefas como cuidar da casa, do marido e dos filhos. Quando esse modelo de família e de relações entre os gêneros "colide" com uma realidade social que impulsiona os sujeitos a atuarem em outras esferas (a rua, para as mulheres que precisam sair à busca de trabalho para ajudar, ou mesmo prover todo o sustento da família; e a casa, para os homens que, desempregados, se vêem impossibilitados de cumprir o papel de provedor econômico, mas também moral), tensões e conflitos se acirram (COUTO et al., 2007, p. 1331, grifo do autor).

Nesse sentido, é possível compreender esse fato sob a perspectiva do gênero e suas relações hierárquicas e de poder, através do estereótipo de que ao masculino pertencem a exposição e o domínio público, consolidada no ambiente de trabalho fora do lar, e que o

feminino pertence ao espaço privado, do lar (COUTO et al., 2007), apresentados neste estudo pela tendência da mulher com trabalho remunerado a sofrer VPI.

As variáveis religião, hábito de fumar, uso de drogas ilícitas e tempo de relacionamento com o companheiro não apresentaram associação estatisticamente significativa com a variável ocorrência de violência na gestação perpetrada por parceiro íntimo, entretanto alguns estudos apontam associação destes fatores com a ocorrência de violência. Autores verificaram que a frequência de prática religiosa foi inversamente proporcional à ocorrência de violência, apontando que a prática religiosa auxilia no fortalecimento das mulheres diante de condições adversas, seja na família, seja nas relações sociais mais amplas (ELLISON et al., 2007; FARIA; DAVID; ROCHA, 2011). Outros estudos apontaram associação entre o uso de drogas e a ocorrência de violência por parceiro íntimo (REICHENHEIM et al., 2011).

Como já citado, autores apontam um declínio do uso de álcool, tabaco e drogas após o início da gestação (MASSEY et al., 2011; MESQUITA; SEGRE, 2009; POWERS et al., 2013; SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2012). Estendendo essa abordagem à violência, no presente estudo, a não associação do hábito de fumar e uso de drogas ilícitas com a VPI na gestação poderia ter ocorrido devido ao fato de as mulheres grávidas diminuírem ou cessarem o uso destas substâncias na gravidez, que seria compreendido como menos danoso ao feto; entretanto esta relação não foi investigada neste estudo.

Acerca das características sociodemográficas dos parceiros das participantes, esta análise evidenciou que mulheres com parceiros na faixa etária de 15 a 18 anos têm 5,5 vezes a chance de sofrer violência, quando comparadas com mulheres com parceiros com 30 anos ou mais, corroborando o estudo de Audi et al. (2008) que verificou associação positiva da violência contra gestante com parceiros com idade menor que 19 anos. As variáveis escolaridade e hábito de beber do companheiro, apesar de não terem apresentado significância estatística neste estudo, apontam para uma tendência de que as mulheres com companheiro com menor escolaridade e hábito de beber mais frequente têm maior chance de sofrer violência, quando comparadas às mulheres com companheiros com ensino superior e que bebem eventualmente. Alguns estudos verificaram esta associação, apontando que a baixa escolaridade e o uso frequente de bebida alcoólica por parte do parceiro estavam associados a episódios de violência na gestação (AUDI et al., 2008; MENEZES et al., 2003). Outro estudo investigou as concepções de homens e mulheres acerca da violência contra a mulher, sendo o hábito de beber do homem apontado por ambos como possível disparador da violência (COUTO et al., 2007).

As variáveis ocupação, hábito de fumar e uso de drogas ilícitas pelo parceiro não demonstraram significância estatística com a variável violência. Entretanto, estudos têm apontado o desemprego e o uso de drogas como fatores associados à ocorrência de VPI (AUDI et al., 2008; MENEZES et al., 2003).

A baixa escolaridade está intimamente relacionada ao desemprego, uma vez que a menor qualificação profissional dificulta a obtenção de emprego, relação abordada na concepção de homens acerca da VCM, sendo muitas vezes esta a consequência do não cumprimento do que consideram seu papel como homens (COUTO et al., 2007). Estudos apontam que o uso de drogas pelo parceiro é visto pelas mulheres como prejudicial ao convívio familiar, sendo por vezes disparador da ocorrência de violência (CORTEZ; SOUZA, 2008; COUTO et al., 2007). Não foram encontrados estudos que associassem o hábito de fumar com a ocorrência de VPI.

Com relação às características obstétricas das participantes e à associação com a ocorrência de VPI na gestação, houve resultado estatisticamente significativo entre a ocorrência de violência e o desejo da gestação, sendo que as mulheres que não desejaram a gestação têm 4,3 vezes a chance de sofrer violência, comparadas às que desejaram a gestação, confirmando os achados de outros estudos (CRIPE et al., 2008; MARTIN; GARCIA, 2011; PALLITTO; CAMPBELL; O'CAMPO, 2005). Mulheres em situação de VPI têm menor controle sobre sua sexualidade e fertilidade, estando muitas vezes o poder de decisão acerca do uso de métodos contraceptivos com o parceiro íntimo (GEE et al., 2009; MILLER; DECKER et al., 2010; PALLITTO; CAMPBELL; O'CAMPO, 2005). À vista disso, no contexto de uma relação violenta, a dificuldade de diálogo, de negociação acerca do uso de métodos contraceptivos, a possibilidade de relação sexual forçada ou por medo e a ocorrência de coerção reprodutiva (*reproductive coercion*) aumentam o número de mulheres que têm gestações indesejadas (MILLER; DECKER et al., 2010; MILLER; JORDAN et al., 2010), como no caso do presente estudo, reforçando a influência das relações de poder e dominação masculina sobre a saúde da mulher.

As variáveis número de gestações, número de partos, número de filhos e idade gestacional do início do pré-natal em semanas não apresentaram associação estatisticamente significativa com a variável ocorrência de violência na gestação. No entanto, as participantes que tiveram duas gestações, um parto, um filho e iniciaram o pré-natal com 25 semanas de gestação, ou mais, apresentaram a tendência de sofrer violência, quando comparadas com mulheres que tiveram três ou mais gestações e partos e que iniciaram o pré-natal com até 12,8 semanas. Com relação ao número de gestações, estudos apontaram que as mulheres com mais

de três gestações apresentaram maior chance de violência do que as que nunca haviam engravidado ou que tiveram apenas uma gravidez (DURAND; SCHRAIBER, 2007; VIERA; PERDONA; SANTOS, 2011), não sendo compatível com a tendência identificada. Acerca do número de partos e número de filhos, autores indicam maior chance de VPI em mulheres que tiveram dois ou mais partos (MAKAYOTO et al., 2013) e nenhuma associação entre a ocorrência de VPI na gestação e o número de filhos da mulher, resultados diferentes das tendências indicadas na presente investigação. Com relação ao acompanhamento pré-natal, mulheres que passaram por violência física por parceiro íntimo na gestação apresentam assistência menos adequada quando comparadas às que não sofreram violência (CHAMBLISS, 2008; MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010; VIELLAS et al., 2013). A qualidade da assistência pré-natal não foi verificada no presente estudo, porém pode-se afirmar que mesmo as mulheres com tendência a sofrer violência iniciaram o acompanhamento conforme o tempo preconizado.

As variáveis número de abortos, parto prematuro anterior, número de filhos natimortos, número de filhos que morreram após o nascimento, gestação atual planejada e número de consultas pré-natal realizadas não apresentaram associação ou tendência à violência, entretanto, estudos apontam a associação da VPI com maior risco de aborto (PALLITTO et al., 2013; SILVERMAN et al., 2007), maior risco de parto prematuro (CHAMBLISS, 2008), associação da violência com aumento do risco de óbito fetal e morte perinatal (MENEZES et al, 2003; SCHOEPS et al., 2007; SILVERMAN et al., 2007). Em estudo de Nunes e colaboradores (2011), não houve associação estatisticamente significativa entre gravidez planejada e VPI, bem como estudo conduzido no México não verificou associação entre número de consultas pré-natal e a ocorrência de VPI (ROMERO-GUTIERREZ; CRUZ-ARVIZU; ARACELI, 2011), indo ao encontro dos achados deste estudo.

No que tange às repercussões obstétricas: intercorrências na gestação, analgesia durante o trabalho de parto, intercorrências no parto e intercorrências no puerpério, não foi observada associação estatisticamente significativa com a variável dependente ou tendência de associação. É sabido que mulheres que sofrem violência, antes e durante a gestação, podem ter maior chance de intercorrências, tais como doenças sexualmente transmissíveis, pressão alta, sangramento vaginal, diabetes e infecção do trato urinário (MATSEKE; PELTZER; MLAMBO, 2012; SILVERMAN et al., 2006), resultados que não foram obtidos no presente estudo. Além disso, estudos apontam maior chance das mulheres que sofreram

VPI na gestação terem depressão após o parto (DOLATIAN et al., 2010; LUDERMIR et al., 2010), apesar de esta análise não ter sido realizada.

Observou-se que mulheres com intercorrência no trabalho de parto e parto cesárea tiveram uma tendência a sofrer VPI na gestação, quando comparadas a mulheres sem intercorrência no trabalho de parto e parto vaginal (normal e fórceps). Acerca das intercorrências durante o trabalho de parto, estudo apontou que metade das gestantes que foram internadas, por terem sofrido VPI, teve aumento do risco de rotura prematura de membranas, rotura uterina e necessidade de transfusão sanguínea (EL KADY et al., 2005). No entanto, outro estudo não verificou associação entre a ocorrência de distócias no trabalho de parto e parto com a ocorrência de VPI na gestação (FINNBOGADÓTTIR; DEJIN-KARLSSON; DYKES, 2011). Também com relação ao tipo de parto, não foi verificada na literatura associação desta variável com a VPI (NUNES et al., 2011).

Ressalta-se que, acerca das intercorrências no trabalho de parto, parto e pós-parto, apesar de terem sido considerados aspectos clínicos importantes durante o ciclo gravídico-puerperal, não foram encontradas publicações na literatura científica que associassem a ocorrência da VPI na gestação com todas as variáveis selecionadas para a presente pesquisa, sendo que a maioria destas variáveis relacionadas às repercussões obstétricas não foi influenciada pela VPI, com exceção das variáveis que apresentaram tendência a esta ocorrência.

Quanto às repercussões neonatais dos filhos das participantes, as variáveis idade gestacional ao nascer, Apgar no primeiro e quinto minutos de vida, peso ao nascer, intercorrências no nascimento, procedimentos realizados no nascimento, encaminhamento do recém-nascido para a unidade de cuidados intermediários ou intensivos, encaminhamento do recém-nascido para outra instituição, intercorrências na internação, necessidade de contato com assistente social e/ou Conselho Tutelar e tempo de internação não demonstraram associação estatisticamente significativa com a variável dependente.

Entretanto, aqueles que tiveram índice de Apgar no primeiro minuto de vida entre 0 e 3, baixo peso ao nascer e a necessidade de contato com assistente social por parte da equipe de saúde, apesar de não estarem associados à VPI na gestação, demonstraram tendência à violência, quando comparados com os que tiveram índice de Apgar igual ou maior que 7, peso normal e que não tiveram necessidade de contato com assistente social. Considerando estes achados, estudos que investigaram resultados neonatais decorrentes da VPI materna na gestação não encontraram associação significativa com o índice de Apgar, no primeiro ou quinto minuto de vida dos recém-nascidos (MENEZES et al., 2003; ROMERO-GUTIÉRREZ;

CRUZ-ARVIZU; ARACELI, 2011). Já a ocorrência de neonatos com baixo peso ao nascer e pequenos para a idade gestacional, além de prematuridade, foram mais frequentes entre gestantes que sofreram VPI na gestação, segundo Bailey e Daugherty (2007), Nunes et al. (2011) e Silverman et al. (2006).

Acerca do encaminhamento do recém-nascido, estudo aponta que gestantes que sofreram violência, antes e durante a gestação, têm maior chance de ter seus filhos encaminhados à unidade de cuidados intensivos, não abordando o encaminhamento a outras instituições (SILVERMAN et al., 2006). No entanto, discordando deste resultado, outra investigação não verificou este tipo de associação (ROMERO-GUTIÉRREZ; CRUZ-ARVIZU; ARACELI, 2011), o que vai ao encontro dos achados do presente estudo.

Observou-se que houve a necessidade de contato com assistente social e/ou Conselho Tutelar, em alguns casos. O Estatuto da Criança e do Adolescente aponta que é direito dos recém-nascidos serem postos a salvo de qualquer forma de violência, podendo se fazer necessário o afastamento da criança do convívio familiar (BRASIL, 1990). No presente estudo, os profissionais responsáveis por salvaguardar a integridade do recém-nascido foram acionados, porém não houve casos de separação entre o neonato e sua família. Este fato demonstra que, com relação ao recém-nascido, os profissionais de saúde da instituição investigada se mostraram sensíveis e responsáveis por buscarem o auxílio adequado e no momento oportuno, ainda na internação.

Salienta-se que, para a análise das repercussões neonatais, algumas variáveis consideradas de importância clínica foram investigadas, como os procedimentos realizados no momento do nascimento e o tempo de internação do recém-nascido e, na presente pesquisa, não houve resultado estatisticamente significativo na análise destas variáveis. Apesar de serem clinicamente consideradas, não foram encontrados trabalhos na literatura científica que associassem estas variáveis com a ocorrência da VPI na gestação.

Neste estudo, também foi verificado se a violência por parceiro íntimo aumentou ou diminuiu na gestação, sendo que 39,7% das mulheres que declararam ter sofrido VPI alguma vez na vida não sofreram violência na gestação. Ou seja, a gestação nestes casos, pode ser considerada como um fator atenuante da VPI. Corroborando os achados do presente estudo, algumas investigações demonstram que a ocorrência de VPI durante a gestação pode se tornar menos frequente, menos severa ou deixar de ocorrer (MAKAYOTO et al., 2013; SILVA et al., 2011). Entretanto, outros estudos apontam que algumas mulheres que não sofriam violência por parceiro antes da gestação começaram a sofrer após a gestação e, desse modo, verifica-se que os dados ainda não são conclusivos para afirmar se a violência efetivamente

diminui ou aumenta a ocorrência de VPI (CASTRO; RUÍZ, 2004; GARCIA-MORENO et al., 2005).

Entre as participantes, 66,4% sofreram algum tipo de violência ao menos uma vez na vida, porém, quando questionadas sobre isso, apenas 22,0% consideraram ter sofrido violência. Segundo Moreira, Boris e Venâncio (2011), as mulheres que estão em situação de VPI percebem esta ocorrência como uma situação não desejada; entretanto, isso não quer dizer que elas se considerem vítimas. Para mudar uma situação de violência deve haver, por parte da mulher, a percepção da suscetibilidade e da severidade e consequências destes atos (PARENTE; NASCIMENTO; VIEIRA, 2009). Nota-se que, entre as mulheres investigadas, esta percepção foi pequena, o que pode levar à sucessão dos casos. Autores apontam que mulheres que cresceram em lares violentos têm maior chance de sofrer VPI na idade adulta, sendo que o convívio precoce e contínuo com situações de violência gera a percepção desta como algo corriqueiro e como um modo aceitável de resolver conflitos entre parceiros (D'OLIVEIRA et al., 2009). Além disso, as relações desiguais entre parceiros podem alterar a percepção da mulher sobre a violência (KRUG et al., 2002), que passa a ser compreendida como direito do parceiro, demonstrando também, neste caso, as relações de poder do homem sobre a mulher, verificadas neste estudo.

6 Conclusões

Os resultados deste estudo permitem concluir que:

- A amostra deste estudo foi representada, em sua maioria, por mulheres com idade média de 25 anos de idade, de cor preta ou parda, com média de 9,6 anos de estudo, não fumantes, que não faziam uso de bebida alcoólica ou drogas ilícitas, solteiras (de acordo com o estado civil), que coabitavam com parceiro íntimo, com 1,6 filho em média, sem ocupação remunerada, com renda familiar média de 2,5 salários-mínimos e o parceiro como provedor da família;
- Os parceiros íntimos das participantes se caracterizaram, em sua maioria, por idade média de 27,6 anos, média de 9,2 anos de estudo, com ocupação no mercado formal, não fumantes, que faziam uso de bebida alcoólica e não faziam uso de drogas ilícitas;
- Os neonatos, filhos das participantes, se caracterizaram, em sua maioria, como nascidos a termo, do sexo feminino, com índice de Apgar no primeiro minuto de 8,1 e no quinto minuto de 9,5 e peso médio de 3,305 gramas;
- Entre as participantes, 66,4% sofreram algum tipo de violência perpetrada por familiares, parceiros, amigos, conhecidos ou estranhos, pelo menos uma vez na vida e 55,2% sofreram algum tipo de violência por parceiro íntimo alguma vez na vida;
- Entre as participantes, 15,5% sofreram algum tipo de VPI durante a gestação;
- Com relação ao tipo e frequência da VPI na gestação, 14,7% sofreram violência psicológica, 5,2%, violência física e 0,4% sofreu violência sexual;
- As mulheres que sofreram VPI durante a gestação se caracterizaram, em sua maioria, com idade média de 23,8 anos; de cor preta ou parda**,** 9,0 anos de estudo; não fumantes, que não faziam uso de bebida alcoólica ou drogas ilícitas, solteiras (de acordo com o estado civil), que coabitavam com parceiro íntimo, com 1,4 filho em média, com ocupação remunerada, com renda familiar média de 2,3 salários-mínimos e o parceiro como provedor da família;
- Os filhos das mulheres que sofreram VPI na gestação podem ser caracterizados, em sua maioria, como nascidos a termo, com índice de Apgar no primeiro minuto de 8,0 e no quinto minuto de 9,5 e peso médio de 3,234 gramas;
- Houve associação estatisticamente significativa entre a variável dependente “ocorrência de violência por parceiro íntimo na gestação” e a variável cor

autorreferida: as mulheres que se declararam de cor preta ou parda têm 3,4 vezes a chance de sofrer VPI na gestação, em relação às mulheres que se declararam de cor branca;

- Houve associação estatisticamente significativa entre a variável dependente e a variável estado marital: as mulheres sem companheiro têm 3,8 vezes a chance de sofrer VPI na gestação, em relação às mulheres que vivem com um companheiro;
- Não houve associação estatisticamente significativa entre a variável dependente e a variável hábito de beber, entretanto, por meio da Regressão Logística, foi possível identificar que mulheres que bebem eventualmente têm 3,9 vezes a chance de sofrer violência, quando comparadas a mulheres que não bebem;
- Não houve associação estatisticamente significativa entre a variável dependente e as variáveis faixa etária, escolaridade, religião, ocupação, hábito de fumar, uso de drogas ilícitas, tempo de relacionamento com o companheiro, moradia, renda e provedor da renda familiar;
- Evidenciou-se, por meio da Regressão Logística, que mulheres com parceiros na faixa etária de 15 a 18 anos têm 5,5 vezes a chance de sofrer violência, quando comparadas com mulheres que têm parceiros com 30 anos ou mais;
- Não houve associação estatisticamente significativa entre a variável dependente e as variáveis relacionadas ao parceiro íntimo: escolaridade, ocupação, hábito de fumar, hábito de beber e uso de drogas ilícitas;
- Houve associação estatisticamente significativa entre a variável dependente e a variável desejo da gestação: as mulheres que não desejaram a gestação têm 4,3 vezes a chance de sofrer VPI na gestação, quando comparadas com aquelas que desejaram a gestação;
- Não houve associação estatisticamente significativa entre a variável dependente e as variáveis número de gestações, número de abortos, número de partos, parto prematuro anterior, número de filhos natimortos, número de filhos que morreram após o nascimento, número de filhos vivos, gestação atual planejada, idade gestacional do início do pré-natal e número de consultas de pré-natal realizadas na gestação atual;
- Não houve associação estatisticamente significativa entre a variável dependente e as variáveis intercorrências na gestação, intercorrências no trabalho de parto,

analgesia durante o trabalho de parto, tipo de parto, intercorrências no parto e intercorrências no puerpério;

- Não houve associação estatisticamente significativa entre a variável dependente e as variáveis idade gestacional da criança ao nascer, índice de Apgar no primeiro minuto de vida, índice de Apgar no quinto minuto de vida, peso ao nascer, intercorrências no nascimento, procedimentos realizados no nascimento, encaminhamento do recém-nascido, encaminhamento do recém-nascido a outra instituição, intercorrências na internação, necessidade de contato com a assistente social, necessidade de contato com o Conselho Tutelar e tempo de internação em dias;
- Entre as mulheres que sofreram VPI alguma vez na vida, 39,7% deixaram de sofrer, após o início da gestação;
- Entre as participantes que sofreram algum tipo de violência alguma vez na vida, apenas 22,0% responderam que consideravam ter sofrido violência na vida.

7 Implicações Para a Prática e a Pesquisa

A temática “violência contra a mulher” está incluída nas políticas de saúde brasileiras e internacionais, no entanto, a invisibilidade desta questão ainda é uma realidade nos serviços de saúde, sendo muitas vezes percebida por meio de estereótipos e entendida como situação delicada, de cunho pessoal e que acaba por ser abordada apenas quando há queixa por parte da usuária do serviço. Nesse contexto, a questão de gênero merece atenção, sendo que as relações desiguais entre homens e mulheres e a percepção de seus papéis na sociedade estão consubstanciadas à ocorrência de violência. A violência se constitui em um fenômeno complexo e multifacetado, desse modo, é necessário compreender o conjunto de circunstâncias à volta da mulher em situação de violência, seu contexto econômico, social, familiar e psicológico, evitando estereótipos e pré-julgamentos por parte dos profissionais de saúde.

Os profissionais de saúde envolvidos com a assistência pré-natal atuam em *locus* favorável à detecção da violência contra a mulher, uma vez que a frequência da gestante ao serviço de saúde é maior, sendo a abordagem do tema facilitada pelo vínculo e pela assiduidade da assistência.

Assim, os resultados obtidos neste estudo fornecem subsídios para a sensibilização dos profissionais que atuam no cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal, no que se refere à identificação da VPI na gestação, para que possam oferecer um atendimento mais abrangente, que compreenda a situação da mulher, atendendo-a nas necessidades que, por vezes, permanecem despercebidas.

Os profissionais devem considerar, em suas práticas, o rastreamento, aconselhamento, acolhimento e referência à rede de apoio para a gestante em situação de violência. Além disso, na instituição investigada e nos serviços de saúde de modo geral, o rastreamento e a atuação profissional na violência contra a mulher seriam facilitados se houvesse uma sistematização para detecção e condutas adequadas nestes casos.

Nesse sentido, os resultados apontam que algumas características sociodemográficas relacionadas à ocorrência de VPI na gestação, tais como cor da pele preta ou parda, não ter companheiro, hábito da mulher de beber eventualmente, parceiro jovem, gestação indesejada, estão associadas à maior ocorrência de violência. Entretanto, estes fatores não devem ser considerados como absolutos ou como sinais determinantes da ocorrência de VPI, sob o risco de mulheres que apresentem estas características serem julgadas ou rotuladas como vítimas de violência em potencial. Destarte, os aspectos supracitados devem ser compreendidos como fatores que podem orientar e auxiliar na identificação da violência, uma vez que esta se constitui em fenômeno dinâmico e que sofre influência de diversos fatores. Além disso, esses

aspectos reforçam a necessidade de se considerar a perspectiva de gênero na ocorrência da violência, pois fica claro que estes fatores explicitaram as diferenças de poder entre as mulheres e seus parceiros.

Com relação às repercussões obstétricas e neonatais decorrentes da VPI na gestação, apesar de terem sido considerados fatores clinicamente importantes, os resultados não foram estatisticamente significativos. No entanto, vários estudos demonstram associações da VPI que são impactantes na saúde materna e neonatal.

Considerando o exposto, sugere-se que novas pesquisas sejam desenvolvidas para compreender a relação entre a VPI na gestação e as repercussões obstétricas e neonatais, de forma que as mulheres sejam acompanhadas retrospectivamente e prospectivamente, relacionando também com a percepção que elas têm sobre a violência. O impacto da gravidez na diminuição da violência contra a mulher poderia ser analisada no município em questão, visto que a literatura ainda é controversa a este respeito. As formas de enfrentamento dessa mulher também poderiam ser investigadas sob outros referenciais teóricos e metodológicos, com o intuito de compreender sua real necessidade diante desta situação (ser gestante e sofrer violência).

Além disso, sugere-se, também, que as repercussões decorrentes da VPI na gestação sejam reavaliadas em estudos que incluam participantes atendidas em outras instituições e que apresentem diferentes características sociodemográficas e econômicas.

Referências

ALMEIDA, T. M. C. A violência contra as mulheres no Brasil: leis, políticas públicas e estatísticas. In: ABREU, M. A. (Org.). **Redistribuição, reconhecimento e representação**: diálogos sobre igualdade de gênero. Brasília, DF: IPEA, 2011. p. 46-56.

AQUINO, N. M. R. D.; SUN, S. Y.; OLIVEIRA, E. M.; MARTINS, M. G.; SILVA, F.; MATTAR, R. Violência sexual e associação com a percepção individual de saúde entre mulheres gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 954-960, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de classificação econômica Brasil.** 2012. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/FileGenerate.ashx?id=285>. Acesso em: 3 maio 2013.

AUDI, C. A. F. **Violência doméstica na gravidez**. 2007. 239 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

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

BAILEY, B. A.; DAUGHERTY, R. A. Intimate partner violence during pregnancy: incidence and associated health behaviors in a rural population. **Matern Child Health Journal**, New York, v. 11, n. 5, p. 495-503, 2007.

BEDONE, A. J.; FAÚNDES, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 465-469, 2007.

BERNARDS, S.; GRAHAM, K. The cross-cultural association between marital status and physical aggression between intimate partners. **Journal of Family Violence**, New York, v. 28, n. 4, p. 403-418, 2013.

BIRDWELL, S. Dupla discriminação numa democracia racial: a luta de feministas negras no Brasil. In: VIEIRA, V. R.; JOHNSON, J. (Ed.). **Retratos e espelhos**: raça e etnicidade no Brasil e nos Estados Unidos. São Paulo: FEA/USP, 2009. p. 165-180.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes gerais da política nacional de saúde materno-infantil.** Brasília, DF, 1971.

_____. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher:** bases de ação programática. Brasília, DF, 1984.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 jul. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. **Proporção de partos cesáreos.** 2000. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/f08.def>. Acesso em: 7 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 737 de 16/05/01. Política nacional de redução da morbi-mortalidade por acidentes e violências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 maio, 2001. n. 96, Seção 1E.

_____. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 nov. 2003. p. 11.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, DF, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério:** atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília, DF, 2005b.

_____. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre... **Diário Oficial da União**, Brasilia, DF, 8 ago. 2006.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Pacto nacional pelo enfrentamento da violência contra a mulher.** Brasília, DF: SPM, 2007. Disponível em: <http://200.130.7.5/spmu/docs/pacto_violencia.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. **Escolaridade da população de 15 anos ou mais.** 2008a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2011/b0201b.def>. Acesso em: 25 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Cresce consumo abusivo de álcool entre os brasileiros.** 2008b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/reportagensEspeciais/default.cfm?pg=dspDetalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=10082>. Acesso em: 19 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil.** Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. **Taxa específica de fecundidade.** 2010a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/a06_10.htm>. Acesso em: 13 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. **Proporção de partos cesáreos.** 2010b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/f08.def>. Acesso em: 7 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. **Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer.** 2010c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/g16.def>. Acesso em: 26 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. **Nascidos vivos.** 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvsp.def>. Acesso em: 3 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. **Morbidade hospitalar do SUS por causas externas (agressões) – valor total.** 2012a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fiuf.def>. Acesso em: 15 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de informação de agravos de notificação:** violência doméstica, sexual e/ou outras violências. 2012b.(Dados sujeitos à revisão). Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/violencia/bases/violebrnet.def>. Acesso em: 15 abr. 2013.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha, Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006:** conheça a lei que protege as mulheres da violência doméstica e familiar. Brasília, DF, 2012c. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2012/lei-maria-da-penha-edicao-2012>. Acesso em: 12 nov. 2012.

BRUGGEMANN, O.; PARPINELLI, M.; OSIS, M. J. D.; CECATTI, J. G.; CARVALHINHO NETO, A. S. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. **Reproductive Health**, London, v. 4, n. 1, p. 1-7, 2007.

CAMPBELL, J. C. Health consequences of intimate partner violence. **The Lancet**, London, v. 359, n. 13, p. 1331-1336, 2002.

CAMPBELL, J.; GARCÍA-MORENO, C.; SHARPS, P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. **Violence Against Women**, Thousand Oaks, v. 10, n. 7, p. 770-789, 2004.

CAMPOS, H. **Estatística experimental não-paramétrica.** 4. ed. Piracicaba: ESALQ, 1983.

CASCAES, A. M.; GAUCHE, H.; BARAMARCHI, F. M.; BORGES, C. M.; PERES, K. G. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1024-1032, 2008.

CASTRO, R.; PEEK-ASA, C.; RUIZ, A. Violence against women in Mexico: a study of abuse before and during pregnancy. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 93, n. 7, p. 1110-1116, 2003.

CASTRO, R.; RUIZ, A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 62-70, 2004.

CECATTI, J. G.; GUERRA, G. V. Q. L.; SOUSA, M. H.; MENEZES, G. M. S. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 105-111, 2010.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Adverse health conditions and health risk behaviors associated with intimate partner violence. United States, 2005. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Washington, v. 57, n. 5, p. 113-117, 2008.

CHACHAM, A. S.; MAIA, M. B.; CAMARGO, M. B. Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 389-407, 2012.

CHAMBLISS, L. R. Intimate partner violence and its implication for pregnancy. **Clinical Obstetrics Gynecology**, Philadelphia, v. 51, n. 2, p. 385-397, 2008.

COELHO, E. D. A. C.; ANDRADE, M. L. S.; VITORIANO, L. V. T.; SOUZA, J. J.; SILVA, D. O.; GUSMÃO, M. E. N.; NASCIMENTO, E. R.; ALMEIDA, M. S. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da estratégia saúde da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 415-422, 2012.

CORTEZ, M. B.; SOUZA, L. D. Mulheres (in)subordinadas: o empoderamento feminino e suas repercussões nas ocorrências de violência conjugal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 24, n. 2, p. 171-180, 2008.

COUTO, M. T.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; KISS, L. B. Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1323-1332, 2007. Suplemento.

CRIPE, S. M.; SANCHEZ, S. E.; PERALES, M. T.; LAM, N.; GARCIA, P.; WILLIAMS, M. A. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics,** v. 100, n. 2, p. 104-8, Feb. 2008. ISSN 0020-7292.

CYRINO, R. Trabalho, temporalidade e representações sociais de gênero: uma análise da articulação entre trabalho doméstico e assalariado. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 21, p. 66-92, 2009.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B.; FRANÇA-JUNIOR, I.; LUDERMIR, A. B.; PORTELLA, A. P.; DINIZ, S.; COUTO, M. T.; VALENÇA, O. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 299-311, 2009.

DOLATIAN, M.; HESAMI, K.; SHAMS, J.; MAJD, H. A. Relationship between violence during pregnancy and postpartum depression. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, Dubai, v. 12, n. 4, p. 377-383, 2010.

DURAND, J. G. **Gestação e violência:** estudo com usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. 2005. 220 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-24052006-155058/publico/JuliaGarciaDurand.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2010.

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

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

ELLISON, C. G.; TRINITAPOLI, J. A.; ANDERSON, K. L.; JOHNSON, B. R. Race/ethnicity, religious involvement, and domestic violence. **Violence Against Women**, Thousand Oaks, v. 13, n. 11, p. 1094-1112, 2007.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Tradução Ruth M. Klaus. 3. ed. São Paulo: Centauro, 2006.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 47-71, 2004.

FARIA, M. G. A.; DAVID, H. M. S. L.; ROCHA, P. R. Inserção e prática religiosa entre mulheres: aspectos protetores ao uso de álcool e violência. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 32-37, 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38737/41592>. Acesso em: 30 maio 2013.

FINNBOGADOTTIR, H.; DEJIN-KARLSSON, E.; DYKES, A. K. A multi-centre cohort study shows no association between experienced violence and labour dystocia in nulliparous women at term. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 11, 2011. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-11-14.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2013.

FISHER, R. A. The logic of inductive inference. **Journal of the Royal Statistical Society**, London, v. 98, n. 1, p. 39-82, 1935.

FLOOD, M.; PEASE, B. Factors influencing attitudes to violence against women. **Trauma, Violence & Abuse**, Thousand Oaks, v. 10, n. 2, p. 125-142, 2009. Disponível em: <http://tva.sagepub.com/content/10/2/125.abstract >. Acesso em: 26 jun. 2012.

FORMIGA FILHO, J. F. N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 151-162.

GARCIA-MORENO, C.; HEISE, L.; JANSEN, H.; ELLSBERG, M.; WATTS, C. Public health - violence against women. **Science**, Washington, v. 310, n. 5752, p. 1282-1283, 2005.

GEE, R. E.; MITRA, N.; WAN, F.; CHAVKIN, D. E.; LONG, J. A. Power over parity: intimate partner violence and issues of fertility control. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, St. Louis, v. 201, n. 2, p. 148.e1-7, 2009.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. S103-S112, 2002. Suplemento.

GODOY, M. B.; AZEVEDO, G. F.; STEFANELLO, J.; MONTEIRO, J. C. S.; NAKANO, A. M. S. Situação trabalhista da mulher no ciclo grávido-puerperal. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 29, n. 1, p. 47-53, 2011.

GOMES, N. P.; DINIZ, N. M. F.; ARAÚJO, A. J. S.; COELHO, T. M. F. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 504-508, 2007.

GOMES, N. P.; DINIZ, N. M. F.; CAMARGO, C. L.; SILVA, M. P. Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 109-116, 2012.

GOMES, N. P.; FREIRE, N. M. Vivência de violência familiar: homens que violentam suas companheiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 58, n. 2, p. 176-179, 2005.

GONZALEZ, L. A mulher negra na sociedade brasileira. In: LUZ, M. T. O. (Ed.). **O lugar da mulher:** estudos sobre a condição feminina na sociedade atual. Rio de Janeiro: Graal, 1982. p. 87-104.

GUEDES, M. E. F. Gênero, o que é isso? **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 15, n. 1/3, p. 4-11, 1995.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. Assessing the fit of the model. In: _____. **Applied logistic regression**. New York: John Wiley and Sons, 1989. p. 135-173.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO. **Relatório de atividades 2011.** Ribeirão Preto: FAEPA, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Atlas do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2013a.

_____. **Pesquisa mensal de emprego:** abril 2013. Rio de Janeiro, 2013b. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Mensal_de_Emprego/fasciculo_indicadores_ibge/2013/pme_201305pubCompleta.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

JASINSK, J. L. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. **Trauma, Violence & Abuse**, London, v. 5, n. 1, p. 47-64, 2004.

KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, R. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LEÃO, E. M.; MARINHO, L. F. B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Revista Promoção da Saúde**, Brasília, DF, v. 3, n. 6, p. 31-36, 2002.

LEONE, C. R.; RAMOS, J. L. A.; VAZ, F. A. C. O recém-nascido pré-termo. In: MARCONDES, E.; VAZ, F. A. C.; RAMOS, J. L. A.; OKAY, Y. (Ed.). **Pediatria básica**. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2002. p. 348-352.

LITTLEFORD, J. Anestesia e analgesia obstétricas: efeitos sobre o feto e recém nascido. In: MACDONALD, M. G.; SESHIA, M. M. K.; MULLETT, M. D. (Ed.). **Avery neonatologia:** fisiopatologia e tratamento do recém nascido. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 236-255.

LUDERMIR, A. B.; LEWIS, G.; VALONGUEIRO, S. A.; ARAUJO, T. V. B.; ARAYA, R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. **Lancet**, London, v. 376, n. 9744, p. 903-910, 2010.

LUZ, M. T. O lar e a maternidade: instituições políticas. In: _____. **O lugar da mulher**: estudos sobre a condição feminina na sociedade atual. Rio de Janeiro: Graal, 1982. p. 09-31.

MAKAYOTO, L. A.; OMOLO, J.; KAMWEYA, A. M.; HARDER, V. S.; MUTAI, J. Prevalence and associated factors of intimate partner violence among pregnant women attending Kisumu District Hospital, Kenya. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 17, n. 3, p. 441-447, 2013.

MARINHEIRO, A. L. V. **Violência doméstica:** prevalência entre mulheres usuárias de um serviço de saúde de Ribeirão Preto-SP. 2003. 136 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MARINHEIRO, A. L. V.; VIEIRA, E. M.; SOUZA, L. D. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 604-610, 2006.

MARTIN, K. R.; GARCIA, L. Unintended pregnancy and intimate partner violence before and during pregnancy among Latina women in Los Angeles, California. **Journal of Interpersonal Violence,** v. 26, n. 6, p. 1157-75, Apr. 2011. ISSN 0886-2605.

MASSEY, S. H.; LIEBERMAN, D. Z.; REISS, D.; LEVE, L. D.; SHAW, D. S.; NEIDERHISER, J. M. Association of clinical characteristics and cessation of tobacco, alcohol, and illicit drug use during pregnancy. **American Journal on Addictions**, Washington, v. 20, n. 2, p. 143-150, 2011.

MATHIAS, A. K. R. D. A.; BEDONE, A. J.; OSIS, M. J. D.; FERNANDES, A. M. S. Prevalência da violência praticada por parceiro masculino entre mulheres usuárias da rede primária de saúde do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 185-191, 2013.

MATSEKE, G.; PELTZER, K.; MLAMBO, G. Partner violence and associated factors among pregnant women in Nkangala district, Mpumalanga. **South African Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Cape Town, v. 18, n. 3, p. 77-81, 2012.

MEDINA, A. B. C.; PENNA, L. H. G. Violência na gestação: um estudo da produção científica de 2000 a 2005. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 793-798, 2008.

MEDRADO, B.; LYRA, J. Nos homens, a violência de gênero. In: BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher – plano nacional**: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas. Brasília, DF, 2003. p. 21-26.

MENEZES, T. C.; AMORIM, M. M. R.; SANTOS, L. C.; FAÚNDES, A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 309-316, 2003.

MESQUITA, M. D. A.; SEGRE, C. A. D. M. Frequência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de maternidade pública da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 63-77, 2009.

MILLER, E.; DECKER, M. R.; MCCAULEY, H. L.; TANCREDI, D. J.; LEVENSON, R. R.; WALDMAN, J.; SCHOENWALD, P.; SILVERMAN, J. G. Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. **Contraception**, Los Altos, v. 81, n. 4, p. 316-322, 2010.

MILLER, E.; JORDAN, B.; LEVENSON, R.; SILVERMAN, J. G. Reproductive coercion: connecting the dots between partner violence and unintended pregnancy. **Contraception**, Los Altos, v. 81, n. 6, p. 457-459, 2010.

MINAYO, M. C. D. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MORAES, A. B. D.; ZANINI, R. R.; GIUGLIANI, E. R. J.; RIBOLDI, J. Tendência da proporção de baixo peso ao nascer, no período de 1994-2004, por microrregião do Rio Grande do Sul, Brasil: uma análise multinível. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 229-240, 2011.

MORAES, C. L.; ARANA, F. D. N.; REICHENHEIM, M. E. Physical intimate partner violence during gestation as a risk factor for low quality of prenatal care. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 667-676, 2010.

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, New York, v. 79, n. 3, p. 269-277, 2002.

MOREIRA, V.; BORIS, G. D. J. B.; VENÂNCIO, N. O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 398-406, 2011.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006.

MOURA, L. B. A.; GANDOLFI, L.; VASCONCELOS, A. M. N.; PRATESI, R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 944-953, 2009.

NAKANO, A. M. S. **Memorial para concurso de professor titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.** Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2009.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 49-55, 2006.

NOGUEIRA, C. M. As relações sociais de gênero no trabalho e na reprodução. **Aurora**, Marília, v. 6, p. 59-62, 2010.

NORTON, L. B.; PEIPERT, J. F.; ZIERLER, S.; LIMA, B.; HUME, L. Battering in pregnancy: an assessment of two screening methods. **Obstetrics and Gynecology**, Hagerstown, v. 85, n. 3, p. 321-325, 1995.

NTAGANIRA, J.; MUULA, A. S.; MASAISA, F.; DUSABEYEZU, F.; SIZIYA, S.; RUDATSIKIRA, E. Intimate partner violence among pregnant women in Rwanda. **BMC Women's Health**, London, v. 8, 2008. doi:10.1186/1472-6874-8-17.

NUNES, M. A. A.; CAMEY, S.; FERRI, C. P.; MANZOLLI, P.; MANENTI, C. N.; SCHMIDT, M. I. Violence during pregnancy and newborn outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil. **European Journal of Public Health**, Stockholm, v. 21, n. 1, p. 92-97, 2011.

ORGANIZACAO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**. Convenção de Belém do Pará. São Paulo: CLAADEM/IPE, 1996.

OTTO, C. O feminismo no Brasil: suas múltiplas faces. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 238-241, 2004.

PAIXÃO, M.; ROSSETTO, I.; MONTOVANELE, F.; CARVANO, L. M. (Org.). **Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil:** 2009-2010. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

PALLITTO, C. C.; CAMPBELL, J. C.; O'CAMPO, P. Is intimate partner violence associated with unintended pregnancy? A review of the literature. **Trauma Violence & Abuse**, Thousand Oaks, v. 6, n. 3, p. 217-235, 2005.

PALLITTO, C. C.; GARCIA-MORENO, C.; JANSEN, H. A.; HEISE, L.; ELLSBERG, M.; WATTS, C. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, Baltimore, v. 120, n. 1, p. 3-9, 2013.

PARENTE, E. D. O.; NASCIMENTO, R. O. D.; VIEIRA, L. J. E. D. S. Enfrentamento da violência doméstica por um grupo de mulheres após a denúncia. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, p. 445-465, 2009.

PEDROSA, C. M. **Guia da mulher**: ações de promoção dos direitos. Ribeirão Preto, 2005. [mimeografado].

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PETERS, E. N.; KHONDKARYAN, E.; SULLIVAN, T. P. Associations between expectancies of alcohol and drug use, severity of partner violence, and posttraumatic stress among women. **Journal of Interpersonal Violence**, New York, v. 27, n. 11, p. 2108-2127, 2012.

POWERS, J.; MCDERMOTT, L. J.; LOXTON, D. J.; CHOJENTA, C. A prospective study of prevalence and predictors of concurrent alcohol and tobacco use during pregnancy. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 17, n. 1, p. 76-84, 2013.

RAMOS, L.; AGUAS, M. F. F.; FURTADO, L. M. D. S. Participação feminina na força de trabalho metropolitano: o papel do status socioeconômico das famílias. **Economia Aplicada**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 595-611, 2011.

REICHENHEIM, M. E.; SOUZA, E.; MORAES, C. L.; JORGE, M. H. P. M.; SILVA, C. M. F. P.; MINAYO, M. C. S. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **The Lancet Saúde no Brasil**, 5, 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor5.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2013.

REINHOLD, B. Smashing glass ceilings: why women still find it tough to advance to the executive suite. **Journal of Organizational Excellence**, New York, v. 24, n. 3, p. 43-55, 2005. doi:10.1002/joe.20054.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria da Saúde. **Plano municipal de saúde:** período 2010-2013. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/.../pms-rp-2010-2013.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2013.

RIBEIRO, M. R. D. **Relações de poder no feminismo paulista - 1975 a 1981.** 2011. 337 f. Tese (Doutorado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-16012012-163308/>. Acesso em: 20 mar. 2011.

ROCHA, N. S. D.; FLECK, M. P. D. A. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 19-23, 2011.

RODRIGUES, D. T. **Análise da violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade de baixo risco**. 2007. 166 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

ROMERO-GUTIERREZ, G.; CRUZ-ARVIZU, V. H.; ARACELI, C. Prevalence of violence against pregnant women and associated maternal and neonatal complications in Leon, Mexico. **Midwifery**, Edinburgh, v. 27, n. 5, p. 750-753, 2011.

SAFFIOTI, H. Violência estrutural e de gênero - mulher gosta de apanhar? In: BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher. **Plano nacional**: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas. Brasília, DF, 2003. p. 27-38.

SANTOS, S. A.; LOVISI, G.; VALENTE, C. C. B.; LEGAY, L.; ABELHA, L. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 483-493, 2010.

SÃO PAULO (Estado). Procuradoria Geral do Estado de São Paulo. **Tratado internacional PGE**: convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (1979). São Paulo, 1984. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/discrimulher.htm>. Acesso em: 10 out. 2012.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP:** manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010.

SCHOEPS, D.; ALMEIDA, M. F.; ALENCAR, G. P.; FRANÇA JUNIOR, I.; NOVAES, H. M. D.; SIQUEIRA, A. A. F.; CAMPBELL, O.; RODRIGUES, L. C. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 1013-1022, 2007.

SCHRAIBER, L. B.; D`OLIVEIRA, A. F. L. P.; FRANÇA JÚNIOR, I.; PINHO, A. A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2002.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA-JUNIOR, I.; DINIZ, S.; PORTELLA, A. P.; LUDERMIR, A. B.; VALENÇA, O.; COUTO, M. T. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 797-807, 2007.

SCORZAFAVE, L. G.; MENEZES-FILHO, N. Caracterização da participação feminina no mercado de trabalho: uma análise de decomposição. **Economia Aplicada**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 41-55, 2006.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

SILVA, E. P.; LUDERMIR, A. B.; ARAUJO, T. V. B.; VALONGUEIRO, S. A. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1044-1053, 2011.

SILVEIRA, M. F.; VICTORA, C. G.; BARROS, A. J. D.; SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A.; BARROS, F. C. Determinants of preterm birth: Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, 2004 birth cohort. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 185-194, 2010.

SILVERMAN, J. G.; DECKER, M. R.; REED, E.; RAJ, A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. States: associations with maternal and neonatal health. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, St. Louis, v. 195, n. 1, p. 140-148, 2006.

SILVERMAN, J. G.; GUPTA, J.; DECKER, M. R.; KAPUR, N.; RAJ, A. Intimate partner violence and unwanted pregnancy, miscarriage, induced abortion, and stillbirth among a national sample of Bangladeshi women. **BJOG**, Oxford, v. 114, n. 10, p. 1246-1252, 2007.

SOUZA, L. H. R. F. D.; SANTOS, M. C. D.; OLIVEIRA, L. C. M. D. Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, p. 296-303, 2012.

TAQUETTE, S. O. **Mulher adolescente/jovem em situação de violência**. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.

TELES, L. M. R.; PITOMBEIRA, H. C. S.; OLIVEIRA, A. S.; FREITAS, L. V.; MOURA, E. R. F.; DAMASCENO, A. K. C. Parto com acompanhante e sem acompanhante: a opinião das puérperas. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 688-694, 2010.

TEMPLE, J. R.; WESTON, R.; STUART, G. L.; MARSHALL, L. L. The longitudinal association between alcohol use and intimate partner violence among ethnically diverse community women. **Addictive Behaviors**, New York, v. 33, n. 9, p. 1244-1248, 2008.

UNITED NATIONS (UN). **Convention on the elimination of all forms of discrimination against women.** New York, 1979. Disponível em: <http://www.un-documents.net/cedaw.htm>. Acesso em: 10 out. 2012.

_____. **Declaration on the elimination of violence against women.** General Assembly, 85th plenary meeting. New York, 1993. Disponível em: <http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/104>. Acesso em: 21 jul. 2011.

VENTURI, G.; RECAMÁN, M. As mulheres brasileiras no início do século XXI. In: VENTURI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. (Org.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 15-30.

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

VIELLAS, E. F.; GAMA, S. G. N.; CARVALHO, M. L.; PINTO, L. W. Fatores associados à agressão física em gestantes e os desfechos negativos no recém-nascido. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 1, p. 83-90, 2013.

WALLER, M. W.; IRITANI, B. J.; CHRIST, S. L.; CLARK, H. K.; MORACCO, K. E.; HALPERN, C. T.; FLEWELLING, R. L. Relationships among alcohol outlet density, alcohol use, and intimate partner violence victimization among young women in the United States. **Journal of Interpersonal Violence**, New York, v. 27, n. 10, p. 2062-2086, 2012.

WALTERMAURER, E.; WATSON, C. A.; MCNUTT, L. A. Black women's health: the effect of perceived racism and intimate partner violence. **Violence Against Women**, Thousand Oaks, v. 12, n. 12, p. 1214-1222, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Appropriate technology for birth. **The Lancet**, London, v. 326, n. 8452, p. 436-437, 1985.

_____. **Prevention of violence:** a public health priority. Forty-Ninth World Health Assembly. Geneva, 1996a.

_____. **Care in normal birth:** a practical guide. Geneva, 1996b.

_____. **WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women:** summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, 2005.

_____. **Promoting gender equality to prevent violence against women**. Geneva, 2009.

_____. **Preventing intimate partner and sexual violence against women:** taking action and generating evidence. Geneva, 2010.

_____. Pan American Health Organization. **Understanding and addressing violence against women.** Geneva, 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77433/1/WHO_RHR_12.35_eng.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2013.

Apêndices

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS
1.1. Data de nascimento: _____/_____/_____
1.2. Cor auto referida: ( ) 1 branca, 2 preta, 3 amarela, 4 parda, 5 vermelha
1.3. Escolaridade em anos estudados: ( )
1.4. Religião: ( ) 1 católica, 2 evangélica, 3 espírita, 4 não tem, 5 outras _____
1.5. Ocupação: ( ) 1 desempregada, 2 do lar, 3 mercado formal, 4 mercado informal
1.6. Hábito de fumar: ( ) 1 sim, 2 não (Vá para 1.8)
1.7. Número de cigarros/dia: ( ) 222 não sabe, 999 não se aplica (não fuma)
1.8. Hábito de beber: ( ) 1 não bebe, 2 bebe todos ou quase todos os dias, 3 bebe uma ou duas vezes/semana, 4 bebe uma a três vezes/mês, 5 bebe menos de uma vez/mês
1.9. Uso de drogas ilícitas: ( ) 1 não usa, 2 usa todos ou quase todos os dias, 3 usa uma ou duas vezes/semana, 4 usa uma a três vezes/mês, 5 usa menos de uma vez/mês
1.10. Estado civil: ( ) 1 solteira, 2 casada, 3 viúva, 4 divorciada/separada
1.11. Estado marital: ( ) 1 vivendo com um companheiro independente do sexo, 2 tem um parceiro mas não vive junto, independente do sexo
1.12. Tempo de relacionamento em meses: ( )
1.13. Data de nascimento do companheiro: _____/_____/_____ ( )222 não sabe
1.14. Escolaridade do companheiro em anos estudados: ( ) 222 não sabe
1.15. Ocupação do companheiro: ( ) 1 desempregado, 2 do lar, 3 mercado formal, 4 mercado informal
1.16. Hábito de fumar do companheiro: ( ) 1 sim, 2 não (Vá para 1.18)
1.17. Número de cigarros/dia: ( ) 222 não sabe, 999 não se aplica (não fuma)
1.18. Hábito de beber do companheiro: ( ) 1 não bebe, 2 bebe todos ou quase todos os dias, 3 bebe uma ou duas vezes/sem, 4 bebe uma a três vezes/mês, 5 bebe menos de uma vez/mês
1.19. Uso de drogas ilícitas pelo companheiro: ( ) 1 não usa, 2 usa todos ou quase todos os dias, 3 usa uma ou duas vezes/sem, 4 usa uma a três vezes/mês, 5 usa menos de uma vez/mês
1.20. Situação de moradia: ( ) 1 própria, 2 alugada, 3 emprestada, 4 invadida
1.21. Renda familiar em salários mínimos: ( ) 222 não sabe

1.22. Provedor da família: ( ) 1 participante, 2 companheiro, 3 ambos, 4 outros _____
1.23. Convivência com companheiro, na maioria das vezes: ( ) 1 boa, 2 ruim
1.24. Com esta gestação a convivência mudou? ( ) 1 não mudou, 2 piorou, 3 melhorou

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS
2.1. Número de gestações: ( )
2.2. Gestação atual foi planejada? ( ) 1 sim, 2 não
2.3. Número de partos: ( ) 999 não se aplica (primigesta)
2.4. Número de partos normais anteriores: ( ) 999 não se aplica (não teve parto anterior), 222 não teve parto normal anterior
2.5. Número de cesáreas anteriores: ( ) 999 não se aplica (não teve parto anterior), 222 não teve cesárea anterior
2.6. Número de partos com fórcipe anteriores: ( ) 999 não se aplica (não teve parto anterior), 222 não teve parto com fórcipe anterior
2.7. Número de abortos: ( ) 999 não se aplica (não teve)
2.8. Parto prematuro anterior: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (primigesta)
2.9. Se sim, qual a idade gestacional em semanas? ( ) 999 não se aplica, 222 não sabe
2.10. Peso que o prematuro nasceu em gramas: ( ) 999 não se aplica, 222 não sabe
2.12. Número de filhos vivos: ( ) 999 não se aplica (nenhum)
2.14. Você teve algum filho que nasceu morto? ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (primigesta)
2.15. Você teve algum filho que morreu logo após o nascimento? ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (primigesta)

CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS À VIOLÊNCIA DE GÊNERO				
1. Você sente que seu companheiro controla muito a sua vida? CONTCOMP ( ) 1 sim, 2 não				
Eu quero que você me diga se seu atual companheiro, ou qualquer outro companheiro, alguma vez na vida, tratou você da seguinte forma:	A) Sim Continue em B	B) Isto aconteceu durante esta gravidez? SIM – Prossiga NÃO – Vá para D a partir do item 2	C) Durante a gravidez, você diria que isto aconteceu	D) Antes de engravidar, você diria que isto aconteceu
2. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?	1. SIM 2. NÃO ( )	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica ( )	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes 999. Não se aplica 222. Não aconteceu na gravidez ( )	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes 999. Não se aplica ( )
3. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	1. SIM 2. NÃO ( )	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica ( )	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes 999. Não se aplica 222. Não aconteceu na gravidez ( )	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes 999. Não se aplica ( )
4. Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito?	1. SIM 2. NÃO ( )	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica ( )	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes 999. Não se aplica 222. Não aconteceu na gravidez ( )	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes 999. Não se aplica ( )
5. Ameaçou machucá-la ou	1. SIM	1. SIM	1. Uma vez	1. Nenhuma vez

alguém/algo de que(m) você gosta?	2. NÃO ( )	2. NÃO 999. Não se aplica ( )	2. Poucas vezes 3. Muitas vezes 999. Não se aplica 222. Não aconteceu na gravidez ( )	2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes 999. Não se aplica ( )

Alguma vez, o seu atual companheiro ou qualquer outro companheiro, tratou você da seguinte forma:	A) Sim Continue em B	B) Isto aconteceu durante esta gravidez? SIM – Prossiga NÃO – Vá para D a partir do item 2	C) Durante a gravidez, você diria que isto aconteceu	D) Antes de engravidar, você diria que isto aconteceu
6. Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?	1. SIM 2. NÃO ( )	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica ( )	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes 999. Não se aplica 222. Não aconteceu na gravidez ( )	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes 999. Não se aplica ( )
7. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco ou chacoalhão?	1. SIM 2. NÃO ( )	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica ( )	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes 999. Não se aplica 222. Não aconteceu na gravidez ( )	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes 999. Não se aplica ( )
.8. Machucou-a com um soco ou algum objeto?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes 999. Não se aplica	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes

	( )	( )	222. Não aconteceu na gravidez ( )	999. Não se aplica ( )
9.. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	1. SIM 2. NÃO ( )	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica ( )	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes 999. Não se aplica 222. Não aconteceu na gravidez ( )	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes 999. Não se aplica ( )
10. Estrangulou ou queimou você de propósito?	1. SIM 2. NÃO ( )	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica ( )	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes 999. Não se aplica 222. Não aconteceu na gravidez ( )	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes 999. Não se aplica ( )
11. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	1. SIM 2. NÃO ( )	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica ( )	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes 999. Não se aplica 222. Não aconteceu na gravidez ( )	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes 999. Não se aplica ( )

Alguma vez, o seu atual companheiro ou qualquer outro companheiro, tratou você da seguinte forma:	A) Sim Continue em B	B) Isto aconteceu durante esta gravidez? SIM – Prossiga NÃO – Vá para D a partir do item 2	C) Durante a gravidez, você diria que isto aconteceu	D) Antes de engravidar, você diria que isto aconteceu

12. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	1. SIM 2. NÃO ( )	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica ( )	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes 999. Não se aplica 222. Não aconteceu na gravidez ( )	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes 999. Não se aplica ( )
13. Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?	1. SIM 2. NÃO ( )	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica ( )	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes 999. Não se aplica 222. Não aconteceu na gravidez ( )	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes 999. Não se aplica ( )
14. Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?	1. SIM 2. NÃO ( )I	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica ( )	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes 999. Não se aplica 222. Não aconteceu na gravidez ( )	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes 999. Não se aplica ( )

	( )	15. Alguma outra pessoa, na sua vida, já insultou você, depreciou ou humilhou, ou fez com que você se sentisse mal? ( ) 1 sim, 2 não
	( )	16. Alguma outra pessoa já bateu, deu tapas, chutou ou machucou você fisicamente? ( ) 1 sim, 2 não
	( )	17. Alguma outra pessoa já forçou você a ter relação sexual contra a sua vontade? ( ) 1 sim, 2 não
	( )	18. Alguma vez, alguém a tocou sexualmente ou obrigou-a a uma atividade sexual, quando você não queria, antes de completar 15 anos? ( ) 1 sim, 2 não
	( )	19. Você considera que sofreu violência na vida? ( ) 1 sim, 2 não

APÊNDICE B

RESULTADOS OBSTÉTRICOS		
	( )	1. Idade gestacional do início do pré-natal em semanas: ( )
	( )	2. Número de consultas pré-natal: ( )
	( )	3. Intercorrências na gestação atual: ( ) 1 sim, 2 não
Se sim, quais? Marque abaixo.		
	( )	4. Hipertensão arterial: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	5. Pré-eclâmpsia: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	6. Eclampsia: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	7. Diabetes gestacional: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	8. Doenças sexualmente transmissíveis: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	9. Sangramentos: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	10. Crescimento uterino restrito: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	11. Vulvovaginites: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	12. Infecção do trato urinário: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	13. Descolamento prematuro de placenta: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	14. Trabalho de parto prematuro nesta gravidez: ( ) 1 sim, 2 não, 222 não se aplica (sem intercorrências), 999 ignorado ou em branco
	( )	15. Bolsa rota prematura: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	16. Intercorrências no trabalho de parto: ( ) 1 sim, 2 não

Se sim, quais? Marque abaixo.		
	( )	17. Hipertensão arterial: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	18. Pré-eclâmpsia: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	19. Eclampsia: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	20. Sangramentos: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	21. Descolamento prematuro de placenta: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	22. Rotura uterina: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	23. Sofrimento fetal agudo: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	24. Analgesia durante o trabalho de parto: ( ) 1 sim, 2 não
	( )	25. Acompanhante durante o trabalho de parto: ( ) 1 sim, 2 não
	( )	26. Se sim, quem? ( ) 1 companheiro, 2 mãe, 3 sogra, 4 pai, 5 irmãos, 6 amigos, 7 outros _____, 999 não se aplica (não teve acompanhante durante o trabalho de parto)
	( )	27. Parto atual: ( ) 1 normal, 2 cesárea, 3 fórcipe
	( )	28. Intercorrências no parto? ( ) 1 sim, 2 não
Se sim, quais? Marque abaixo.		
	( )	29. Rotura uterina: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	30. Pico hipertensivo: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	31. Hipotensão arterial: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	32. Eclampsia: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	33. Sangramento: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco

	( )	34. Sofrimento fetal agudo: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	35. Acretismo placentário: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	36. Mecônio: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	37. Laceração: ( ) 1 primeiro grau, 2 segundo grau, 3 terceiro grau, 4 quarto grau, 5 não teve
	( )	38. Intercorrências anestésicas: ( ) 1 sim, 2 não
	( )	39. Intercorrências no pós-parto: ( ) 1 sim, 2 não
Se sim, quais? Marque abaixo.		
	( )	40. Hipertensão arterial: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	41. Pré-eclâmpsia: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	42. Eclampsia: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	43. Sangramento: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	44. Retenção placentária: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	45. Hipotonia uterina: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	46. Infecção puerperal: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	47. Trauma mamilar: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	48. Ingurgitamento mamário: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	49. Corioaminioite: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	50. Infecção do trato urinário: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco

	( )	51. ISC: ( ) 1 sim, 2 não, 222 não se aplica
	( )	52. Puérpera encaminhada a outro serviço de saúde: ( ) 1 sim, 2 não
	( )	53. Óbito materno: ( ) 1 sim, 2 não
CARACTERÍSTICAS E RESULTADOS NEONATAIS		
	( )	1. Idade gestacional da criança ao nascer em semanas: ( )
	( )	2. Sexo da criança: ( ) 1 feminino, 2 masculino
	( )	3. Apgar 1º minuto: ( )
	( )	4. Apgar 5º minuto: ( )
	( )	5. Peso ao nascer em gramas: ( )
	( )	6. Comprimento ao nascer em cm: ( )
	( )	7. Sugou na primeira hora pós-parto? ( ) 1 sim, 2 não, 222 ignorado ou em branco
	( )	8. Intercorrências ao nascer: ( ) 1 sim, 2 não
Se sim, quais? Marque abaixo.		
	( )	9. Cianose: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	10. Bradicardia: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	11. Parada respiratória: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	12. Alteração de tônus muscular: ( ) 1 atonia, 2 hipotonia, 3 hipertonia, 4 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	13. Hipotermia: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	14. Parada cardiorrespiratória: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	15. Dificuldade respiratória: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	16. Malformação: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	17. Procedimentos realizados no nascimento? ( ) 1 sim, 2 não
Se sim, quais? Marque abaixo.		

	( )	18. Contato pele a pele: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	19. Aspiração de vias aéreas superiores: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	20. Oxigênio: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	21. Máscara e ambú: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	22. Intubação traqueal: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	23. Massagem cardíaca: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	24. Aspiração gástrica: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	25. Lavagem gástrica: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	26. RN encaminhado para: ( ) 1 Alojamento conjunto, 2 Unidade de cuidados intensivos
	( )	27. Se unidade de cuidados intensivos, qual o tempo de permanência em horas? ( ) 999 não se aplica
	( )	28. Recém-nascido encaminhado a outro serviço? ( ) 1 sim, 2 não
	( )	29. Intercorrências durante a internação? ( ) 1 sim, 2 não
Se sim, quais? Marque abaixo.		
	( )	30. Hipoglicemia: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	31. Desidratação: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	32. Icterícia: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	33. Impetigo: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	34. Dificuldade respiratória: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
	( )	35. Durante a internação foi necessário entrar em contato com a assistente social: (

		) 1 sim, 2 não
	( )	36. Durante a internação foi necessário entrar em contato com o conselho tutelar: ( ) 1 sim, 2 não
	( )	39. Tempo de internação em dias: ( )
	( )	40. Tipo de aleitamento no momento da alta hospitalar: ( ) 1 aleitamento materno exclusivo, 2 aleitamento materno predominante, 3 aleitamento materno misto ou parcial, 4 Não está amamentando
	( )	41. Óbito neonatal durante a internação: ( ) 1 sim, 2 não
	( )	42. Se sim, com quantas horas de vida? ( ) 999 não se aplica (não houve óbito neonatal)

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(para Juízes Especialistas)

Nome da pesquisa: A violência de gênero - implicações na saúde reprodutiva das mulheres
Pesquisadoras: Ana Márcia Spanó Nakano (coordenadora), Flávia Azevedo Gomes, Juliana Stefanello, Juliana Cristina dos Santos Monteiro.

Informações sobre a pesquisa

Estamos desenvolvendo um projeto temático intitulado "A violência de gênero - implicações na saúde reprodutiva das mulheres", que tem o intuito de investigar as repercussões da violência por parceiro íntimo na saúde reprodutiva da mulher com enfoque no ciclo gravídico-puerperal. Dentre os instrumentos de coleta de dados da pesquisa, há uma parte sobre saúde reprodutiva cujo conteúdo requer avaliação de especialistas para ser validado e, por isso, destaco a importância de sua contribuição profissional para esta validação.

Considerando sua especialidade, gostaria de lhe convidar a participar da referida validação, tendo em vista que seus conhecimentos científicos e empíricos relacionados à temática são relevantes para avaliar os instrumentos desenvolvidos. Sua participação será na leitura e análise do instrumento de coleta de dados que será lhe enviado por correio eletrônico, e exigirá cerca de 60 minutos de seu tempo.

Caso você concorde em participar, assinará este Termo de Consentimento em duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra deverá ser devolvida por correio eletrônico. Você pode aceitar ou não participar, caso aceite, assumo o compromisso de manter sigilo sobre sua identidade. Esclareço que não haverá nenhum pagamento ou ajuda de custo pela sua participação na pesquisa. Se houver alguma dúvida estou à disposição para realizar os devidos esclarecimentos. Ressalta-se que poderá desistir da pesquisa, conforme lhe for conveniente

Agradeço a colaboração e informo que as sua contribuição será de grande importância para esta pesquisa.

Atenciosamente,

_____

Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano
Coordenadora da pesquisa
Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto, SP
Tel: (16) 3602 3405 – e-mail: nakano@eerp.usp.br

Eu, _____,
tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.
Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura da participante

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: A violência de gênero - implicações na saúde reprodutiva das mulheres
Pesquisadoras: Ana Márcia Spanó Nakano (coordenadora), Flávia Azevedo Gomes, Juliana Stefanello, Juliana Cristina dos Santos Monteiro.

Informações sobre a pesquisa

Gostaria de convidá-la a participar de uma pesquisa que será realizada neste serviço de saúde. A intenção desta pesquisa é estudar a ocorrência de violência por parceiro íntimo entre as gestantes, as consequências para a saúde da mãe e da criança, como as influências no aleitamento materno e na saúde mental da mulher.

Para participar, você responderá um questionário com perguntas sobre seus dados pessoais e sobre como é o relacionamento com seu companheiro; este questionário exigirá cerca de 30 minutos de seu tempo. Além disso, você poderá participar de outras fases da pesquisa, respondendo outros questionários sobre sua saúde e a do seu filho, no período de 3 a 6 meses após o parto.

Caso você concorde em participar, assinará este termo de consentimento em duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra ficará comigo. Você pode aceitar ou não participar da pesquisa e, caso aceite, assumo o compromisso de manter segredo sobre sua identidade. Esclareço que não haverá nenhum pagamento ou ajuda de custo pela sua participação na pesquisa. Este questionário tratará de experiências de vida mais íntima havendo a possibilidade de riscos emocionais como tristeza, angústia e medo durante e entrevista, assim, se necessário, estarei pronta para ouvi-la e auxiliá-la a buscar no serviço público o atendimento psicológico e suporte adequado. Você poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, e isto não interferirá no seu atendimento aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde.

Agradeço a colaboração e informo que com este trabalho será possível melhorar a assistência às mulheres que sofrem violência, de modo que tenham acolhimento e suporte adequado pelos profissionais de saúde.

Atenciosamente,

_____

Ana Márcia Spanó Nakano
Pesquisadora - Coordenadora da pesquisa
(16) 3602 3405. E-mail: nakano@eerp.usp.br
Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto, SP.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.
Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura da participante

APÊNDICE E

TERMO DE ASSENTIMENTO PARA MENORES

Nome da pesquisa: A violência de gênero - implicações na saúde reprodutiva das mulheres,
Pesquisadoras: Ana Márcia Spanó Nakano (coordenadora), Flávia Aevedo Gomes, Juliana Stefanello, Juliana Cristina dos Santos Monteiro.

Informações sobre a pesquisa

Gostaria de convidá-la a participar de uma pesquisa que será realizada neste serviço de saúde. A intenção desta pesquisa é estudar a ocorrência de violência por parceiro íntimo entre as gestantes, as consequências para a saúde da mãe e da criança, como as influências no aleitamento materno e na saúde mental da mulher.

Para participar, você responderá um questionário com perguntas sobre seus dados pessoais e sobre como é o relacionamento com seu companheiro; este questionário exigirá cerca de 30 minutos de seu tempo. Além disso, você poderá participar de outras fases da pesquisa, respondendo outros questionários sobre sua saúde e a do seu filho, no período de 3 a 6 meses após o parto.

Caso você concorde em participar, assinará este termo de consentimento em duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra ficará comigo. Você pode aceitar ou não participar da pesquisa e, caso aceite, assumo o compromisso de manter segredo sobre sua identidade. Esclareço que não haverá nenhum pagamento ou ajuda de custo pela sua participação na pesquisa. Este questionário tratará de experiências de vida mais íntima havendo a possibilidade de riscos emocionais como tristeza, angústia e medo durante e entrevista, assim, se necessário, estarei pronta para ouvi-la e auxiliá-la a buscar no serviço público o atendimento psicológico e suporte adequado. Você poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, e isto não interferirá no seu atendimento aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde.

Agradeço a colaboração e informo que com este trabalho será possível melhorar a assistência às mulheres que sofrem violência, de modo que tenham acolhimento e suporte adequado pelos profissionais de saúde.

Atenciosamente,

_____

Ana Márcia Spanó Nakano
Pesquisadora - Coordenadora da pesquisa
(16) 3602 3405. E-mail: nakano@eerp.usp.br
Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto, SP.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.
Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura da participante

Anexo

ANEXO A

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 290/2011

Ribeirão Preto, 08 de agosto de 2011

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 08 de agosto de 2011.

Protocolo: nº 1383/2011

Projeto: Violência por parceiro íntimo contra a gestante: estudo transversal sobre as repercussões obstétricas e neonatais.

Pesquisadores: Juliana Cristina dos Santos Monteiro
Drieli Pacheco Rodrigues

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro
Depto. de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP