

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

THAIS HELENA DEVITTO MEIRA

**A VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO E SUA INTERFACE COM A SAÚDE
REPRODUTIVA DA MULHER**

Ribeirão Preto

2013

THAIS HELENA DEVITTO MEIRA

**A VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO E SUA INTERFACE COM A SAÚDE
REPRODUTIVA DA MULHER**

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

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

Orientador: Profa. Dra. Juliana Stefanello

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

Meira, Thais Helena Devitto

A violência por parceiro íntimo e sua interface com a saúde reprodutiva da mulher.

119 f.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Stefanello, Juliana.

1. Violência contra a mulher 2. Gestante 3. Violência por Parceiro Íntimo

MEIRA, Thais Helena Devitto

A violência por parceiro íntimo e sua interface com a saúde reprodutiva da mulher

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

Aprovado em//

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*À minha família, meus pais **Sonia e Aires** e meus irmãos **Renan e Tatiane**, por me motivarem a ir cada vez mais longe e a buscar alcançar meus objetivos. O amor que sinto por vocês é imensurável.*

Agradecimento Especial

À Profa. Dra. Juliana Stefanello, por ter me acolhido desde a graduação, pela confiança em cada trabalho desenvolvido, pelo respeito e pelas contribuições como orientadora e como pessoa. Admiro sua simplicidade e seu jeito de conduzir os percalços que se mostram ao longo do caminho.

Fica aqui minha gratidão e admiração.

Agradecimentos

A Deus, por guiar meus passos sempre pelos caminhos do bem, por iluminar minhas escolhas e permitir que eu consiga chegar cada vez mais longe.

Ao Cleber, amigo e companheiro, pelo apoio e compreensão ao longo desta jornada.

Às colegas do grupo de pesquisa Enfermagem, Mulher e Saúde-GPEMS, pela colaboração e pelo trabalho em equipe durante a coleta dos dados e nas diversas etapas da construção desta dissertação.

Às Profas Dras. Ana Márcia, Flávia Gomes, Juliana Monteiro, por suas contribuições relevantes para este trabalho, e em toda a jornada ao longo da pós-graduação.

Às Profas Dras. Ana Maria e Marta Angélica pelas contribuições durante o Exame de Qualificação que enriqueceram este trabalho.

A Miyeco, pela paciência, pela disponibilidade e pelo carinho com o qual me auxiliou a desenvolver as análises dos dados.

Às colegas Daniela Rodrigues e Angelina Lettiere, pela disponibilidade, pelas dicas e pelos conselhos pertinentes.

Às amigas Andreza Garon, Juliane Crispim, Juliana Sengling, Raphaella Moreira, Rute Machado, Talita Della Motta, Tatiana Oliveira, pelos momentos de descontração, de apoio e de carinho. "Amigos são a família que Deus nos permitiu escolher".

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, seus docentes e funcionários, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, pelo apoio recebido na condução deste trabalho.

Ao Centro Estadual de Referência à Saúde da Mulher – MATER, pelo apoio institucional para a realização desta pesquisa.

Aos funcionários do Ambulatório de Pré-Natal pelas manhãs de coletas, por nos acolherem de maneira carinhosa, contribuindo com conselhos e pelos momentos de descontração.

A todos que de alguma forma estiveram presentes ao longo desta jornada e somaram momentos de crescimento. Muitas pessoas chegaram durante este turbilhão de emoções, algumas se perderam, mas os que ficaram foram determinantes para que eu conseguisse avançar cada vez mais! Muito obrigada!

*“É preciso que eu suporte duas ou três larvas se quiser conhecer as
borboletas”*

(Antoine Saint-Exupéry. O Pequeno Príncipe)

RESUMO

MEIRA, T.H.D. **A violência por parceiro íntimo e sua interface com a saúde reprodutiva da mulher**. 2013. 119 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Ao se realizar uma interface entre a violência por parceiro íntimo (VPI) e suas relações para com a saúde da mulher, nota-se que as situações de violência tanto física como a sexual e psicológica afetam claramente a saúde sexual e reprodutiva, com impactos importantes. O presente estudo tem por objetivos: analisar aspectos da saúde reprodutiva das gestantes que estão associados à situação de VPI, durante a presente gestação; e identificar a prevalência de casos de VPI e classificar quanto ao tipo e momento da ocorrência. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal, desenvolvido com gestantes em acompanhamento de pré-natal no CRSM-MATER, uma maternidade de baixo risco na cidade de Ribeirão Preto-SP. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de dois instrumentos, um para investigação da ocorrência da violência e outro para identificação de dados sociodemográficos e de saúde reprodutiva. Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas, os dados foram submetidos ao Teste Exato de Fisher. Além disso, a quantificação desta associação foi mensurada por meio de modelos de regressão logística onde se calculou o Odds Ratio bruto (ORb) com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Todas as análises estatísticas foram realizadas com a utilização do *software* estatístico SAS® 9.0. A amostra constituiu-se por 233 gestantes que passaram por consulta de pré-natal, no período de maio a dezembro de 2012. A ocorrência de VPI alguma vez na vida foi relatada por 55,36% das mulheres, enquanto, no período gestacional, verificou-se uma prevalência de 15,45% de violência geral, sendo 5,15% de violência física, 14,59% de violência psicológica e 0,43% de violência sexual. Observou-se associação entre a VPI e as mulheres que se autorreferiram de cor preta ou parda ($p= 0,0052$; $ORb=3,344$; IC 95%: 1,399; 7,997) e que não estavam em um relacionamento com seus companheiros, no período da entrevista ($p= 0,0348$; $ORb =3,840$; IC 95%:1,376; 10, 717). Nota-se uma tendência à VPI entre as mulheres em idade mais jovem, com baixa escolaridade e que não exercem atividade remunerada. As características de saúde reprodutiva apontam associação entre a VPI e as mulheres que não desejaram a atual gestação ($p= 0,0020$; $ORb = 4,351$; IC 95%: 1,786; 10,602), que raramente frequentam a consulta ginecológica ($p= 0,0129$; $ORb = 2,971$; IC 95%: 1,116; 7,911) e que, ao longo da vida, fizeram uso de método contraceptivo do tipo comportamental ($p = 0,0572$; $ORb = 2,372$; IC 95%: 1,023; 5,496). O estudo é precursor no Brasil e revelou algumas relações da VPI e suas implicações na saúde reprodutiva. Assim, outros estudos se fazem necessários para se compreender mais amplamente esta relação, além de se direcionar o olhar para a identificação das mulheres em situação de violência, a fim de melhorar as condições de saúde das mesmas, em especial da saúde reprodutiva, repensando as ações interventivas, relacionando-as não somente aos serviços de saúde mas também a uma conjuntura intersetorial.

Palavras-chave: Violência contra a mulher; gestação, gestante, saúde reprodutiva

ABSTRACT

MEIRA, T.H.D. **Intimate partner violence and its interface with the woman's reproductive health.** 2013. 119 f. Dissertation (Master) – Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

On establishing an interface between intimate partner violence (IPV) and its connection with the woman's health, we see that situations of violence, whether physical, sexual or psychological, have a clear effect on sexual and reproductive health, with important types of impact. The present study has two main purposes: first, to analyse those aspects of the reproductive health of pregnant women that are linked to situations of IPV during the pregnancy; and secondly, identification of the prevalence of cases of IPV and classify them according to the type and the moment of the occurrence. This is a descriptive study of the transversal variety, applied to pregnant women who are having antenatal care at CRSM-MATER, a low-risk maternity unit in the city of Ribeirão Preto, State of São Paulo, Brazil. The collection of data was made by applying two different instruments, one for the investigation of the occurrence of violence and the other to identify the social and demographic data and also the data regarding reproductive health. To check the association between qualitative variables, the data were subjected to the Exact Fisher Test. In addition, the quantification of this association was measured using models of logistic regression with the calculation of the raw odds ratio (rOR) with their respective confidence intervals of 95%. All the statistical analyses were carried out with the use of the statistical software SAS® 9.0. The sample consisted of 233 pregnant women who had antenatal care between May and December 2012. The occurrence of IPV at least once in life was reported by 55.36% of the women considered, while during the pregnancy the general violence rate of 15.45%, with 5.15% of physical violence, 14.59% of psychological violence and 0.43% sexual violence. There was a connection between IPV and women who declared themselves as black or partially skin-melaninated ($p=0.0052$; $rOR = 3.840$; $IC=05\%: 1.399; 7.997$) and those who were not in a relationship with their partners at the time of the interview ($p=0.0348$; $rOR=3.840$; $IC 95\%: 1.376; 10.717$). We also see a greater trend towards the presence of IPV among women who are younger, with lower levels of schooling, and who were not in paid work. The characteristics of reproductive health show an association between IPV and women who did not want the current pregnancy ($p=0.0020$; $rOR=4.351$; $IC 95\%: 1.786; 10.602$), who rarely attend appointments with the gynaecologist ($p=0.0129$; $rOR=2.971$; $IC = 95\%: 1.023; 5,496$). The study is the first of its kind in Brazil and has shown some relations between IPV and its implications related to reproductive health; other studies are therefore necessary so we may understand this relationship from a wider perspective, and also so we may direct our studies to the identification of those women in a situation of violence, with a rethink of intervention actions, relating them not only to health services but also to an intersectorial underlying situation.

Descriptors: Violence against women. Pregnancy. Pregnant women. Reproductive health.

RESUMEN

MEIRA, T.H.D. **La violencia de género y su interfaz en la salud reproductiva de la mujer**. 2013. 119 f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Al realizar una interfaz entre la violencia de género y sus relaciones para con la salud de la mujer, se observa claramente que las situaciones de violencia tanto física, como la sexual y psicológica afectan la salud sexual y reproductiva, con impactos importantes. El presente estudio tiene como objetivo: analizar aspectos de la salud reproductiva de las gestantes que están asociados a la situación de violencia de género durante la presente gestación; e identificar la prevalencia de casos de violencia de género y clasificar el tipo y momento del hecho. Se trata de un estudio descriptivo, de tipo transversal, desarrollado con gestantes en seguimiento prenatal en CRSM-MATER, una maternidad de bajo riesgo en la ciudad de Ribeirão Preto-SP. La obtención de datos fue realizada por medio de la aplicación de dos instrumentos, uno para investigación de los hechos de violencia y otro para identificación de datos sociodemográficos y de salud reproductiva. Para verificar la asociación entre las variables cualitativas, los datos fueron sometidos a la Prueba Exacta de Fisher. Además, la cuantificación de esta asociación fue mensurada por medio de modelos de regresión logística donde se calculó el Odds ratio bruto (ORb) con sus respectivos intervalos de confianza del 95%. Todos los análisis estadísticos fueron realizados con la utilización del *software* estadístico SAS® 9.0. La muestra se constituyó por 233 gestantes que pasaron por consulta prenatal en el período de mayo a diciembre de 2012. La violencia de género alguna vez en la vida fue relatada por 55,36% de las mujeres, mientras que en el período gestacional se verificó una prevalencia de 15,45% de violencia general, siendo el 5,15% de violencia física, 14,59% violencia psicológica y 0,43% violencia sexual. Se observó asociación entre la violencia de género y las mujeres negras o mulatas que se autoagredieron ($p= 0,0052$; $ORb=3,344$; IC 95%: 1,399; 7,997) y que no estaban en una relación con sus compañeros en el periodo de la entrevista ($p= 0,0348$; $ORb =3,840$; IC 95%:1,376; 10, 717). Se resalta una tendencia a la violencia de género entre las mujeres en edad más joven, con baja escolaridad, y que no ejercen actividad remunerada. Las características de salud reproductiva apuntan a la asociación entre la violencia de género y las mujeres que no desearon la actual gestación ($p= 0,0020$; $ORb = 4,351$; IC 95%: 1,786; 10,602), que raramente frecuentan la consulta ginecológica ($p= 0,0129$; $ORb = 2,971$; IC 95%: 1,116; 7,911) y que a lo largo de la vida hicieron uso de método contraceptivo del tipo comportamental ($p = 0,0572$; $ORb = 2,372$; IC 95%: 1,023; 5,496). El estudio es precursor en Brasil y reveló algunas relaciones de violencia de género y sus implicaciones en la salud reproductiva, así, otros estudios son necesarios para comprender ampliamente esta relación, además de dirigir la mirada a la identificación de las mujeres en situación de violencia, a fin de mejorar las condiciones de salud de las mismas, en especial de la salud reproductiva, repensando las acciones interventivas, relacionándolas no solo a los servicios de salud, sino a un entorno intersectorial.

Descriptor: Violencia contra la mujer. Embarazo. Mujeres embarazadas. Salud reproductiva.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das participantes do estudo, segundo as características sociodemográficas. Ribeirão Preto/SP	48
Tabela 2 -	Distribuição das participantes do estudo quanto às características de saúde reprodutiva. Ribeirão Preto/SP	50
Tabela 3 -	Distribuição das participantes do estudo quanto ao uso de métodos contraceptivos alguma vez na vida e durante o último ano. Ribeirão Preto/SP	51
Tabela 4 -	Distribuição das participantes do estudo segundo tipo e momento de ocorrência da VPI. Ribeirão Preto/SP	53
Tabela 5 -	Análise da ocorrência de violência na gestação por parceiro íntimo associada às características sociodemográficas das participantes. Ribeirão Preto/SP	55
Tabela 6 -	Análise da ocorrência de violência na gestação por parceiro íntimo associada às características de saúde reprodutiva das participantes. Ribeirão Preto/SP	58

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A -	Instrumento de Coleta de dados	98
Apêndice B-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	103
Apêndice C-	Termo de Assentimento	104
Apêndice D-	Folheto Informativo.....	105

LISTA DE ANEXOS

Anexo A -	Instrumento de Coleta Dados de Violência	107
Anexo B -	Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo	119

LISTA DE ABREVIATURAS

AAS	Abuse Assessment Screen
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DDM	Delegacia de Defesa da Mulher
DRS	Divisão Regional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
MS	Ministério da Saúde
MAC	Método anticoncepcional
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OR	Odds Ratio
OR_b	Odds Ratio Bruto
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PASS	Power Analysis and Sample Size
PIC/USP	Programa de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
SAS	Statistical Analysis System
SINAN	Sistema de Informação e Agravos de Notificação
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
VPI	Violência por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

Apresentação	18
1 Introdução	21
1.1 Gênero e as relações de violência.....	23
1.2 A violência contra a mulher e o avanço nas políticas públicas	28
1.3 A violência contra a mulher e as implicações na saúde sexual e reprodutiva.....	31
2 Objetivos	36
2.1 Geral	37
2.2 Específicos.....	37
3 Material e Métodos	38
3.1 Tipo de Estudo.....	39
3.2 Local de Estudo	39
3.3 População e Casuísta	40
3.4 Procedimento de coleta de dados.....	40
3.5 Variáveis do estudo	42
3.5.1 Variável dependente	42
3.5.2 Variáveis independentes:.....	42
3.6 Processamento e análise dos dados	44
3.7 Aspectos éticos	45
4 Resultados	46
4.1 Caracterização das participantes do estudo	47
4.2 Violência por parceiro íntimo na atual gestação e ao longo da vida.....	52
4.3. Associação entre a ocorrência da VPI e fatores sociodemográficos e de saúde reprodutiva.....	54
5 Discussão	59
5.1 A VPI na gestação	60
5.2 A VPI na gestação e a interface com as características sociodemográficas.....	65
5.3 A VPI na gestação e a interface com as características de saúde reprodutiva.....	70
6 Conclusões	76
7 Limitações do Estudo	79
Referências	81
Apêndices	97
Anexos	106

Apresentação

O interesse pela área de saúde da mulher começou antes mesmo do curso de graduação, mas a motivação para investigar o objeto deste estudo decorreu das vivências obtidas ao longo do curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

A influência da temática e as breves aproximações com a área de interesse, no início do curso, me levaram a buscar aprendizados que contribuíssem para a ampliação do meu conhecimento de maneira mais significativa. Vislumbrada com o vasto leque de informações que aqui se expunha, busquei por meio da Iniciação Científica desenvolver estudos que contribuíssem no avanço de meu aprendizado e com as pesquisas na área. A partir desse momento conheci e me identifiquei com o trabalho desenvolvido pela Profa. Dra. Juliana Stefanello, minha orientadora desde então. O desejo de contribuir com reflexões e com produção de conhecimentos levou-me a desenvolver o meu primeiro projeto de iniciação científica intitulado: “A vivência da sexualidade e o uso de métodos contraceptivos no puerpério” como bolsista do programa PIC/USP onde, por meio de entrevistas domiciliares, investiguei a vivência das mulheres quanto ao retorno à atividade sexual na fase pós-parto, bem como a escolha e a utilização de métodos contraceptivos neste período. O contato com as entrevistadas e determinadas situações expostas nos relatos das participantes chamaram a atenção para um provável objeto de estudo ainda desconhecido e pouco claro naquele momento. Durante o quarto ano da graduação, seguindo a mesma linha de pesquisa, busquei investigar a experiência e a prática das puérperas frente à utilização de métodos anticoncepcionais, a fim de verificar se havia relação entre as escolhas de uso anterior à gestação com aquelas optadas e utilizadas como método contraceptivo no período puerperal. Ambos os estudos permitiram identificar lacunas importantes referentes à orientação do uso dos métodos contraceptivos, chamando a atenção para a necessidade de se repensar a assistência de uma maneira resolutiva, integral e humanizada.

Um olhar para além dos objetivos das duas pesquisas chamou-me a atenção para questões relacionadas à situação de violência que haviam sido observadas em alguns momentos, durante o desenvolvimento da iniciação científica, mas que não foram investigadas por não fazerem parte dos objetivos dos estudos. Contudo, tais situações despertaram meu interesse, instigando o desejo de aprofundar-me um pouco mais neste assunto. O ensejo para investigar esta temática construiu-se ao longo do mestrado, ganhando contornos que foram lapidados e estão apresentados nesta dissertação.

A temática da violência vem sendo abordada em diferentes âmbitos e merece destaque por sua magnitude e alta prevalência, tornando-se um tema relevante.

No campo da saúde pública, o tema violência vem sendo incorporado como uma questão de alta complexidade, que desperta interesse e importantes reflexões por se tratar de um problema social que acarreta consequências não apenas para a vítima e seus familiares, mas que transpassa as barreiras físicas e psicológicas, influenciando também no contexto de vida social e profissional dos envolvidos.

Atualmente a violência está presente em diferentes âmbitos da sociedade, acometendo idosos, portadores de deficiência física e/ou mental, adolescentes, crianças e mulheres. A violência perpetrada contra a mulher tem sido alvo de importantes reflexões e merece destaque pelas consequências acarretadas na qualidade de vida e saúde das vítimas.

No município de Ribeirão Preto, a questão da violência tem mobilizado a sociedade civil e organizações que vêm discutindo parcerias com os serviços de saúde, Conselhos Tutelares, organizações governamentais e não governamentais, principalmente no que tange à implantação e implementação de diretrizes para o atendimento dos casos de violência sexual ou da implantação da ficha de notificação dos casos de violência, elaborada pelo Ministério da Saúde.

O estudo se justifica pela necessidade de dar maior visibilidade a um problema que ainda apresenta uma insuficiência de respostas na literatura especializada, de maneira a ampliar a visibilidade do mesmo e contribuir para a reflexão e desenvolvimento de ações efetivas na área da saúde, em especial da enfermagem. A compreensão do fenômeno possibilitará o planejamento voltado para uma assistência às mulheres em situação de violência de forma integral e humanizada, bem como a formulação de estratégias multidisciplinares para a abordagem dos casos e a articulação com diferentes segmentos da sociedade, no intuito de desenvolver ações preventivas e de redução dos casos.

1. Introdução

A violência configura-se em um tema que vem sendo amplamente abordado e discutido, nos diversos segmentos da sociedade, por se tratar de um fenômeno social desencadeado por uma multiplicidade de fatores, chamando a atenção por seu impacto e mostrando-se como um importante problema de saúde pública, devido a sua alta prevalência e consequências acarretadas na saúde do indivíduo.

Sua amplitude e disseminação fizeram com que, nos últimos 30 anos, a violência ganhasse um espaço de merecido destaque, adquirindo gradativa visibilidade, sendo pauta de discussões e estudos de diversos setores da sociedade, a fim de compreender tal fenômeno, seus fatores predisponentes e suas formas de enfrentamento (FERREIRA, 2002).

Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde publicado em 2002 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o impacto da violência pode ser visto em diversas partes do mundo e de várias formas, visto que todo ano mais de um milhão de pessoas perde suas vidas, e muitas outras sofrem lesões não fatais, resultantes da violência autoinfligida, interpessoal ou coletiva, caracterizando a violência como uma das principais causas de morte, na faixa etária de 15 a 44 anos (KRUG et al., 2002).

Minayo (2006) destaca que o vocábulo violência origina-se da palavra latina *vis* que significa força, referindo-se ao uso da superioridade física sobre o outro e que esta não é uma, mas múltipla e mutante. Apesar de se ter claro quais condições caracterizam a violência, é difícil conceituá-la, uma vez que, para compreender a violência, se faz necessário aprofundar-se nas expressões e nos conceitos que envolvem as relações sociais e relacionais (MINAYO; SOUZA, 2006).

Comumente, não se pode atribuir o aumento no número de casos de violência a uma única questão, visto que ela é consequência de inúmeros fatores dentre os quais se destacam aqueles relacionados ao modo de ser e agir do homem na atualidade. Atitudes de individualismo, competição, crescimento de interesses privados e afirmação das diferenças têm sobrepujado as de solidariedade, universalismo, desenvolvimento público e igualdade. Assim, o homem vem sendo o adversário do homem, e com isso, torna-se o responsável por grande parte da violência contra os idosos, mulheres e crianças, já que ocorre dentro da própria família, nos locais de trabalho ou estudo das vítimas (NORONHA, 2002).

No Brasil, os números da violência aproximam-se de quase 120 mil óbitos por ano, cerca de 13% do total de mortes, ocupando o segundo lugar entre os grupos de causas de mortes, porém sabe-se que tais números não representam a real situação da violência no país, visto que há muita subnotificação por envolver um ato que muitas vezes é cometido no âmbito familiar (MATTAR et al., 2007).

Como se trata de um fenômeno complexo e multifacetado, atinge todos os grupos sociais e faixas etárias. Entretanto, a violência incide de maneira diferenciada sobre homens e mulheres, enquanto os homens são afetados pela violência de caráter letal que ocorre em espaços públicos, as mulheres vivenciam agressões perpetradas no espaço privado, onde o agressor geralmente é alguém de seu convívio familiar (TAQUETTE, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o termo violência familiar pode ser entendido como:

Toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família, e que pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro familiar, incluindo pessoas que possam assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e em relação de poder à outra (BRASIL, 2002, pg 15).

Na literatura, os termos “violência doméstica” e “violência familiar” são comumente relacionados como sinônimos e incluem as agressões entre membros de uma mesma família, inclusive aquelas ocasionadas por parceiros íntimos, pais contra filhos, entre irmãos e de cuidadores ou parceiros contra idosos (GROVES et al., 2002). Em relação à violência doméstica, nota-se que esta se distingue da violência familiar por incluir outros membros que convivem no domicílio, mas que não têm função parental, como empregados, agregados ou pessoas que convivem esporadicamente (BRASIL, 2002).

Nesse cenário ressaltam-se as crianças, adolescentes, idosos, deficientes físicos e em especial as mulheres, como as principais vítimas (BRASIL, 2002; BRASIL, 2007).

Apesar de a violência ser um evento que envolve tanto homens quanto mulheres na condição de vítimas e agressores (REICHENHEIM et al., 2006), a frequência com que as mulheres procuram os serviços de saúde em decorrência de agressões sofridas por seus parceiros promove reflexões acerca de um problema que se constitui em um tipo de violência de gênero que desafia a área de saúde pública.

1.1 Gênero e as relações de violência

Cunhado pelo movimento social feminista, o conceito de violência contra a mulher é uma expressão que diz respeito, de modo geral, a sofrimentos e agressões que estão

tradicional e profundamente arraigados na vida social, percebidos como situações normais, quando dirigidos especificamente às mulheres pelo fato de serem mulheres (D'OLIVEIRA, 2000).

A agressão do homem contra a mulher denomina-se violência de gênero. A palavra gênero foi introduzida na década de 1970 e refere-se à construção social do papel de homens e mulheres, a partir de características biológicas.

A principal referência para os estudos sobre gênero no Brasil baseia-se nos trabalhos desenvolvidos pela historiadora americana Joan Scott. Para a autora, a definição de gênero está dividida em duas partes, e vários itens que estão inter-relacionados.

(...) O coração da definição reside numa ligação integral entre duas proposições: gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseados em diferenças percebidas entre os sexos (...) Entretanto, minha teorização de gênero está na segunda parte: gênero como uma forma primária de significação das relações de poder. Talvez fosse melhor dizer que, gênero é um campo primário no qual ou através do qual o poder é articulado (SCOTT, 1988, p. 42, 44).

Atualmente, o conceito de gênero tem se amplificado, compreendendo relações históricas e sociais construídas, permitindo voltar o olhar para questões culturais e ideológicas (OKABE; FONSECA, 2009). Caracteriza-se por uma construção que se apoia em valores que permeiam a vida cotidiana e determinam comportamentos e atitudes mais condizentes com o que venha a ser um homem ou uma mulher (SCOTT, 1995).

Para Wynter (2001), o gênero refere-se às relações sociais e desiguais de poder entre homens e mulheres, baseadas em um conjunto de ideias, crenças, representações e atribuições decorrentes de uma construção social do papel de cada um, a partir das diferenças sexuais. A autora destaca que, em todas as culturas do mundo, as mulheres vivem em situações de desigualdade social em relação aos homens, e estas desigualdades adquirem manifestações e magnitudes diferentes.

Casique (2004) salienta que a compreensão do significado de gênero se dá a partir da atribuição de *status* diferente para homens e mulheres, baseando-se nas características de sexo, com referência às características biológicas e psicológicas que diferenciam homem e mulher; e de gênero, caracterizado pelos papéis sociais que são construídos e que são atribuídos e apropriados para homens e mulheres.

Dessa forma, pode-se dizer que a violência baseada no gênero está relacionada às desigualdades nas relações entre homens e mulheres. Tais relações são explicadas a partir das

condições históricas e sociais de construção relacional do feminino e masculino, o que gera atributos, posições e expectativas para cada um dos gêneros em relação à sexualidade, ao trabalho e à família. Assim, a condição de ser mulher, construída socialmente, determina aspectos de vulnerabilidade a um tipo específico de violência no espaço privado ou doméstico (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006).

Com base nessa perspectiva de gênero, volta-se o olhar para as questões que envolvem a violência perpetrada contra as mulheres.

Sabidamente, a violência contra a mulher configura-se em um dos tipos mais generalizados e menos reconhecidos de violação dos direitos humanos (SALIBA et al. 2007).

O reconhecimento internacional da violência contra a mulher como uma violação dos direitos humanos e como uma forma de discriminação ocorreu em 1993, a partir da “Declaração Sobre a Eliminação Sobre Todas as Formas de Violência Contra a Mulher”. Em seu Capítulo I, artigo 1º, a Convenção Interamericana para Prevenir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1993) definiu a violência de gênero como sendo qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que ocasione ou possa resultar em morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto na privada (UNITED NATIONS, 1993).

Dentre a violência de gênero, destaca-se a violência por parceiro íntimo (VPI) que se entende por qualquer comportamento dentro de um relacionamento íntimo que cause danos físicos, psicológicos ou sexuais, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamento controlador (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010; HEISE; GARCIA-MORENO, 2002).

O parceiro íntimo é um termo designado para caracterizar o companheiro ou ex-companheiro, com os quais as mulheres vivem ou viveram independentemente de união formal. Aqui se incluem também os namorados atuais com os quais as mulheres mantêm relacionamento sexual (D'OLIVEIRA et al., 2009).

É importante avultar que assim como em outros tipos de violência, não é possível identificar ao certo quantas mulheres são vítimas de violência baseada no gênero, pois muitas não denunciam devido ao fato de ser o agressor o próprio companheiro, membro da sua família ou algum conhecido (BRASIL, 2006a).

Vale destacar que as taxas de violência contra a mulher se mostram variadas em diferentes regiões e países, e que, a depender da cultura local, possibilitam ou não sua revelação. Estudo comparativo realizado pela OMS em 15 regiões de 10 países apresenta as variações da violência perpetrada contra a mulher. No Brasil, participaram mulheres de 15 a

49 anos residentes em duas regiões: a Zona da Mata Pernambucana (ZMP) e o município de São Paulo (SP), onde as prevalências de VPI foram 34% e 27%, respectivamente. Mundialmente, os resultados demonstram uma variação da taxa de violência de 13% (Okahama, Japão) a 61% (Cuzco, Peru), sendo que, em média, as variações situaram-se entre 23% e 41% (WHO, 2005).

Investigação realizada com usuárias de um serviço de saúde identificou uma prevalência de VPI que oscilou entre 4% e 23% e, quando considerada a violência no período total de vida dessas mulheres, os valores foram de 33% a 39% (KRONBAUER; MENEGUEL, 2005). Alguns autores encontraram, em seus estudos desenvolvidos no Estado de São Paulo, variações da violência ao longo da vida que vão de 33,7% (BRUSCHI et al., 2006) a 36,8% (OKADA, 2007).

Considera-se que, pelo menos, 6,8 milhões de mulheres brasileiras já tenham sido agredidas ao menos uma vez na vida (VENTURINI et al., 2004). Em relação à violência doméstica, estima-se que 23% das mulheres estão sujeitas às agressões dentro de suas próprias casas, sendo 70% destes crimes praticados pelo próprio companheiro (BRASIL, 2010a).

Adeodato et al. (2005) destacam ainda que, em média, uma mulher brasileira é agredida a cada quatro minutos, sendo que, em 85,5% dos casos de violência física contra a mulher, os agressores são seus parceiros.

Schraiber et al. (2007) encontraram que 52,8% das mulheres da Grande São Paulo sofreram algum tipo de violência psicológica em algum momento de suas vidas, e 40,4% vivenciaram a agressão física. As autoras chamam a atenção para o fato de os parceiros íntimos destacarem-se como os principais agressores.

Nesse mesmo estudo, observou-se uma taxa de registros de violência relativamente baixa em relação às prevalências encontradas. Tal achado propõe uma reflexão e aponta para a necessidade de estudos que investiguem a grande dificuldade dos profissionais de saúde em identificarem e lidarem com a violência (SCHRAIBER et al., 2007). No entanto, o baixo número de registros de casos não deve ser atribuído somente à falha profissional, outros fatores estão envolvidos, como a opção de muitas mulheres por permanecerem no silêncio e não denunciarem seus companheiros, acarretando em um desconhecimento da real prevalência dos casos.

Taquette (2008) destaca que, embora a violência contra a mulher seja frequente, esta tem menor visibilidade, pois na maioria das vezes não é letal, apesar de ocasionar graves

consequências, tanto físicas e emocionais, não só às vítimas, mas também para seus familiares.

Dados da Associação Médica Americana apontam que as mulheres em situação de violência doméstica representam de 19% a 30% das mulheres atendidas em emergências gerais; 25% das mulheres que buscam os serviços de emergências psiquiátricas; e 25% das mulheres que realizam acompanhamento pré-natal (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 1992).

É importante destacar que a violência, sob todas as formas, determina uma série de consequências na saúde da mulher que podem ocorrer imediatamente após a agressão ou demorar mais tempo para se manifestar, podem implicar em manifestações clínicas agudas ou crônicas, ocorrências de problemas de ordem física, reprodutiva, mental, além de dificuldades na esfera social (ADEODATO, 2005; BRASIL, 2002). Dentre os sintomas, podem se manifestar doenças no sistema digestivo e circulatório, dores e tensões musculares, desordens menstruais, depressão, ansiedade, suicídio, uso de entorpecentes, transtornos de estresse pós-traumático, além de lesões físicas, privações e assassinato da vítima (CARLSON et al., 2002; LOXTON et al., 2006).

É importante lembrar que, em uma situação de violência, as dificuldades que normalmente estão presentes podem apresentar-se mais exacerbadas, como a exemplo de quando ocorre durante o ciclo gravídico-puerperal, com reflexos não só à saúde materna, mas também à infantil.

Em relação ao período gestacional mais especificamente, pesquisas apontam que a gravidez pode determinar o início das agressões ou o aumento da intensidade e frequência das mesmas, porém em cerca de 90% dos casos, a violência já estava presente antes mesmo da gestação (MENEZES et al., 2003). Dutton et al. (2006) acreditam que a violência perpetrada contra a mulher caracteriza-se como o maior problema a ser enfrentado pela saúde na próxima década. Tal questão ganha destaque devido às graves sequelas mentais e físicas ocasionadas na vida da vítima que chega a somatizar sintomas e doenças, podendo desenvolvê-los.

Para compreender melhor a trajetória da violência perpetrada contra a mulher, o objeto deste estudo, faz-se necessário resgatar alguns marcos históricos importantes que corroboraram para a elaboração de conceitos, diretrizes, normas e definições de ações e estratégias de gestão e monitoramento relativas à temática.

1.2 A violência contra a mulher e o avanço nas políticas públicas

A violência contra a mulher ganhou visibilidade a partir de movimentos feministas que tornaram públicas as questões relacionadas à sexualidade feminina, ao lugar da mulher na sociedade e às questões relacionais de gênero e violência.

Já no Brasil, a violência como questão de saúde ganhou destaque a partir da década de 1980, tornando-se um dos eixos de maior foco nas ações dos movimentos feministas, cumprindo um papel fundamental no sentido de dar visibilidade ao problema, buscando parcerias destinadas à formulação de políticas públicas e de enfrentamento que contemplassem a questão de gênero (KISS; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2007).

A busca por respostas institucionais de prevenção e punição da violência praticada contra a mulher resultou por parte do Estado na criação da primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), criada na cidade de São Paulo, em 1985. Experiência pioneira no Brasil e no mundo, desde sua instalação as DDMs têm ocupado posição de destaque nos debates a respeito da violência contra a mulher por desempenharem um importante papel ao dar visibilidade às práticas de violência, em especial a violência conjugal, possibilitando que esta fosse despida do caráter pessoal e privado que as encobria até então (IZUMINO, 2004).

A criação das DDMs significou, por parte do Estado, no reconhecimento de que a violência contra a mulher tratava-se de um problema social que exigia ações públicas para seu enfrentamento (VILELA; LAGO, 2007). Porém, as dificuldades de operacionalização da mesma, em determinados momentos, implicavam negativamente em consequências para a vida da vítima que se via exposta a novas agressões e obrigada a realizar constantes deslocamentos a fim de fugir das mesmas (BRASIL, 2005).

A segunda metade dos anos de 1990 foi permeada por debates sobre a criminalização da violência contra a mulher e adquiriu novos elementos que contribuíram para a retomada do problema à luz de novos eventos no Brasil e no mundo.

Internacionalmente, a violência contra a mulher ficou definida como uma violação de direitos humanos nas conferências da ONU em Viena (1993), Cairo (1994) e Beijin (1995). Cabe ressaltar que todas as estratégias de ações propostas nas Conferências incluíam setores públicos e privados, bem como a participação governamental e não governamental (OEA, 1996).

No campo das políticas públicas, no século XX, vale destacar que o Brasil teve participação signatária em diversos acordos internacionais que remeteram direta ou

indiretamente para a questão da violência e tiveram papel importante no impacto na detecção e investigação da mesma. Dentre estes acordos, destacam-se a Carta das Nações Unidas (1945), Convenção contra o Genocídio (1948), Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (1966), Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965), Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação (1979), Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher - Convenção de Belém do Pará (1994), IV Conferência Mundial sobre a Mulher (1995) (CASIQUE; FUREGATO, 2006).

A ratificação da Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher foi destaque na Convenção de Belém do Pará (1994), como medida governamental. Nesta convenção, convocada especificamente para tratar do problema da violência contra as mulheres nas Américas, definiu-se que a violência constitui uma violação dos direitos humanos e das liberdades fundamentais (OEA, 1996).

Na década marcada pela Convenção de Belém do Pará, o governo brasileiro estabeleceu medidas para aumentar em 30% os serviços de saúde para atendimento das vítimas de violência, contracepção de emergência, aborto previsto por lei e capacitação de profissionais para estes atendimentos. Desta maneira, os serviços criados voltaram-se para a atenção à violência sexual, focando a prevenção e profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e realização de aborto legal, quando fosse o caso (SCHRAIBER et al., 2002; MACHADO, 2002).

No plano nacional, sem dúvida um dos maiores avanços no reconhecimento da violência contra a mulher como uma questão pública se deu através da Constituição Federal de 1988, parágrafo 8º, artigo 226 que diz: “O Estado assegurará a assistência à família, na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito das relações” (BRASIL, 1988).

As políticas públicas para o enfrentamento da violência foram ampliadas, a partir do ano de 2003, e passaram a incluir ações integradas, como: criação de normas e padrões de atendimento, aperfeiçoamento da legislação, incentivo à constituição de redes de serviços, o apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência e a ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública (BRASIL, 2011).

Em relação à saúde, a ação federal se refere à normatização feita pelo Ministério da Saúde, em 24 de novembro de 2003, que regulamentou a Lei nº 10.778/03 que estabelece a notificação compulsória em todo o território nacional para os casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde, público ou privado (BRASIL, 2003).

No ano de 2005, foi lançado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). Tal plano contempla ações que foram traçadas a partir de quatro áreas estratégicas de atuação: autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde da mulher, direitos sexuais e direitos reprodutivos; e enfrentamento à violência contra as mulheres (BRASIL, 2005).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres foi estruturada a partir do PNPM. Elaborada com base na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em 2004, esta tem o objetivo geral de enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres, a partir de uma perspectiva de gênero e de uma visão integral deste fenômeno (BRASIL, 2011). Em cumprimento a uma das determinações da Conferência de Belém do Pará e da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres da ONU, foi sancionada a Lei Nº 340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, em homenagem a uma vítima que protagonizou situações de violência contra a mulher (BRASIL, 2006b). A referida lei trouxe ganhos significativos, dos quais se destacam a definição de violência doméstica e familiar contra a mulher; o fato de que este tipo de agressão independe da sua orientação sexual; proíbe penas alternativas; cria juizados especiais de violência doméstica e familiar contra a mulher; a pena do crime passa de três meses para três anos, determina que a mulher somente poderá renunciar à denúncia perante um juiz, possibilita prisão em flagrante e que os agressores tenham sua prisão preventiva decretada, além de prever medidas que abarcam desde a saída do agressor do domicílio até a proibição de sua aproximação da mulher agredida e filhos (BRASIL, 2006b).

Mesmo com os avanços nas políticas e na criação e ampliação das instituições que compõem a rede de atenção e assistência à mulher em situação de violência, Silveira (2006) chama a atenção para um olhar crítico que revela as dificuldades enfrentadas pelos profissionais e o limite das respostas que os serviços podem oferecer.

Além disso, apesar de se conhecerem as consequências da violência na saúde da mulher, observa-se certo descaso em considerá-la um problema de saúde, visto que questões relacionadas às agressões sofridas muitas vezes passam despercebidas aos olhos dos profissionais de saúde, quer seja por considerá-la como uma questão de justiça somente, ou por não se sentirem preparados e nem possuírem estrutura em suas unidades de atendimento para reconhecer e intervir frente às queixas.

Dessa forma, torna-se primordial que, além de estar incluída nas políticas públicas, a violência ganhe visibilidade frente aos serviços de saúde e deixe de ser percebida por meio de estereótipos. O entendimento da mesma como questão delicada e desafiadora implica em

repensar o modelo de saúde existente, com intuito de modificar as práticas e abordagens frente às vítimas que buscam por atendimento.

1.3 A violência contra a mulher e as implicações na saúde sexual e reprodutiva

Ao se abordarem as questões relacionadas à saúde sexual e saúde reprodutiva, tem-se de ter claro que seus conceitos representam uma conquista histórica, permeada por debates em prol da cidadania e dos direitos humanos conquistados a partir da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo, em 1994, e reforçada na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995, na cidade de Beijing (FNUAP, 1995; VILELA, 2004).

Nesse contexto, cabe destacar que o Brasil é signatário dos documentos de consenso destas Conferências, as quais conclamam os países a assegurar a todas as pessoas o direito a atingir o mais alto nível de saúde reprodutiva e sexual (CORRÊA; JANNUZZI; ALVES, 2004).

A formulação “saúde reprodutiva” apresenta-se como uma proposta que sucede o conceito de saúde integral da mulher e assinala, no espaço das práticas de saúde, a ideia da reprodução como direito e não como dever.

Segundo a OMS, a saúde reprodutiva deve compreender elementos básicos que garantam a autonomia, tanto para reprodução como para regular a fecundidade; que assegurem às mulheres gestações e partos seguros. Além destes, cabe destacar o direitos dos casais de terem relacionamentos sexuais sem medo de gravidezes indesejadas e de contraírem doenças sexualmente transmissíveis tendo, portanto, um impacto e abrangência que transpassa a barreira apenas da contracepção, com vistas à vida familiar e ao desenvolvimento humano (OPAS, 1998; ARILHA; BERQUÓ, 2009).

Apoiada nessa concepção, a saúde reprodutiva ficou definida na Conferência do Cairo como:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos

métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de método, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (PROGRAMA DE AÇÃO DO CAIRO. COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1996, Par 7.2).

Arilha e Berquó (2009) destacam que o Programa de Ação elaborado e aprovado no Cairo reconheceu que os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais e/ou documentos internacionais sobre direitos humanos. O plano ressalta ainda que, até 2015, todos os países devem mobilizar esforços para tornar a saúde reprodutiva acessível a todas as pessoas, por meio de um sistema primário de assistência à saúde.

Quando se pensa em saúde reprodutiva, necessariamente se direciona a refletir acerca das questões que envolvem o entendimento de saúde sexual.

Em uma abordagem mais ampla, entende-se a saúde sexual como uma proposta de se desfrutar e expressar a sexualidade (HERA, 1999). Em linhas gerais, este conceito está englobado no conceito de saúde reprodutiva e para este estudo, será adotada a abordagem de acordo com Corrêa, Jannuzzi e Alvez (2003), Galvão (1999) e Hera (1999).

Com base nas definições, concorda-se que a saúde reprodutiva afeta a vida de homens e mulheres, desde a concepção e nascimento até a velhice (WHO, 2006). Como fruto dos acordos estabelecidos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, as agências internacionais concordaram quanto à criação de instrumentos para avaliação das metas e objetivos colocados nas plataformas de ações. Dentre estas, destaca-se uma lista de 17 indicadores para o acompanhamento da saúde reprodutiva, como instrumento valioso para a elaboração de programas de saúde e políticas públicas (WHO, 2006).

Dentre os indicadores de impacto apresentados na lista destacam-se: taxa de fecundidade total, prevalência de uso de contraceptivos, taxa de mortalidade materna, cobertura de cuidados pré-natais, partos assistidos por pessoal de saúde qualificado, disponibilidade de cuidados obstétricos básicos e essenciais e disponibilidade de abrangentes cuidados obstétricos essenciais, taxa de mortalidade perinatal, prevalência de baixo peso ao nascer, prevalência de sorologia para sífilis positiva em mulheres grávidas, prevalência de

anemia em mulheres, porcentagem de admissões obstétricas e ginecológicas devido ao aborto, prevalência de mulheres com mutilação genital, prevalência de infertilidade em mulheres, incidência de uretrite em homens, prevalência da infecção pelo HIV em mulheres grávidas, conhecimento sobre o HIV relacionado com práticas preventivas (WHO, 2006).

Ao se realizar uma interface entre a violência e suas consequências para a saúde, nota-se que as situações de violência tanto física, como a psicológica e sexual afetam claramente e provocam consequências com impactos na saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

As desigualdades de gênero colocam as vítimas em situações de vulnerabilidade para a ocorrência de infecções por DSTs e HIV/AIDS (OMS / ONUSIDA, 2010).

São evidentes os dados na literatura acerca das consequências para a saúde reprodutiva das mulheres em situação de violência, quando revelam que as vítimas chegam a ter três vezes mais probabilidade de desenvolverem um problema ginecológico em relação às mulheres que não a sofrem (CAMPBELL et al., 2002). Estes problemas incluem dor pélvica crônica, sangramento ou corrimento vaginal, infecção vaginal, dismenorreia, disfunção sexual, doença inflamatória pélvica, dor na relação sexual, infecção urinária e infertilidade (CAMPBELL et al., 2002). Estudos apontam que, dentre as consequências mais debilitantes, destaca-se a dor pélvica crônica como o motivo de 10% de todas as consultas ginecológicas e 25% de todas as histerectomias em muitos países (EHLERT et al., 1999; LEE et al., 1984). Quando investigadas as prováveis causas para esta queixa, pesquisas observaram que as mulheres que sofrem de dor pélvica crônica têm, invariavelmente, maior probabilidade de ter um histórico de agressão sexual (CHAPMAN, 1989; COLLETT et al., 1998) e/ou violência física, psicológica e sexual pelos seus parceiros (SCHEI, 1990; SCHEI et al., 1989).

Abuso físico e sexual veste-se como o pano de fundo que está por trás de alguns problemas de saúde reprodutiva mais complexos que envolvem gestações indesejadas e suas complicações, bem como a infecção pelo HIV. As investigações acerca desta problemática são crescentes e documentam as formas pelas quais a violência praticada por parceiros íntimos e as coerções sexuais minam a autonomia sexual e reprodutiva das mulheres, comprometendo sua saúde (SEN, 1999; CAMPBELL et al., 2002).

Alguns autores apontam outras perturbações ginecológicas que estão associadas à violência sexual como hemorragias vaginais (GOLDING, 1996), síndrome de menstruação dolorosa (GOLDING et al., 1998; JAMIESON et al., 1997) e distúrbios orgânicos como dificuldade de atingir o orgasmo, falta de desejo sexual e conflitos quanto à frequência do ato sexual (GOLDING et al., 1998; SCHEI, 1991; SCHEI et al., 1989).

Outros estudos destacam a ocorrência de uma relação conflitiva das mulheres com seus parceiros no que diz respeito à negociação de preservativos e métodos contraceptivos (MENEZES et al., 2003; BRASIL, 2002). Tal fato é gerador de preocupação e questionamentos, uma vez que as coloca em uma condição de risco para queixas ginecológicas e da esfera sexual que podem ser ocasionadas tanto pela ocorrência de uma gravidez indesejada quanto por doenças sexualmente transmissíveis (DST) ou síndrome da imunodeficiência adquirida.

Faúndes et al. (2006) chamam a atenção para o risco de contaminação por alguma DST pelas mulheres em situação de violência, sendo que a possibilidade de contaminação é de 4% a 30% maior em países desenvolvidos e subdesenvolvidos, respectivamente. As autoras destacam ainda a necessidade de prevenção ou tratamento precoce das afecções, a fim de evitar complicações a longo prazo que podem acarretar em doença inflamatória pélvica, esterilidade por causa tubária, dor pélvica crônica ou gravidez ectópica.

Estudo realizado com mulheres grávidas que faziam acompanhamento pré-natal em unidades de saúde no interior de São Paulo evidenciou uma prevalência de 19,1% de violência psicológica e de 6,5% de violência física/sexual por seus parceiros (AUDI et al., 2008). No que tange à violência sexual, Durand e Schraiber (2007) evidenciaram em seu estudo com gestantes em situação de violência que 22,5% das usuárias revelaram recusa por parte do parceiro no uso do preservativo durante as relações. Tal fato é preocupante, pois se apresenta como um fator de risco para aquisição de infecções e gravidez indesejada. García-Moreno et al. (2002) destacam que as mulheres que sofreram violência sexual estão mais propensas à utilização de métodos contraceptivos clandestinamente, de interromper a anticoncepção por imposição do parceiro e de conviverem com um parceiro que se recusa a usar preservativos para prevenção de doenças. Tal situação mostra-se frequente nos relatos encontrados na literatura e chama a atenção para uma barreira que se apresenta como ponto dificultador no exercício dos direitos reprodutivos.

No que tange às agressões, cabe destacar que os efeitos relacionados com o trauma podem vir a ser mais exacerbados pelo fato de o agressor ser um conhecido íntimo, o que aumenta as sensações de vulnerabilidade, perda e traição (HEISE, 1994). Concomitante às agressões, as práticas contraceptivas podem ser dificultadas por medo de uma reação do parceiro violento, tornando previsível o risco de infecção por DSTs/AIDS, uma vez que o uso de preservativos coloca em pauta dúvidas sobre a fidelidade na relação (HEISE, 1994).

Apesar das inúmeras consequências acima relatadas, quando se volta o olhar para estudos recentes desenvolvidos no Brasil, nota-se uma escassez de investigações acerca desta

temática. Corroborando esta afirmativa, Heise (1994) aponta uma escassez de dados referentes às consequências da violência para a saúde reprodutiva nos países em desenvolvimento.

Acredita-se que investigar os aspectos da saúde sexual e reprodutiva das mulheres que estão associados à violência cometida por parceiro íntimo dará visibilidade à violência como problema de saúde e promoverá uma maior conscientização dos profissionais de saúde para esta temática, a fim de que sejam formuladas novas estratégias de abordagem e enfrentamento dos casos, com vistas à melhoria da assistência ofertada nas instituições de saúde.

A escassez de investigações torna este assunto de primordial importância e demonstra a urgência em se investigarem as consequências da violência na saúde reprodutiva de maneira mais ampliada, e não apenas nos casos da violência sexual, com a finalidade de pensar novas estratégias para o enfrentamento e assistência dos casos.

2. Objetivos

2.1 Geral

Analisar aspectos da saúde reprodutiva das gestantes usuárias de um serviço público de saúde, em Ribeirão Preto/SP que estão associados à situação de violência por parceiro íntimo, durante a presente gestação.

2.2 Específicos

- Identificar a prevalência de casos de violência por parceiro íntimo entre gestantes usuárias de um serviço de saúde do setor público de Ribeirão Preto e classificar quanto ao tipo e momento da ocorrência;
- Identificar fatores sociodemográficos e de saúde reprodutiva das mulheres que possam estar associados a episódios de violência por parceiro íntimo durante a atual gestação.

3. Material e Métodos

O presente estudo é parte integrante de uma pesquisa maior desenvolvida em parceria interinstitucional entre o Grupo de Pesquisa Enfermagem, Mulher e Saúde da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e a Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), a qual buscou, por meio do desenvolvimento de investigações independentes, contemplar as dimensões emocional, biológica e social da violência por parceiro íntimo contra a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

3.1 Tipo de Estudo

A presente investigação caracteriza-se como um estudo quantitativo, de corte transversal. Os estudos transversais têm por objetivo estudar simultaneamente tanto a exposição a um evento como o desfecho, como se fosse feito um retrato pontual da população em um único momento. Assim, os estudos transversais irão informar sobre a distribuição de um evento na população em termos quantitativos, não havendo a necessidade de um grupo controle para a comparação dos resultados. (PEREIRA, 2002, GORDIS, 2004).

3.2 Local de Estudo

O estudo desenvolveu-se no Centro de Referência à Saúde da Mulher (CRSM-MATER), situado na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, campo utilizado para o ensino e pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Desde sua fundação em 1998, está inserido no sistema de referência para assistência aos partos de baixo risco e presta assistência para 26 municípios da Divisão Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS-XIII). O município de Ribeirão Preto destaca-se na área da saúde, sendo referência regional. Cerca de um terço dos partos do SUS da cidade de Ribeirão Preto é realizado no CRSM-MATER.

O presente serviço está integrado a um programa da Secretaria Municipal de Saúde denominado Projeto Nascer, o qual objetiva o acompanhamento das gestantes provenientes da Rede Básica de Saúde do município de Ribeirão Preto, a partir da 36ª semana de gestação, até o final do ciclo gravídico-puerperal. O intuito do projeto é trabalhar a dificuldade de acesso à maternidade, principalmente nas gestações de risco. Assim, busca-se que o acompanhamento

das gestantes, no último trimestre da gestação, ocorra dentro da instituição na qual a mesma realizará o parto (RIBEIRÃO PRETO, 1999).

3.3 População e Casuística

A população de referência constituiu-se por gestantes que receberam assistência pré-natal no CRSM-MATER. O cálculo amostral foi realizado a partir de amostragem sistemática probabilística, por meio do programa Power Analysis and Sample Size (PASS), versão 2002, com base na população finita de 1600 gestantes, considerando-se o número de atendimentos referentes ao período de maio a dezembro de 2011, com erro máximo de estimação da proporção de 0,05, para uma estimativa com 95% de confiança, prevalência da violência na gestação de 30,7%, com base em estudo sobre VPI em gestantes atendidas em um serviço público brasileiro (LUDEMIR et al., 2010), considerando-se 15% a mais para perdas.

O recrutamento das gestantes se deu por amostragem aleatória simples, com um intervalo de amostragem de quatro. A sequência de início se deu a partir da segunda mulher do primeiro dia de coleta decidido através de sorteio no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS).

A amostragem final contou com 233 gestantes que foram selecionadas por meio dos critérios de inclusão:

- Gestantes com idade entre 15 e 49 anos que estiveram em seguimento de pré-natal no CRSM-MATER;
- Gestantes que têm ou tiveram relacionamento com parceiro íntimo no período da gestação atual, independente de coabitação;
- Gestantes residentes na cidade de Ribeirão Preto.

Como critério de exclusão: mulheres com dificuldades de compreensão.

3.4 Procedimento de coleta de dados

Inicialmente foi desenvolvido um estudo piloto no qual as pesquisadoras puderam identificar as dificuldades e proceder à adequação de estratégias para a operacionalização do

trabalho, bem como a realização de ajustes relacionados ao espaço físico e horários para a realização das entrevistas. Destaca-se que a população investigada durante o estudo piloto compôs-se por gestantes atendidas no CRSM-MATER e atendeu aos mesmos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa expostos anteriormente. Os dados coletados durante o estudo piloto foram excluídos da pesquisa, servindo apenas para adequação da operacionalização da coleta de dados.

Os dados foram coletados através de entrevista estruturada por um questionário aplicado durante o período de maio a dezembro de 2012.

O instrumento de coleta de dados foi composto por duas partes: a primeira consta de um questionário que investiga características sócio-demográficas e econômicas e a história de saúde reprodutiva. Este instrumento foi construído especificamente para este estudo e foi submetido à validação de conteúdo por três juízes especialistas e testado em estudo piloto (APÊNDICE A). Vale destacar que os juízes convidados possuem experiência clínica e de pesquisa sobre a temática investigada.

A segunda parte compõe-se de questões relacionadas à violência e tem 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, o questionário de Schraiber et al (2002) foi elaborado para ser utilizado em serviços de saúde e foi inspirado no modelo americano *Abuse Assessment Screen* (AAS) (NORTON et al., 1995), que investiga a violência na gestação. O instrumento proposto por Schraiber et al. (2002) foi utilizado no estudo World Health Organization Violence Against Women (WHO VAW) da OMS e foi validado no Brasil pela mesma autora em 2010 (SCHRAIBER et al., 2010). A opção pelo modelo de Schraiber et al. (2010) se deu pois tal questionário aborda as agressões, principalmente psicológica e sexual, de forma mais abrangente, assim como as agressões cometidas pelo parceiro íntimo ou outros familiares. Utilizou-se como base a versão adaptada e validada por Rodrigues (2007), já que a autora utilizou o mesmo junto à mulheres atendidas na mesma maternidade em que foi desenvolvido o presente estudo (ANEXO A).

A coleta de dados foi realizada no dia da primeira consulta de pré-natal da gestante no serviço (por volta da 37ª semana de gestação), onde a mesma foi convidada a participar do estudo e, após aceite, respondeu aos instrumentos de coleta de dados contendo questões referentes aos dados sociodemográficos, história de saúde reprodutiva e violência. É importante destacar que as entrevistas com as gestantes ocorreram em local privativo, sem a presença de acompanhantes e após a consulta de pré-natal, a fim de não interferir na dinâmica do serviço.

3.5 Variáveis do estudo

3.5.1 Variável dependente

Ocorrência de violência por parceiro íntimo na gestação atual.

3.5.2 Variáveis independentes:

Variáveis relacionadas às características sócio- demográficas e hábitos de vida da participante

- Idade da participante: em anos completos na data da coleta de dados;
- Escolaridade da participante: em anos estudados;
- Cor da pele autorreferida pela participante: branca, preta, amarela, parda ou vermelha;
- Religião da participante: católica, evangélica, espírita, protestante, judaica, afro-brasileira, budista, muçulmana, testemunha de Jeová, anglicana, agnóstica, ateu, creio em Deus, mas não tenho religião, não tem, outras;
- Ocupação da participante: desempregada, do lar, mercado formal, 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 companheiro independente do sexo, tem um parceiro mas não vive junto, teve parceiro na gestação, porém terminou relacionamento;
- Tempo de relacionamento com companheiro em meses.
- Situação de moradia: própria, alugada, emprestada, invadida;
- Renda familiar em salários mínimos;
- Provedor da renda familiar: participante, companheiro, ambos, outros;

Variáveis relacionadas às características ginecológicas da participante:

- Idade da menarca da participante: classificada em anos;
- Idade de início das relações sexuais da participante: idade da primeira relação sexual consentida, classificada em anos;
- Uso de método contraceptivo ao longo da vida pela participante: sim ou não;
- Tipo de método contraceptivo utilizado pela participante ao longo da vida: método hormonal oral, hormonal injetável, hormonal adesivo, anel vaginal, implantes, DIU cobre, DIU com levonogestrel, laqueadura tubária, vasectomia, preservativo masculino, preservativo feminino, espermicida, diafragma, coito interrompido, tabelinha, temperatura corporal basal, muco cervical, amenorreia lactacional, pílula de emergência;
- Tipo de método contraceptivo utilizado por mais tempo pela participante ao longo da vida: método hormonal oral, hormonal injetável, hormonal adesivo, anel vaginal, implantes, DIU cobre, DIU com levonogestrel, laqueadura tubária, vasectomia, preservativo masculino, preservativo feminino, espermicida, diafragma, coito interrompido, tabelinha, temperatura corporal basal, muco cervical, amenorreia lactacional, pílula de emergência;
- Tempo de uso do método contraceptivo utilizado pela participante: em meses;
- Tipo de método contraceptivo utilizado pela participante no último ano: método hormonal oral, hormonal injetável, hormonal adesivo, anel vaginal, implantes, DIU cobre, DIU com levonogestrel, laqueadura tubária, vasectomia, preservativo masculino, preservativo feminino, espermicida, diafragma, coito interrompido, tabelinha, temperatura corporal basal, muco cervical, amenorreia lactacional, pílula de emergência;
- Motivo pelo qual a participante não utilizou método contraceptivo no último ano: em aspectos relacionados à mulher, aspectos relacionados ao parceiro, ao serviço de saúde;
- Escolha do método contraceptivo usado no último ano: própria mulher, companheiro, profissional de saúde, ambos escolheram;
- Motivo da escolha do método contraceptivo utilizado no último ano: segurança e eficácia, acesso facilitado, melhor adaptação;
- Uso de preservativo feminino ou masculino concomitante com outro método contraceptivo: preservativo feminino, preservativo masculino, ambos, não usou.
- De quem é a opção/decisão por usar o preservativo: mulher, companheiro, ambos, profissional de saúde.
- Doença sexualmente transmissível (DST) alguma vez na vida: sim, não;
- Realização de tratamento da DST pela participante: sim, não;
- Realização de tratamento da DST pelo companheiro: sim, não;
- Ocorrência de alguma DST mais de uma vez: sim, não;

- Frequência que a participante vai ao ginecologista quando não está grávida: mais de uma vez ao ano, anualmente, a cada dois anos, somente quando esta com problema de saúde, nunca foi ao ginecologista;
- Motivo que participante vai à consulta ginecológica: rotina, quando tem queixas;
- Presença de corrimento vaginal antes da gravidez sim, não;
- Frequência das relações sexuais nesta gravidez: diariamente, semanalmente, mensalmente, anualmente;
- Sensação da participante frente à relação sexual: prazer, dor, desconforto, nada;
- Número de parceiros sexuais da participante ao longo da vida e no último ano

Variáveis relacionadas às características obstétricas da participante:

- Número de gestações;
- Número de partos anteriores;
- Número de abortos;
- Gestação atual planejada: sim, não;
- Gestação atua desejada: sim, não;
- Número de consultas de pré-natal realizadas ao longo da gestação

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 desenvolvida através do *software* estatístico *Statistical Analysis System SAS® 9.0*.

A caracterização da amostra foi desenvolvida por meio da análise dos dados avaliada através de estatística descritiva, a qual permitiu indicar a variabilidade dos valores das variáveis do estudo. Esta metodologia tem como objetivo básico sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo que se tenha uma visão global da variação desses valores, organizando e descrevendo os dados por meio de tabelas de frequência e de medidas descritivas.

Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas, os dados foram submetidos ao 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 (ORb) com seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

Para todas as análises consideraram-se significativos os 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 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Dessa forma, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo sob o protocolo nº1436/2011 (ANEXO B)

As entrevistas ocorreram em local privativo e sem a presença de acompanhantes, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Para as gestantes de 15 a 17 anos 11 meses e 29 dias, foi solicitada junto ao CEP a dispensa da assinatura do TCLE pelo representante legal. Nestes casos, solicitou-se a assinatura do Termo de Assentimento (APÊNDICE C).

Cabe destacar que a solicitação de dispensa do TCLE pelo responsável legal justifica-se já que, por se tratar de uma pesquisa que investiga a ocorrência de violência, o representante legal pode ser o agressor da adolescente e ter interesse em não autorizar a participação da mesma na pesquisa.

Todas as participantes da pesquisa receberam folhetos informativos sobre violência doméstica, contendo a relação dos serviços que visam à proteção da mulher no município de Ribeirão Preto e região (PEDROSA, 2005) (APÊNDICE D).

Além disso, por se tratar de uma investigação que aborda aspectos da vida íntima da mulher, convidando-a a expor vivências e sentimentos particulares com possibilidades de riscos emocionais, quando necessário, a participante foi auxiliada na obtenção de atendimento psicológico e suporte oferecido pela própria instituição de saúde na qual a gestante estava realizando o acompanhamento pré-natal.

4. Resultados

4.1 Caracterização das participantes do estudo

Fizeram parte deste estudo 233 gestantes residentes no município de Ribeirão Preto e que compareceram à consulta de pré-natal, no período entre maio e dezembro de 2012.

A idade das participantes variou entre 15 e 43 anos, com uma média de 25,03 anos, desvio-padrão(dp) igual a 6,19. No que se refere à cor autorreferida, a maioria das mulheres se classificou como brancas (36,05%) e pardas (39,91%). Em relação à escolaridade, houve uma predominância do ensino médio como grau de instrução, apresentando uma média de 9,59 anos de estudos e dp igual a 2,42. Quanto ao estado marital, 78,11% das mulheres coabitavam com o parceiro no momento da entrevista. Do total de mulheres que estavam em um relacionamento com seus parceiros, independente de coabitação, 49,36% tinham um relacionamento de dois a cinco anos, 36,48% estão juntos há seis anos ou mais e 14,16% se relacionavam há um ano.

Com relação à ocupação, a maioria das participantes referiu não estar trabalhando no momento da entrevista. O principal provedor da família era o companheiro ou outras pessoas como os familiares do casal, por exemplo, perfazendo um total de 66,52%. A renda familiar apresentou uma mediana de 2 salários mínimos, sendo que o número de salários variou de 1 a 13 salários mínimos (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das participantes do estudo, segundo características sociodemográficas. Ribeirão Preto/SP, 2013.

Variável	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Faixa etária em anos (n= 233)		
15-20	61	26,18
21-30	128	54,94
31 ou mais	44	18,88
Escolaridade em anos estudados (n= 232)*		
1-5	19	8,19
6-10	106	45,69
11 ou mais	107	46,12
Renda familiar em salários mínimos (n= 203)*		
1-3,5	168	82,76
4 ou mais	35	17,4
Cor autorreferida (n= 233)		
Branca	84	36,05
Preta	45	19,31
Amarela	11	4,72
Parda	93	39,91
Provedor da renda familiar (n= 233)		
Participante	20	8,58
Companheiro	112	48,07
Ambos	58	24,89
Outros	43	18,45
Ocupação (n= 233)		
Trabalha	95	40,77
Não trabalha	128	54,94
Estudante	10	4,29
Estado marital (n= 233)		
Coabita com um parceiro	182	78,11
Tem parceiro mas não coabita com ele	32	13,73
Atualmente não tem parceiro	19	8,15
Tempo de relacionamento em anos (n=233)		
Até 1	33	14,16
2-5	115	49,36
Seis ou mais	85	36,48

*Não soube informar

Em relação ao uso de algum tipo de droga, notou-se que 100% das gestantes relataram não fazer uso de qualquer tipo de droga ilícita. A utilização de bebidas alcoólicas ou tabaco, durante a atual gestação, foi agrupada na categoria vícios a fim de facilitar a análise estatística. Neste caso, o relato de, pelo menos, um tipo destas substâncias pela gestante foi considerado positivo para esta variável. Desta forma, a prevalência do uso de álcool ou fumo pela entrevistada, durante a gestação, foi de 15,88%, número relevante ao se levar em conta que o uso de qualquer uma destas substâncias pode acarretar complicações para a gestante e o feto.

Analisando-se as características referentes à saúde reprodutiva, observou-se que a idade da menarca das participantes teve uma média de 12,5 anos, sendo que a idade mínima da primeira menarca foi aos 9 anos e a máxima, aos 19 anos.

A idade da primeira relação sexual consentida variou entre os 14 e 18 anos para a maioria das entrevistadas (70,9%). A idade mínima relatada nas entrevistas foi de 10 anos e a máxima aos 27 anos, com uma média de 16,15 anos (dp 2,77).

O número de parceiros sexuais, ao longo da vida, é bastante variado entre as entrevistadas, mas a grande maioria (61,71%) refere ter tido entre dois e cinco parceiros sexuais, com uma média de 3,18 e mediana igual a 2.

Quando interrogadas acerca da sensação durante a relação sexual, observou-se que 15,88% das mulheres referem sentir dor e/ou desconforto e 4,29% informam que, durante a relação, não sentem nada, contrapondo-se a 79,83% das entrevistadas que referem sentir prazer.

A média do número de gestação incluindo a atual foi de 2,1 com um dp= 1,27. Nota-se que 40,77 são primigestas, 20,76, secundigestas e 30,47, multigestas. A ocorrência de aborto anterior foi referida por 14,59% das entrevistadas.

A maioria das mulheres declarou que a atual gestação não foi planejada (67,38%), no entanto 88,8% referem desejar a atual gestação.

Com relação à frequência com que as entrevistadas buscavam as consultas ao ginecologista, notou-se que 50,64 das entrevistadas buscam a consulta ginecológica pelo menos uma vez ao ano, 25,32% passam por consulta ginecológica mais de uma vez ao ano, e 24,29% das entrevistadas referem que raramente vão ao ginecologista.

Em relação ao acompanhamento pré-natal, verificou-se uma média de 8,9 consultas, com mediana de 9, dp 2,03. O número mínimo de consultas realizadas foram 3 e o máximo, 15.

A ocorrência de corrimento vaginal, antes da gestação, foi relatada por 28,33% das mulheres, sendo que, deste total, 41,79% vivenciaram esta situação mais de uma vez no ano.

A incidência de doença sexualmente transmissível (DST), alguma vez na vida, foi relatada por 8,15% das entrevistadas, sendo que, deste total, 15,79% tiveram DST por mais de uma vez. Nos casos em que houve a ocorrência da DST, todos os companheiros realizaram tratamento (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das participantes do estudo quanto às características de saúde reprodutiva. Ribeirão Preto/SP, 2013.

Variável	Frequência	Porcentagem
Idade da menarca (anos) (n=223)*		
9-14	200	89,69
15 a 19	23	10,31
Idade da 1ª relação sexual (anos) (n=230)*		
10 a 13	34	14,78
14 a 18	165	71,74
19 ou mais	31	13,48
Número de parceiros ao longo da vida (n=222)**		
1	73	32,88
2 - 5	137	61,71
6 ou mais	12	5,41
Número de gestações incluindo a atual (n=233)		
Primigesta	95	40,77
Secundigesta	67	28,76
Multigesta	71	30,47
Ocorrência de aborto(n=233)		
Sim	34	14,59
Não	199	85,41
Planejou a atual gestação (n=233)		
Sim	76	32,62
Não	157	67,38
Desejou a atual gestação (n=233)		
Sim	207	88,84
Não	26	11,16
Número de consultas de pré-natal (n=229)***		
Até seis	30	13,10
Sete ou mais	199	86,90
Frequência ao ginecologista(n=233)		
Mais de uma vez ao ano	59	25,32
Anualmente	118	50,64
Raramente	56	24,03
Corrimento vaginal (n=233)		
Sim	66	28,33
Não	167	71,67
Ocorrência DST (233)		
Sim	19	8,15
Não	214	91,85
Sensação na relação sexual (n=233)		
Prazer	186	79,83
Dor/desconforto	37	15,88
Nada	10	4,29

*Não lembra

**Não quis informar

***Missing

Com relação ao uso de métodos contraceptivos, foi investigado o uso na vida e no último ano. Os métodos utilizados foram agrupados em categorias para melhor análise e estão classificados em métodos hormonais (contraceptivo hormonal oral, contraceptivo hormonal injetável, DIU levonorgestrel, implante intradérmico, adesivo transdérmico, anel vaginal), métodos de barreira (condon masculino, condon feminino, diafragma, espermicida, DIU cobre), métodos comportamentais (tabelinha, coito interrompido, método da lactância e amenorreia, muco cervical)

O uso de método contraceptivo alguma vez na vida foi relatado em 96,14% das entrevistas, já no último ano, observou-se uma frequência de uso de métodos anticoncepcionais de 61,37%. Nota-se que a grande maioria das mulheres já teve contato com algum tipo de método contraceptivo, em algum momento de sua vida, sendo os métodos hormonais utilizados por 97,32% das entrevistadas. Os métodos de barreira foram relatados por 95,09% das mulheres, e métodos comportamentais foram utilizados por 61,61% das mulheres, ao menos uma vez na vida.

Quando se olha para o uso do método contraceptivo no último ano, percebe-se uma diminuição geral na utilização de todos os tipos de métodos. Ainda assim, quando ocorre a utilização, os métodos hormonais são os mais citados pelas entrevistadas com percentual de 65,97%, os métodos de barreira foram utilizados por 46,85% das mulheres, durante o último ano. O uso de métodos comportamentais também foi relatado, porém em uma frequência menor, 15,38% (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das participantes do estudo quanto ao uso de métodos contraceptivos, alguma vez na vida e durante o último ano. Ribeirão Preto/SP, 2013.

Método	Alguma vez na vida		Último Ano	
	N	%	N	%
Hormonal				
Sim	218	97,32	95	65,97
Não	6	2,68	49	34,03
Total	224*	100,00	144	100,00
Barreira				
Sim	213	95,09	67	46,85
Não	11	4,91	76	53,15
Total	224*	100,00	143	100,00
Comportamental				
Sim	138	61,61	22	15,38
Não	86	38,39	121	84,62
Total	224*	100,00	143	100,00

Apesar de a maioria das mulheres relatarem o uso de contraceptivo no último ano, 67,38% das entrevistadas referiram que a atual gestação não foi planejada. Embora não planejada, a gestação é desejada por 88,84% das gestantes.

Um dado interessante refere-se à escolha do método contraceptivo utilizado pelo casal, sendo que, em 60,14% das vezes, a mulher é a responsável pela escolha do método contraceptivo. A participação de ambos nesta decisão foi relatada em 18,88% dos casos, 13,29% referiram que a opção do método contraceptivo foi sugerida por outras pessoas como profissionais da saúde, por exemplo, e, em 7,69%, a escolha do método anticoncepcional utilizado foi feita pelo companheiro.

O uso de preservativo tem sua importância para além da barreira da contracepção, sendo o único método que previne as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS. Apesar de sua importância, 54,23% das entrevistadas referiram não fazer uso do preservativo, nas relações com seus companheiros.

O uso do condon masculino associado a algum outro método contraceptivo (hormonal ou comportamental) foi relatado por 20,42%, já o preservativo feminino foi utilizado por 1,41% das entrevistadas.

Quando utilizado como método de escolha para a contracepção, o preservativo masculino é opção de 23,94% dos casais.

4.2 Violência por parceiro íntimo na atual gestação e ao longo da vida

A seguir, estão apresentados os dados referentes à situação de violência perpetrada contra as mulheres por seus companheiros.

Foram investigados três principais tipos de violência: violência sexual, violência psicológica e violência física. Tais questionamentos se deram pela nomeação dos atos e caracterização específica que nomearam cada tipo de ocorrência.

As mulheres que vivenciaram, pelo menos, um dos três tipos de violência foram agrupadas em uma categoria denominada violência geral.

No que se refere ao momento em que a violência ocorreu, foram investigadas as agressões ocorridas alguma vez na vida e na atual gestação.

Em relação ao tipo da violência, neste estudo identificou-se que 55,36% das entrevistadas já vivenciaram algum tipo de violência perpetrada por seus companheiros

alguma vez na vida. Na atual gestação, encontra-se uma prevalência de 15,45% de violência geral por parceiro íntimo.

As agressões físicas determinadas por empurrões, socos, estrangulamentos, chutes ou tapas alguma vez na vida ocorreram contra 33,91% das entrevistadas. Durante o período gestacional, este dado foi apontado por 5,15% das mulheres.

A violência psicológica foi caracterizada por insultos, humilhação, ameaças e intimidação e esteve presente em 51,93% das entrevistadas, em algum momento de suas vidas, e em 14,59%, durante a atual gestação.

A prática sexual degradante ou humilhante, fisicamente forçada ou por medo, caracterizou a violência sexual que esteve presente em 12,45% dos relatos em alguma vez na vida das entrevistadas. Durante o período gestacional, esta ocorrência se deu em 0,43% das entrevistadas (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição das participantes do estudo, segundo tipo e momento de ocorrência da VPI. Ribeirão Preto/SP, 2013.

Tipo de Violência	Alguma vez na Vida		Atual Gestação	
	N	%	N	%
Ocorrência de Violência Psicológica (n= 233)				
SIM	121	51,93	34	14,59
NÃO	112	48,07	199	85,41
Ocorrência de Violência Física (n= 233)				
SIM	79	33,91	12	5,15
NÃO	154	66,09	221	94,85
Ocorrência de Violência Sexual (n= 233)				
SIM	29	12,45	1	0,43
NÃO	204	87,55	232	99,57
Ocorrência de Violência Geral (n= 233)				
SIM	129	55,36	36	15,45
NÃO	104	44,64	197	84,55

O olhar para a ocorrência da violência alguma vez na vida permitiu identificar que 55,36% das mulheres já vivenciaram algum tipo de agressão. No entanto, quando questionadas sobre a percepção da violência, apenas 22,3% se reconhecem como vítimas.

Quando questionadas sobre as razões que as levaram a permanecer em uma relação violenta, os principais motivos foram: amar o companheiro (34,7%), ela o perdoou (32,2%) e acreditar na mudança do perfil agressivo do companheiro (32,6%).

4.3. Associação entre a ocorrência da VPI e fatores sociodemográficos e de saúde reprodutiva

As variáveis independentes caracterizadas neste estudo foram testadas junto à variável dependente VPI na gestação atual através de Teste Exato de Fisher, a fim de investigar possíveis associações, as quais, quando existentes, foram quantificadas através de modelos de regressão logística.

A seguir, destacam-se os dados que apresentaram associação estatística e algumas tendências relevantes para este estudo:

Não foram encontradas associações estatísticas entre a variável idade e violência ($p = 0,5026$), porém observou-se que as mulheres que se encontram em uma faixa etária mais jovem (15 a 20 anos) apresentam quase duas vezes mais chance de sofrer VPI, quando comparadas com as mulheres classificadas nas demais faixas etárias ($ORb = 1,910$; $IC95\%: 0,620; 5,883$).

Escolaridade não apresentou associação estatística com a VPI ($p = 0,1468$), entretanto, as mulheres com nível de escolaridade entre 1 e 5 anos de estudo apresentaram três vezes mais chance de sofrer violência quando comparadas às mulheres com seis anos ou mais de estudo, e esta chance diminui conforme o nível de escolaridade aumenta ($ORb = 3,066$; $IC 95\%: 1,002; 9,384$).

Foi identificada associação entre a VPI e a variável cor autorreferida ($p = 0,0052$), sendo que as participantes negras e pardas possuem 3,34 mais chances de sofrer violência do que aquelas que se referiram brancas ou amarelas ($ORb = 3,344$; $IC 95\%: 1,399; 7,997$).

O uso de álcool ou tabaco classificado neste estudo como vícios, durante a gestação, não apresentou associação quando comparado com a variável dependente ($p = 0,1339$), porém a análise estatística permitiu identificar uma tendência que leva a observar que as mulheres que fazem uso de alguma destas substâncias têm duas vezes mais chances de sofrer VPI ($ORb = 2,012$; $IC 95\%: 0,857; 4,725$).

Não houve associação estatística entre a ocupação da gestante e a VPI ($p = 0,2033$), porém nota-se que, quando a mulher não contribui financeiramente com a renda da família, cabendo ao companheiro ou outras pessoas este papel, a chance de sofrer violência aumenta em até 2,38 vezes ($ORb = 2,382$; $IC 95\%: 0,464; 12,223$).

Identificou-se associação estatística entre o estado marital e a VPI ($p = 0,0348$), sendo que as mulheres que não estavam se relacionando com seus parceiros, no momento da entrevista, apresentaram 3,84 vezes mais chances de vivenciar a VPI ($ORb = 3,840$; $IC 95\%: 1,376; 10,717$).

Tabela 5. Análise da ocorrência de violência na gestação por parceiro íntimo associada às características sociodemográficas das participantes. Ribeirão Preto/SP, 2013.

		VPI na gestação		p-valor*	Odds Ratio Bruto	IC (95%)
		Não n (%)	Sim n (%)			
Faixa etária em anos	15 a 20	49 (21,03)	2 (5,15)	0,5026	1,910	(0,620; 5,883)
	21 a 30	109 (46,78)	19 (8,15)		1,360	(0,475; 3,889)
	30 ou mais	39 (16,74)	5 (2,15)		1,000	Referência
Escolaridade	1-5	13 (5,60)	6 (2,59)	0,1468	3,066	(1,002; 9,384)
	6-10	90 (38,79)	16 (6,90)		1,181	(0,545; 2,560)
	11 anos ou mais	93 (40,09)	14 (6,03)		1,000	Referência
Cor	Branca/Amarela	88 (37,77)	7 (3,00)	0,0052	1,000	Referência
	Negra/Parda	109 (46,78)	29 (12,45)		3,344	(1,399; 7,997)
Provedor	Participante	18 (7,73)	2 (0,86)	0,7126	1,000	Referência
	Companheiro	96 (41,20)	16 (6,87)		1,500	(0,317; 7,094)
	Ambos	49 (21,03)	9 (3,86)		1,653	(0,326; 8,392)
	Outros	34 (14,59)	9 (3,86)		2,382	(0,464 ; 2,223)
Vícios	Sim	28 (12,02)	9 (3,86)	0,1339	2,012	(0,857 ; 4,725)
	Não	169 (72,53)	27 (11,59)		1,000	Referência
Ocupação	Trabalha fora	112 (48,07)	16 (6,87)	0,2033	1,000	Referência
	Não trabalha	78 (33,48)	17 (7,30)		1,526	(0,727 ; 3,202)
	Estudante	7 (3,00)	3 (1,29)		3,000	(0,703 ; 12,795)
Estado marital	Coabita com parceiro	158 (67,81)	24 (10,30)	0,0348	1,000	Referência
	Tem parceiro mas não coabita com ele	27 (11,59)	5 (2,15)		1,219	(0,428 ; 3,471)
	Atualmente não tem parceiro	12 (5,15)	7 (3,00)		3,840	(1,376 ; 10,717)

p- valor* referente ao Teste Exato de Fisher.

IC (95%) = Intervalo com 95% de Confiança.

O uso de métodos anticoncepcionais (MAC) hormonais e de barreira, ao longo da vida e no último ano, não apresentou associação com VPI. Porém, a utilização de método contraceptivo comportamental na vida apresentou associação com violência ($p = 0,0572$; ORb= 2,372; IC 95%: 1,023; 5,496).

A frequência com que as mulheres buscam a consulta ginecológica apresentou associação com VPI ($p = 0,0129$), sendo que as mulheres que raramente passam por consulta médica têm quase três vezes mais chances de sofrer violência em relação àquelas que realizam acompanhamento anualmente ou mais de uma vez ao ano (ORb= 2,971; IC 95%: 1,116; 7,911).

Desejar a gestação apresentou associação com VPI ($p= 0,0020$), sendo que as mulheres que referiram não desejar a atual gestação apresentaram uma chance 4,35 vezes mais em relação às que referiram gestação desejada (ORb= 4,351; IC 95%: 1,786; 10,602).

Não foi encontrada associação entre o número de consultas de pré-natal e a violência ($p= 0,1028$), porém, nota-se que as mulheres que realizaram até seis consultas de pré-natal apresentaram uma chance 2,22 vezes maior de sofrer violência em relação às que realizaram sete ou mais consultas (ORb= 2,221; IC 95%: 0,901; 5,476).

As variáveis independentes caracterizadas neste estudo foram testadas junto à variável dependente VPI na gestação atual através de teste exato de Fisher, a fim de se investigarem possíveis associações, as quais, quando existentes, foram quantificadas através de modelos de regressão logística.

A seguir, destacam-se os dados que apresentaram associação estatística e algumas tendências relevantes para este estudo:

Não foram encontradas associações estatísticas entre a variável idade e violência ($p= 0,5026$), porém observou-se que as mulheres que se encontram em uma faixa etária mais jovem (15 a 20 anos) apresentam quase duas vezes mais chances de sofrer VPI, quando comparadas com as mulheres classificadas nas demais faixas etárias.

Escolaridade não apresentou associação estatística com a VPI ($p= 0,1468$), entretanto, as mulheres com nível de escolaridade entre 1 e 5 anos de estudo apresentaram três vezes mais chance de sofrer violência, quando comparadas às mulheres com seis anos ou mais de estudo, e esta chance diminui conforme o nível de escolaridade aumenta (ORb= 3,066; IC 95%: 1,002; 9,384).

Foi identificada associação entre a VPI e a variável cor autorreferida ($p= 0,0052$), sendo que as participantes negras e pardas possuem 3,34 mais chances de sofrer violência do que aquelas que se referiram brancas ou amarelas (ORb= 3,344; IC 95%: 1,399; 7,997).

O uso de álcool ou tabaco classificado neste estudo como vícios, durante a gestação, não apresentou associação quando comparado com a variável dependente ($p= 0,1339$), porém a análise estatística permitiu identificar uma tendência que leva a observar que as mulheres que fazem uso de alguma destas substâncias têm duas vezes mais chances de sofrer VPI (ORb= 2,012; IC 95%: 0,857; 4,725).

Não houve associação estatística entre a ocupação da gestante e a VPI ($p = 0,2033$), porém nota-se que quando a mulher não contribui financeiramente com a renda da família, cabendo ao companheiro ou outras pessoas este papel, a chance de sofrer violência aumenta em até 2,38 vezes (ORb= 2,382; IC 95%: 0,464; 12,223).

Identificou-se associação estatística entre o estado marital e a VPI ($p= 0,0348$), sendo que as mulheres que não estavam se relacionando com seus parceiros, no momento da entrevista, apresentaram 3,84 vezes mais chances de vivenciar a VPI (ORb =3,840; IC 95%:1,376; 10, 717).

O uso de métodos anticoncepcionais (MAC) hormonais e de barreira, ao longo da vida e no último ano, não apresentou associação com VPI. Porém, a utilização de método contraceptivo comportamental na vida apresentou associação com violência ($p = 0,0572$; ORb= 2,372; IC 95%: 1,023; 5,496).

A frequência com que as mulheres buscam a consulta ginecológica apresentou associação com VPI ($p= 0,0129$), sendo que as mulheres que raramente passam por consulta médica têm quase três vezes mais chances de sofrer violência em relação àquelas que realizam acompanhamento anualmente ou mais de uma vez ao ano (ORb= 2,971; IC 95%: 1,116; 7,911).

Desejar a gestação apresentou associação com VPI ($p= 0,0020$), sendo que as mulheres que referiram não desejar a atual gestação apresentaram uma chance 4,35 vezes mais em relação às que referiram gestação desejada (ORb= 4,351; IC 95%: 1,786; 10,602).

Não foi encontrada associação entre o número de consultas de pré-natal e a violência ($p= 0,1028$), porém, nota-se que as mulheres que realizaram até seis consultas de pré-natal apresentaram uma chance 2,22 vezes maior de sofrer violência em relação àquelas que realizaram sete ou mais consultas (ORb= 2,221; IC 95%: 0,901; 5,476).

Tabela 6. Análise da ocorrência de violência na gestação por parceiro íntimo associada às características de saúde reprodutiva das participantes. Ribeirão Preto/SP, 2013.

		VPI na gestação		p-valor*	Odds Ratio	
		Não n (%)	Sim n (%)		Bruto	IC (95%)
Uso MAC alguma vez na vida	Sim	189 (81,12)	35 (15,02)	1,000	1,480	(0,180 ; 12,200)
	Não	8 (3,43)	1 (0,43)		1,000	Referência
Hormonal	Sim	184 (82,14)	34 (15,18)	1,000	1,000	Referência
	Não	5 (2,23)	1 (0,45)		1,082	(0,123 ; 9,556)
Barreira	Sim	180 (80,36)	33 (14,73)	0,6834	1,000	Referência
	Não	9 (4,02)	2 (0,89)		1,212	(0,251 ; 5,864)
Comportamental	Sim	111 (49,55)	27 (12,05)	0,0572	2,372	(1,023 ; 5,496)
	Não	78 (34,82)	8 (3,57)		1,000	Referência
Preservativo	Sim	180 (80,36)	33 (14,73)	0,6834	1,000	Referência
	Não	9 (4,02)	2 (0,89)		1,212	(0,251 ; 5,864)
Visita ao ginecologista	Mais 1x ano	52 (22,32)	7 (3,00)	0,0129	1,000	Referência
	Anualmente	105 (45,06)	13 (5,58)		0,920	(0,346 ; 2,443)
	Raramente	40 (17,17)	16 (6,87)		2,971	(1,116 ; 7,911)
Número gestações	Primigesta	82 (35,19)	13 (5,58)	0,3730	1,092	(0,439 ; 2,718)
	Secundigesta	53 (22,75)	14 (6,01)		1,820	(0,729 ; 4,540)
	Multigesta	62 (26,61)	9 (3,86)		1,000	Referência
Gestação atual planejada	Sim	65 (27,90)	11 (4,72)	0,8485	1,000	Referência
	Não	132 (56,65)	25 (10,73)		1,119	(0,519 ; 2,414)
Gestação atual desejada	Sim	181 (77,68)	26 (11,16)	0,0020	1,000	Referência
	Não	16 (6,87)	10 (4,29)		4,351	(1,786 ; 10,602)

p- valor* referente ao Teste Exato de Fisher.

IC (95%) = Intervalo com 95% de Confiança.

5. Discussão

5.1 A VPI na gestação

Apesar de a violência ser um evento que envolve tanto homens quanto mulheres na condição de vítimas e agressores (REICHENHEIM et al., 2006), a frequência com que as mulheres procuram os serviços de saúde em decorrência de agressões sofridas por seus parceiros promove reflexões acerca de um problema que se constitui em um tipo de violência de gênero que desafia a área de saúde pública.

Estudos que investigam a prevalência da violência por parceiro íntimo, em gestantes no Brasil e no mundo, apontam significativas variações acerca deste tipo de evento que vão de 3,2% a 43,1% (SANCHES et al., 2007; KIM et al., 2010).

Vale destacar que tais variações dependem dos fatores culturais, econômicos e demográficos da região investigada, bem como da metodologia utilizada.

Neste estudo, os achados apontam para uma prevalência de VPI geral de 55,36% na vida e de 15,35% durante a atual gestação. As prevalências para violência física, psicológica e sexual foram respectivamente 5,15%, 14,59% e 0,43%.

Estudo semelhante realizado na mesma maternidade por Rodrigues (2007) investigou a ocorrência da violência contra gestante pelo parceiro e por outras pessoas de seu convívio e encontrou uma prevalência de VPI de 58,5% alguma vez na vida, corroborando os achados encontrados neste estudo. A prevalência de VPI na gestação foi de 19,6%, sendo 18,1% violência psicológica, 7,7% violência física e 1,6% violência sexual. O instrumento de coleta utilizado por Rodrigues foi o mesmo adotado para este estudo, porém os dois estudos se diferenciam pelo período em que a coleta de dados foi realizada, uma vez que Rodrigues entrevistou mulheres no período puerperal, diferentemente do presente estudo no qual as mulheres foram abordadas na gestação.

Outros estudos encontraram prevalências próximas às deste estudo, como foi apontado em uma análise secundária desenvolvida por Drevies et al. (2010) a qual objetivou descrever a prevalência da VPI, durante a gravidez em 19 países. Os resultados obtidos permitiram identificar uma prevalência de VPI alguma vez na vida que variou de 10,7% nas Filipinas a 64,4% na República Democrática do Congo, durante a gravidez os achados apontaram uma prevalência de VPI que variou de 2% na Austrália, Camboja, Dinamarca e Filipinas a 13,5% em Uganda. Os autores chamam a atenção para uma prevalência mais elevada entre os países africanos e latino-americanos, quando comparadas às prevalências encontradas nos países europeus e asiáticos. Porém, a metodologia empregada nesse estudo vislumbrou a

investigação apenas da violência física e sexual. A ausência de informações acerca do impacto psicológico sugere que os achados encontrados possam estar subestimados.

Outro estudo que apresentou prevalências próximas ao presente trabalho foi desenvolvido na cidade de Porto Alegre (RS), com 251 mulheres usuárias de uma unidade básica de saúde, na faixa etária de 18 a 49 anos, sendo que 57,8% referiram VPI alguma vez na vida e 17% referiram VPI na gestação (KRONBAUER; MENEGUEL, 2005). O instrumento de coleta adotado para esse estudo também foi o modelo proposto por Schraiber et al. (2002). Vale considerar um aspecto referente à identificação da violência pelo parceiro no período gestacional, visto que no estudo acima referido foram investigadas as situações de VPI em qualquer gestação, diferentemente do presente estudo que buscou dados somente acerca da gestação atual.

Taxas elevadas de prevalência de VPI foram registradas em investigação desenvolvida por Bailey e Daugherty (2007) com mulheres na faixa etária entre 15 e 45 anos no sul dos Apalaches, na qual se identificou uma prevalência de VPI durante a atual gestação de 80,8%. Dentre os achados, os autores destacam uma prevalência de violência física de 28% e de violência sexual de 20%.

Os autores atribuem as taxas elevadas de VPI na gestação às particularidades da região onde foi realizada a coleta de dados, caracterizada por um isolamento geográfico, oportunidades econômicas limitadas e por uma cultura que aceita as agressões informalmente e dentro do sistema legal (BAILEY; DAUGHERTY, 2007).

Em contrapartida, estimativas menores foram encontradas em estudo desenvolvido por Santos et al. (2010) com 331 mulheres atendidas, no terceiro trimestre de gestação, em um ambulatório público de pré-natal no Rio de Janeiro (RJ). As autoras adotaram o instrumento *Abuse Assessment Screen* para a avaliação de violência na gestação e identificaram uma prevalência de 5,1% de violência neste período.

Considerando-se a tipificação da violência, observa-se uma variação nas taxas de violência psicológica na gestação atual entre 16% (JOHRI et al., 2011) e 46,9% (COONROD et al., 2007), enquanto a violência física variou entre 3,6% (CHU et al., 2010) e 21% (PERALES et al., 2009), e a forma sexual entre 3% (JOHRI et al., 2011) e 9,1% (CHAN et al., 2011).

Tais achados são semelhantes aos encontrados neste estudo no que diz respeito à violência psicológica e física. Os dados referentes à violência sexual durante o período gestacional mostram-se bastante elevados, quando comparados aos encontrados nesta investigação.

No Brasil, para estimar a prevalência da violência antes, durante e após a gestação, Silva et al, (2011) realizaram um estudo de coorte desenvolvido com 960 mulheres com idade entre 18 e 49 anos cadastradas no Programa Saúde da Família da cidade de Recife (PE). As autoras utilizaram o questionário adaptado do Estudo Multipaíses sobre a Saúde da Mulher e Violência Doméstica da OMS que permitiu identificar uma prevalência de VPI, durante a gestação, de 31,1%. O estudo de coorte permitiu identificar a incidência de VPI na gestação que foi em torno de 9,7%, sendo a violência psicológica a mais frequente (28,8%).

Durang e Schraiber (2007) desenvolveram um trabalho em 14 serviços públicos de saúde do município de São Paulo, com mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos e identificaram uma ocorrência de VPI ao longo da vida de 60,6%, sendo que 52% experimentaram violência psicológica, 40,5%, violência física e 20,4%, violência sexual. Os dados referentes à VPI na gestação apontam que 20% das 1.922 entrevistadas referiram algum episódio de VPI na gestação. A constatação das altas taxas de prevalência das diversas formas de violência chama a atenção para a necessidade de enfrentamento do problema.

Estudo transversal, realizado com 528 puérperas em três maternidades públicas do município do Rio de Janeiro, identificou que cerca de 20% das mulheres referiram ter sido vítimas de, pelo menos, um ato de violência física perpetrada pelo parceiro íntimo, durante a gravidez (MORAES; ARANA; REICHENHEEIM, 2010).

Com a finalidade de investigar a prevalência de violência física, emocional, verbal e sexual em mulheres grávidas, Oweis, Gharaibeh e Alhourani (2010) investigaram, por meio de um questionário autoaplicável, 316 mulheres grávidas e usuárias de cinco Centros de Saúde Materna e Infantil do norte da Jordânia. Os resultados identificaram uma prevalência de violência física e sexual de 23,4% e 5,7%, respectivamente. Os fatores associados à situação de VPI em mulheres grávidas também foram analisados em estudo realizado por Dubova et al. (2007) com 383 mulheres grávidas na cidade do México. O questionário aplicado foi desenvolvido especificamente para o estudo e permitiu identificar uma prevalência de 31,1% de violência geral por parceiro íntimo, sendo a violência psicológica a mais frequente relatada por 93,3% das mulheres.

Muitas mulheres, quando questionadas acerca da percepção da violência, não se reconhecem como vítimas. Neste estudo, ao se questionar a ocorrência da VPI, apenas 22,3% das mulheres acreditaram ter vivenciado situação de violência. Tal dado reflete a dificuldade das mulheres em se perceberem dentro de um contexto no qual as relações desiguais com seus parceiros por si só justificam o comportamento agressivo e alteram sua percepção em relação à violência (KRUG et al., 2002).

Quando questionadas acerca dos motivos que as levaram a permanecer em um relacionamento violento, os mais destacados pelas entrevistadas foram amar o companheiro, perdoá-lo e acreditar que o mesmo iria mudar seu comportamento agressivo. Tais dados corroboram os resultados encontrados por Rodrigues (2007) no qual as mulheres permaneceram com seus parceiros mesmo após as agressões, por amor e por terem perdoado os seus agressores.

Neste estudo observou-se uma baixa percepção da violência entre as entrevistadas, fato que pode contribuir para a sucessão dos casos. Muitas vezes, a idealização da vida familiar apresenta-se como um fator influenciador para o rompimento do relacionamento agressivo.

As diferentes atitudes de enfrentamento da VPI são justificadas por diversos motivos como vergonha e sentimento de medo. No entanto, Schraiber e D'Oliveira (2008) destacam que romper o silêncio pode ser o primeiro passo para o enfrentamento dessa situação.

Estudo realizado no Nordeste do Brasil identificou que 78,4% das entrevistadas adotaram alguma atitude para enfrentar a violência vivida, sendo que 57,6% procuraram conversar com alguém, 3,5% buscaram algum serviço e 17,3% optaram por conversar com alguém e buscar ajuda em algum serviço. Dentre os serviços procurados, 57,6% foram as delegacias, e 27,1% buscaram as instituições de saúde (BRUSCHI; PAULA; BORDIN, 2006). Considerando-se a magnitude da violência, vale destacar que, neste estudo, identificou-se uma diminuição da VPI quando se compara o momento da ocorrência, ao longo da vida e na gestação, sendo respectivamente 55,36% e 15,35%. Tais resultados corroboram os dados encontrados por Devries et al. (2010), os quais apontam que embora a VPI esteja presente durante a gravidez, eles sugerem que neste período a VPI ocorre em níveis mais baixos, quando comparados ao longo da vida. Os autores destacam ainda que as prevalências variam consideravelmente dentro e entre as regiões globais.

No entanto, apesar de diversos estudos investigarem a magnitude da violência durante o período gestacional, não há um consenso acerca do início deste evento. Muitas pesquisas identificaram que apesar de a violência ocorrer, durante o período gestacional, as agressões já estavam presentes antes mesmo da gravidez.

Pesquisa realizada pela OMS (2005) faz menção ao período de início da violência, uma vez que a maioria das mulheres que referiu violência física, durante a gestação, já haviam sofrido agressões anteriormente à mesma. Porém, 13% na Etiópia, 50% na zona urbana brasileira, Sérvia e Montenegro vivenciaram as agressões pela primeira vez durante a gravidez (GARCIA- MORENO et al., 2005).

Alguns autores acreditam que a gravidez represente um fator de risco para a violência, que pode ter início durante este período ou alterar o padrão quanto à frequência ou gravidade, levando-os a incluir a gravidez entre as principais causas de violência doméstica (CHAN et al., 2011; SILVA et al., 2011).

Silva et al. (2011) identificaram que mulheres que relataram violência antes da gravidez apresentaram 11,6 vezes mais chances de vivenciar esta situação, durante o período gestacional, perfazendo um total de 66%. Segundo estudo realizado no Brasil por Shraiber et al. (2007), a prevalência da violência manteve seus padrões antes e durante a gestação, no entanto o que se percebe é uma mudança no tipo de violência perpetrada, sendo que durante o período gestacional notam-se uma diminuição das agressões físicas e um aumento da violência psicológica.

Já para Monteiro et al. (2009), o período gestacional foi um momento em que as agressões diminuíram ou cessaram.

Vale destacar que a diminuição nos níveis de violência, durante o período gestacional, reflete fatores culturais que podem ser determinantes e importantes para estimar a prevalência da VPI durante este período. Dessa forma, tendo em vista a heterogeneidade dos dados disponíveis na literatura, é possível concluir que não há um consenso entre os diferentes estudos publicados previamente em se considerar a gestação como um fator promotor ou protetor da violência.

No entanto, os dados apresentados refletem uma tendência a se considerar a gestação um momento no qual ocorre um decréscimo nos padrões da violência, talvez pelo fato de a mulher carregar em seu ventre um feto. A concepção de que a mulher é mais protegida da violência durante a gestação advém da ideia baseada no fator cultural de proteger a grávida, pelo fato de a mulher ser vista com mais cuidado durante a gravidez (BONFIM, 2008).

Por outro lado, segundo os dados do estudo brasileiro realizado pela OMS (WHO, 2005), pode-se considerar o período gestacional como um determinante para o início das agressões ocasionadas por dúvidas acerca da paternidade ou ao sentimento de ciúmes que a gravidez poderia provocar.

O grande desfecho dessa discussão pauta-se no fato de raramente as gestantes informarem aos serviços de saúde as agressões sofridas, a não ser que sejam questionadas (ROELENIS et al., 2007). Dessa forma, justifica-se a necessidade de inclusão da investigação sistemática acerca das questões que envolvem a violência durante a assistência pré-natal (CUEVAS et al., 2006; DÍAZ-OLAVARRIETA, 2007).

5.2 A VPI na gestação e a interface com as características sociodemográficas

A análise desenvolvida para este estudo permitiu observar que as mulheres mais jovens, com um baixo nível de escolaridade, negras ou pardas, que fazem uso de bebida alcoólica e que não exercem atividade remunerada apresentam uma maior prevalência de VPI.

Apesar da variação nas prevalências, muitos dos fatores de risco apresentados neste estudo corroboram investigações realizadas no Brasil e em outros países.

Nota-se que a idade média das participantes está compreendida entre a maior taxa de fecundidade do país, que é compreendida entre 20 e 29 anos (BRASIL, 2010b).

Estudos acerca da VPI em gestantes apontam a idade como um fator de risco significativo para as agressões. Apesar de as mulheres mais velhas terem mais tempo para serem potencialmente expostas à violência durante a gravidez, observa-se a ocorrência deste evento nos grupos de idade mais jovens (NAVED; PERSSON, 2005; DEVRIES et al., 2010). Corroborando estes dados, os achados do presente estudo identificaram que as mulheres que se encontram em uma faixa etária mais jovem (15 a 20 anos) apresentam quase duas vezes mais chances de sofrer VPI, quando comparadas com as mulheres mais velhas.

Menezes et al. (2003) identificaram em seu estudo desenvolvido com 420 mulheres que tiveram parto assistido, em uma maternidade terciária no Recife, que a ocorrência de violência física foi discretamente maior entre as mulheres mais jovens.

Em contrapartida, estudos realizados por Gage (2005) e Rivera-Rivera et al. (2004) apontam uma baixa associação entre a idade e a ocorrência de VPI alguma vez na vida.

As participantes desse estudo apresentaram uma média de 9,6 anos de estudo, a qual se mostrou superior à média encontrada na cidade de Ribeirão Preto que é de 8,5 anos de estudo (RIBEIRAO PRETO, 2009). Verificou-se, ainda, que apesar de a variável escolaridade não apresentar associação estatística com a VPI, as mulheres com menos de 5 anos de estudo apresentaram três vezes mais chances de vivenciar tal situação, sendo estatisticamente significativo.

No Brasil, análise realizada por Schraiber et al. (2007), na cidade de São Paulo e na Zona da Mata pernambucana, com mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos identificou maior risco em vivenciar situações de violência entre aquelas com menos anos de estudo, em ambas as regiões.

O baixo nível de escolaridade associado à VPI foi relatado por Audi (2008) em seu estudo com 1.379 gestantes de unidades básicas de saúde no município de Campinas (SP),

sendo que as gestantes que possuíam até oito anos de estudo apresentaram 1,5 vez mais chance de experimentar violência psicológica e uma chance de quase o dobro de violência física e sexual.

A escolaridade associada à violência também foi analisada em investigação desenvolvida por Labronice et al. (2010) com mulheres da cidade de Curitiba. O trabalho analisou 886 fichas de vítimas de violência por companheiro e pessoas conhecidas e identificou a baixa escolaridade como uma característica da população de risco.

As situações de VPI também se mostraram associadas às gestantes que frequentaram a escola por menos tempo em estudos desenvolvidos em outros países, demonstrando uma tendência inversamente proporcional entre a violência e a escolaridade (BAILEY; DAUGHERTY, 2007), propondo que os níveis mais altos de escolaridade apresentam um fator de proteção para a violência (HEISE; GARCIA-MORENO, 2002; GAGE, 2005).

A baixa escolaridade é apontada, em muitos estudos, como um dos fatores que favorecem a situação de violência, uma vez que mulheres mais esclarecidas tendem a ter menor grau de tolerância à situação (SCHRAIBER; D'OLIVERIA, 2008; RABELLO; CALDAS JÚNIOR, 2007).

O grau de escolaridade é relevante, quando entendido como um reflexo da condição socioeconômica que reflete os determinantes para a violência, assim, pessoas com baixa renda familiar e baixa escolaridade tendem a se tornar mais expostas aos agravos sociais e de saúde, uma vez que esta camada da sociedade torna-se menos favorecida de recursos materiais, bem como de informações dos seus direitos sociais. Porém, isso não significa que mulheres de classes mais favorecidas e com mais anos de escolaridade também não enfrentem situações de violência. O fator determinante nesta situação pauta-se no fato de estas mulheres disporem de recursos que possibilitam encontrar ajuda em diferentes meios de enfrentamento. Para Albuquerque et al. (2013), essa condição propõe uma sub-representação nas denúncias, fazendo com que as situações de violência contra a mulher sejam diretamente associadas à pobreza.

Muitas características sociais apresentam fortes associações com as questões de violência. Dentre elas, a variável cor da pele tem se mostrado presente em diversos estudos e foi identificada neste estudo como um fator associado à VPI, sendo que mulheres que se definiram negras e pardas apresentaram 3,34 mais chances de sofrer VPI na gestação do que aquelas que se referiram brancas e amarelas.

Tal achado não corrobora outros estudos desenvolvidos, onde não foi encontrada associação entre a variável cor da pele e violência por parceiro íntimo (VIEIRA; PERDONA; SANTO, 2011), no entanto, quando encontradas, tal associação pode estar mais relacionada às características

socioeconômicas (D'OLIVEIRA et al., 2009). Apesar de não serem tão frequentemente encontradas no Brasil associações entre as variáveis apresentadas, estudos norte-americanos revelam uma maior prevalência da violência entre mulheres afro-americanas (WEST, 2004).

As questões associadas à cor/raça e violência por parceiro íntimo também foram investigadas em estudo desenvolvido por Schariber et al. (2008) com homens e mulheres no qual se observou que a população negra, independente do sexo, referiu mais violência que a branca.

Contrapondo-se aos achados apresentados, Marinheiro e Vieira (2006) desenvolveram um estudo com mulheres usuárias de um serviço de saúde de Ribeirão Preto (SP), no qual constataram que os casos de violência doméstica eram predominantes entre as que diziam ser da cor branca com um percentual de 58,5%, seguidas pelas pardas com 31,3% e pelas negras com 8,7%.

Outra reflexão importante propõe analisar os dados referentes à cor/raça e à violência do ponto de vista cultural e social, numa perspectiva voltada para questões que envolvem a discriminação. Estudo desenvolvido por Waltermaurer et al. (2006), nos Estados Unidos, verificou que as mulheres negras que haviam vivenciado situações de racismo apresentaram índices elevados de VPI. Neste ponto de vista, a discriminação de cor é um fato importante e histórico e deve ser considerada como aspecto relevante para a violência de gênero, uma vez que não se pode excluir a estrutura social do contexto da violência (SAFFIOTI, 1999). Dessa forma, os resultados acima apresentados podem ser considerados reflexo de uma representação social do preconceito racial, porém vale destacar que tais dados não devem ser considerados isoladamente, visto que existem mais fatores associados à violência contra a mulher.

Apesar de não ter sido encontrada associação estatística entre a ocupação da gestante e a violência, o presente estudo permitiu observar que quando a mulher não contribui financeiramente com a renda da família, cabendo ao companheiro ou outras pessoas este papel, a chance de sofrer VPI na gestação aumenta em até 2,38 vezes.

Gadoni – Costa et al. (2011) observaram em levantamento dos casos de violência doméstica, atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para mulher em Campinas (SP), em que 32,5% das vítimas são donas de casa ou não têm profissão.

Alguns estudos apresentam associação da VPI com o trabalho da mulher no mercado formal ou informal (MATHIAS et al., 2013), o que permite compreender tal fato sobre uma perspectiva de gênero na qual ao homem cabe exercer o papel de provedor material e moral, e à mulher é designado o desempenho das tarefas ditas do lar. Qualquer inversão ou conflito entre estes papéis pode predispor o casal a situações de tensão (COUTO et al., 2007). Assim,

as relações de hierarquia e poder construídas socialmente que atribuem ao masculino o estereótipo de provedor do lar, consolidado por meio da exposição e domínio público; e ao feminino o espaço privado, justificado pela permanência da mulher dentro de seu lar, podem ser mais bem compreendidas neste estudo pela tendência identificada entre a VPI e o trabalho da mulher.

No entanto, neste estudo a tendência à violência apresentou-se elevada entre as mulheres que não exercem atividade remunerada. Entre as estudantes, observam-se três vezes mais chances de vivenciar a VPI. O estudo pode possibilitar à mulher avanços relacionados à sua independência, além de permitir a construção de um olhar mais crítico e reflexivo para as situações de seu cotidiano. Porém, muitas vezes a condição de estudante pode impedi-la de exercer uma atividade remunerada. Nesta perspectiva, acredita-se que a mulher assume uma condição de dependência e submissão devido ao fato de não contribuir com a renda familiar. Salienta-se que, em regiões nas quais há um menor desenvolvimento econômico, prevalecem desigualdades de gênero que justificam e tornam natural o domínio do homem sobre a mulher, levando a um favorecimento da ocorrência da violência e à dificuldade da mulher em abandonar esta relação (MATHIAS et al., 2013).

Não foi encontrada associação entre o uso de álcool e tabaco pela gestante e a VPI. Dados da literatura apontam uma redução no consumo destas substâncias, durante o período gestacional (SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2012), no entanto a análise dos resultados permitiu identificar uma tendência à violência entre as mulheres que relataram fazer uso de álcool ou tabaco durante a gravidez.

Tal achado corrobora investigações que apontam que as mulheres que bebem apresentam maior risco de sofrer VPI, quando comparadas às mulheres que não bebem (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), 2008).

Em consonância com esses resultados, Audi (2008) observou em seu estudo que uso de bebida alcoólica pela gestante aumentou em quatro vezes a chance de sofrer violência física/sexual. É importante salientar que o consumo de álcool e de outras drogas pela mulher pode surgir como um comportamento de risco que antecede o fato de ela ser vítima das agressões, ou pode-se apresentar como uma consequência da violência sofrida. Peters et al. (2012) acreditam que as mulheres em situação de violência podem fazer uso do álcool como uma forma de lidar com a violência sofrida.

O consumo de bebida alcoólica pela gestante predispõe a violência, como demonstra estudo realizado por Santos et al. (2010) onde as autoras identificaram um percentual de 6,3% de gestantes que fizeram uso abusivo de álcool e vivenciaram situações de VPI.

Oliveira e Simões (2007) identificaram, em seu estudo sobre o consumo de bebidas alcoólicas por gestantes, que 10% das entrevistadas faziam uso de álcool, sendo que 75% destas referiram consumo ocasional (apenas em festas e comemorações) e 25%, consumo frequente (aos fins de semana).

As questões relacionadas ao uso de álcool, durante a gestação, ganham ainda mais importância, tendo vista as repercussões acarretadas ao binômio mãe-feto. Como a quantidade de consumo considerada "segura" ainda não foi estabelecida, a abstinência nessa situação é considerada a melhor conduta, uma vez que o etanol atravessa facilmente a barreira placentária, podendo determinar efeitos teratogênicos no feto (YAMAGUCHI et al., 2008).

Além do que, a exposição ao álcool, durante a gestação, pode aumentar o risco de mortalidade e incidência de diferentes agravos à saúde da mulher e ao recém-nascido (MORAES; REICHENHEIM, 2007).

Investigação desenvolvida na cidade de São Paulo (SP), com 450 gestantes, revelou um padrão de consumo de bebida alcoólica considerado de risco para a síndrome fetal do álcool sendo a prevalência de 22,1% (FABBRI; FURTADO; LAPEGRA, 2007).

Estudo de caso-controle realizado por Gauthier et al. (2005) buscou verificar a hipótese de a ingestão materna de álcool estar relacionada com o aumento de infecção nos recém-nascidos, e identificou que os bebês cujas mães relataram uso de álcool e tabaco em excesso durante a gravidez estavam mais propensos a serem diagnosticados com uma infecção que aqueles cujas mães relataram abstenção destas substâncias. Os bebês de mães que faziam uso de álcool apresentavam um aumento 2,5 vezes do risco de infecção.

Em contrapartida, alguns estudos que consideraram as variáveis álcool e violência observaram que uma minoria das mulheres tinha contato com o álcool, e por isso não encontraram uma relação direta entre as variáveis (LABROCINI et al., 2010). Tal achado corrobora os dados encontrados neste estudo, onde a maioria das gestantes refere não fazer uso de bebida alcoólica. Em relação ao tabagismo, pesquisas o apontam como um vício frequente entre as mulheres que vivenciam situações de violência e acreditam que tal vício é reflexo de uma tendência da mulher em estabelecer comportamentos de risco para a sua saúde, motivada por fatores relacionados à própria perda da autoestima, que conduzem a um progressivo desinteresse no seu bem-estar e do seu filho (BHATT, 1998).

Segundo Oliveira (2008), a violência durante a gestação, além de trazer sérias repercussões para a saúde da gestante e do bebê, teria uma associação com uso de álcool, fumo e drogas ilícitas, com a aquisição ou intensificação do hábito decorrente da falta de esperança na mudança na situação de violência, decepção com o parceiro e estresse permanente.

É relevante considerar o uso de álcool e outras drogas, durante o período gestacional, bem como os fatores a ele associados, uma vez que a presença de qualquer destes potencializa as vulnerabilidades e expõe a riscos mãe-filho.

A situação marital das participantes apresentou associação com a VPI, sendo que as mulheres sem parceiro, no momento da entrevista, apresentaram 3,8 vezes mais chances de vivenciar VPI em relação às que referiram coabitar com o companheiro. Tal achado corrobora o estudo desenvolvido por Matias (2013) no qual se identificaram três vezes mais chances de violência entre as mulheres que não estavam mais em um relacionamento com seus parceiros quando comparadas às que viviam com um companheiro. Observa-se, nas culturas onde a separação é socialmente aceita, que há uma maior associação de VPI entre as mulheres que não têm companheiro. Tal dado pode estar relacionado com a capacidade da mulher em romper com a violência através da separação (D'OLIVEIRA, 2009). Já em culturas onde a separação é considerada uma transgressão e não é tida como direito, verifica-se que a violência é socialmente mais tolerada e apresenta-se elevada entre as mulheres que coabitam com seus companheiros (BERNARDS; GRAHAM, 2013; JEWKES, 2002).

5.3 A VPI na gestação e a interface com as características de saúde reprodutiva

As questões de saúde reprodutiva identificadas neste estudo permitiram verificar que a VPI está associada com as gestantes que não desejaram a gestação, que fizeram uso de método anticoncepcional do tipo comportamental e que raramente frequentam consulta ginecológica. No entanto, é louvável destacar que apesar de não terem sido encontradas associações com as outras variáveis, observou-se uma tendência à VPI também entre as gestantes secundigestas e que realizaram até seis consultas de pré-natal.

A gravidez indesejada tem se apresentado frequente e caracterizada como um problema de saúde pública em todo o mundo.

Nesta investigação, verificou-se associação entre a VPI e o desejo pela gestação, sendo que as mulheres que referiram não desejar a atual gestação apresentaram 4,35 vezes mais chances de vivenciar VPI em relação às que referiram gestação desejada. Corroborando este achado, evidências crescentes têm apontado fortes associações entre a VPI e a gravidez indesejada (CRIPE et al., 2008; MILLER et al., 2010).

Pesquisa desenvolvida por Kim et al. (2010), em um dos menores Estados dos EUA, verificou a associação da VPI e gravidez indesejada entre 5.662 mulheres. Os autores utilizaram um questionário com foco em violência física por parceiro ou ex-parceiro e saúde materna e bem-estar e verificaram que 62,8% das mulheres que foram expostas a algum tipo de experiência de violência pelo parceiro, antes ou durante a gravidez, não desejavam a gestação.

A relação entre a VPI e a gravidez indesejada foi analisada por Rahman et al. (2012) por meio de dados dos relatos de mulheres das Pesquisas de Saúde e Demografia de Bangladesh. A amostra final compôs-se por 10.996 mulheres com idade entre 15 e 49 anos. Os achados apontaram uma relação moderada entre a gravidez indesejada e todas as formas de VPI, sendo que as mulheres que vivenciaram qualquer tipo de VPI mostraram-se 64% mais propensas a considerar sua gravidez como indesejada. Os autores destacam que o tipo de violência perpetrado também influencia no desejo da gestação, uma vez que mulheres que vivenciaram abuso sexual apresentaram-se mais propensas a considerar sua gestação como indesejada em comparação às mulheres que sofreram agressões físicas ou psicológicas. Os dados também apontam que, temendo o aumento ou a acontínuidade da violência por parte do parceiro, as mulheres acabam se submetendo sexualmente aos mesmos, não dialogando sobre o controle da fertilidade nem se manifestando sobre a escolha da reprodução (RAHMAN et al., 2012).

Corroborando o exposto, Pallitto et al. (2005) acreditam que o clima de medo e controle que permeia as relações violentas pode limitar a habilidade da mulher em controlar sua fertilidade, predispondo-a a uma gestação indesejada, aborto, DST/HIV.

O período gestacional é um momento no qual a mulher utiliza com uma maior frequência os serviços de saúde, apresentando-se como um período propício para o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde. As consultas periódicas para acompanhamento do estado de saúde da gestante e do feto são importantes indicadores da qualidade da assistência pré-natal.

No Brasil, o Ministério da Saúde considera ideal o início da realização do acompanhamento pré-natal logo no primeiro trimestre de gestação, com a realização de, no mínimo, seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação (BRASIL, 2005).

Para Campbell et al. (2004), o período pré-natal apresenta-se como um momento no qual é possível se ter uma rotina de maior quantidade de consultas e, assim, mais contato das gestantes com os profissionais nos serviços de saúde. Dessa forma, este momento seria

estratégico para a identificação e intervenção junto às gestantes que vivenciam situações de violência.

No entanto, alguns estudos apontam que gestantes que sofrem violência tendem a apresentar retardo no início e acompanhamento das consultas de pré-natal (MORAES; REICHENHEIM, 2002; CHAMBLISS, 2008).

Os achados desta investigação verificaram uma tendência à violência nas mulheres que realizaram até seis consultas de pré-natal, sendo que estas apresentaram 2,2 vezes mais chance de vivenciar a VPI do que aquelas que realizaram sete consultas ou mais.

Moraes et al. (2010) buscaram, por meio de um estudo transversal realizado em três maternidades públicas do Rio de Janeiro, avaliar a prevalência da violência física entre parceiros íntimos como fator de risco para a má qualidade da cobertura pré-natal. Foram entrevistadas 528 puérperas, os dados foram obtidos a partir do cartão de gestante e por entrevistas face a face. A avaliação da qualidade da cobertura pré-natal foi mostrada por meio do índice de Kotelchuck, as situações de violência foram identificadas através do instrumento *Revised Conflict Tactics Scales*. A análise dos dados permitiu verificar que 68,2% das entrevistadas realizaram menos de 80% do número esperado de consultas para a idade gestacional, 4% não realizaram o pré-natal e 16,7% iniciaram o pré-natal tardiamente e devido a isso tiveram um número menor de consultas do que o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Kim et al. (2010) investigaram a VPI, antes ou durante a gravidez, e sua associação com a saúde materna, e identificaram que as mulheres que vivenciaram situações de violência na gestação eram mais propensas a ter atraso no início ou nenhum cuidado pré-natal.

Tais achados propõem importantes reflexões do autocuidado, uma vez que o acompanhamento pré-natal permite, além da realização de ações de promoção e prevenção de saúde, realizar o tratamento e acompanhamento de situações que possam levar a desfechos adversos para a saúde da gestante e de seu bebê.

Sabe-se que os serviços de acompanhamento pré-natal são espaços adequados para a identificação das vítimas de violência durante o período gestacional, no entanto tem-se de considerar que nem sempre a violência apresenta sequelas físicas claras, o que torna necessária uma maior atenção das equipes na identificação e o devido acompanhamento dos casos.

Dessa forma, Moraes et al. (2010) destacam a importância da assistência integral e da capacitação dos profissionais de saúde para identificarem e lidarem com a ocorrência da violência. A intervenção de maneira adequada durante o pré-natal tende a propiciar formas

para que a gestante enfrente este período da melhor maneira possível, com a finalidade de minimizar danos, por meio do estabelecimento de uma relação de confiança com a equipe.

A associação entre o uso do método anticoncepcional comportamental (tabelinha e coito interrompido) e a violência também foi identificada neste estudo, porém não foi encontrada na literatura nenhuma investigação que aponte a relação entre estes achados.

O uso do método contraceptivo do tipo comportamental, entre as mulheres que vivenciam situações de violência, parece apresentar relação com a dificuldade das mesmas em negociarem outros tipos de métodos com seus parceiros. A utilização dos métodos comportamentais necessita de um conhecimento, envolvimento e aceitação do casal para a sua prática, e observou-se neste estudo que os métodos mais utilizados pelo casal foram a tabelinha e o coito interrompido.

A interface entre o uso dos métodos comportamentais e a violência propõe reflexões acerca dos papéis de controle do homem e da mulher no que tange à saúde reprodutiva, uma vez que a adoção da tabelinha pode refletir uma tentativa da mulher em exercer seus direitos reprodutivos por meio do conhecimento sobre seu período fértil independente da participação de seu parceiro, enquanto o coito interrompido por ser um método de decisão e controle masculino remete ao homem uma condição de poder sobre sua parceira.

Para Okenwa et al. (2011), estudos acerca das sociedades patriarcais sugerem que o uso de métodos contraceptivos é visto pelo homem como uma forma de a parceira exercer um papel de maneira mais ativa na esfera sexual, conseqüentemente conferindo-lhe autonomia sobre decisões que são vistas em tais sociedades como sendo uma prerrogativa masculina. Dessa forma, essa tentativa de emancipação pode ser anulada por agressões pelo parceiro, no entanto os autores afirmam que não há como determinar se a exposição à violência precede ou não a tentativa do uso do método.

Em relação ao condon, neste estudo, a não utilização do preservativo ao longo da vida aumentou em 1,2 vez a chance de VPI.

Durand e Schraiber (2007) apontam, em sua investigação, que 22,5% das entrevistadas relataram que seu parceiro atual já recusou o uso do preservativo para prevenção de alguma doença. A dificuldade de negociação do uso de método contraceptivo é relatada em outros estudos e apresenta-se associada a situações de violência por colocar em dúvida a fidelidade do casal (OKENWA et al., 2011). Entre as mulheres que referiram fazerem uso de MAC alguma vez na vida, observou-se uma tendência de 1,48 vez mais chance de vivenciarem a VPI.

A incapacidade de negociação e a deficiência no uso do método contraceptivo são questões relevantes, uma vez que podem culminar em gravidez não planejada com consideráveis consequências para a saúde da mulher e a saúde infantil. Uma gravidez não planejada decorrente da vivência da VPI pode acarretar em um número elevado de abortos, atraso ou nenhum cuidado pré-natal e baixa utilização de métodos contraceptivos e planejamento familiar (CHAN; MARTIN, 2009; KISHOR; JOHNSON, 2004; EMENIKE; LAWOKO; DALAL, 2008).

Outro dado relevante identificado neste estudo refere-se à associação da VPI com a ida da mulher à consulta com ginecologista, sendo que as mulheres que raramente passam por consulta médica têm quase três vezes mais chances de sofrerem violência. Não foram encontradas na literatura referências específicas para esta questão, porém uma reflexão acerca do assunto propõe observar a possibilidade de lacunas referentes ao autocuidado entre as mulheres que vivenciam a VPI, ocasionada muitas vezes por uma diminuição de sua autoestima e até mesmo por questões relacionadas ao ciúme do parceiro que a impossibilita de realizar até mesmo uma consulta médica.

Reforçando a ideia do autocuidado, estudo desenvolvido por Mathew et al. (2013) verificou que as mulheres que realizam autoexame das mamas mensalmente apresentam um menor risco de VPI.

Diante do exposto, percebe-se que, apesar de seu impacto, a violência de gênero está arraigada nas relações de maneira a ser considerada como parte da natureza humana. Tal fato predispõe à tendência de se naturalizar a violência abordando os casos, na maioria das vezes, como sendo exclusivamente da esfera privada (WHO, 2005).

A legitimação da violência por parte da sociedade configura-se em um pano de fundo para o discurso vitimizador das mulheres que se encontram em situação de violência apenas pela condição de ser mulher, de maneira a transformar-se em um obstáculo na luta contra a violência (SANTOS, 2003). Taquete (2008) chama a atenção para a existência de restrições nas ações preventivas as quais incluem as culturas da violência, o sexismo/machismo, o racismo, a homofobia e a concepção de que as relações privadas não constituem uma questão a ser tratada pela sociedade.

Em relação ao período gestacional, há de se considerar que as mulheres não estão imunes à violência durante a gravidez. A literatura permitiu evidenciar que o período gestacional não manteve a mulher protegida de situações violentas, mas o tipo da violência sofrida se modificou.

Diante da prevalência e seu potencial impacto para a saúde, deve-se considerar a violência como tema prioritário nos serviços de saúde. Apesar da sua importância, sabe-se que as ações desenvolvidas pelos profissionais na atenção às mulheres em situação de violência não resultam em real acolhimento das necessidades apresentadas, resultando apenas em ações de encaminhamentos. Lettiere, Nakano e Rodrigues (2008) desenvolveram uma investigação qualitativa na cidade de Ribeirão Preto com 12 profissionais de saúde, a fim de identificarem os significados atribuídos à violência e sua atuação frente à saúde da mulher. Observou-se que existe uma abordagem reducionista e biologicista que permeia a prática, contribuindo para uma fragmentação da assistência, justificada pela deficiência na formação profissional, no suporte institucional e na equipe multidisciplinar (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008).

Investigação desenvolvida no Instituto Médico-Legal da cidade de Ribeirão Preto/ SP com mulheres vítimas de violência verificou que a busca pelos serviços depende da gravidade com que as mulheres percebem seu estado de saúde, uma vez que tais serviços não resolvem seus problemas (SANTI; NAKANO; LETTIERE, 2010). Dessa forma, nota-se que as instituições de saúde cumprem o papel de cuidar do que é aparente, já os agravantes da violência são apenas tangenciados pelos profissionais (LETTIERE; NAKANO, 2011).

D'Oliveira (2000) destaca que apesar de bem intencionadas, as propostas de intervenção dos serviços de saúde (busca ativa, acolhimento, registro e referência) parecem não apresentar grandes sucessos. A questão da violência não se configura em um problema específico que tem hipótese diagnóstica médica ou psicológica, representando, portanto, um desafio para os profissionais que não conseguem antever os resultados de uma possível intervenção ou alternativas previsíveis para este problema.

As dificuldades listadas pelos profissionais denotam uma falta de esperança no que diz respeito às mudanças. O olhar focado no modelo medicalizado ainda permeia as instituições que se preocupam em tratar as queixas e patologias sem relacioná-las às questões de violência (D'OLIVEIRA, 2000). A falta ou a pouca resolutividade no desenvolvimento do cuidado torna o problema ainda mais grave, pois tende a afastar as vítimas do serviço de saúde, fortalecendo o conceito de invisibilidade do problema.

Ferraz et al. (2009) lembram que os profissionais de saúde, em especial da enfermagem, estão em contato direto com a maioria das vítimas, pois é nos serviços de saúde que normalmente estas buscam ajuda e tratamento para seus males. Isso os deixa próximos, fornece a possibilidade de construir elos de confiança e permite reconstruir conceitos sobre a violência, com vistas a reduzir os índices deste agravo e mudar a realidade social.

6. Conclusões

Os resultados obtidos com a presente investigação permitem concluir que:

❖ A população de estudo foi caracterizada por gestantes em idade média de 25 anos, de cor preta ou parda, com uma média de 9,6 anos de estudo, que em sua maioria não faziam uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, sem ocupação remunerada, com uma renda familiar média de 2,5 salários mínimos, tendo como principais provedores da família seu companheiro ou outras pessoas.

❖ Entre as características de saúde reprodutiva, observou-se que a menarca das participantes teve uma média de 12,5 anos, a idade da primeira relação sexual consentida apresentou uma média de 16,15 anos, sendo que a grande maioria das entrevistadas teve em média 3,18 parceiros sexuais ao longo da vida.

❖ O uso de método contraceptivo alguma vez na vida foi relatado em 96,14% das entrevistas, já no último ano, observou-se uma frequência de uso de métodos anticoncepcionais de 61,37%.

❖ Ao longo da vida, 95,09% das entrevistadas referiram ter feito uso de preservativo em suas relações sexuais.

❖ Houve 53,85% das entrevistadas que referiram não fazerem uso do preservativo nas relações com seus companheiros no último ano.

❖ Entre as participantes, 15,5% sofreram algum tipo de VPI durante a gestação, sendo 14,59 % violência psicológica, 5,15% violência física e 0,43% violência sexual.

❖ Entre as mulheres que sofrem VPI, 24,29% raramente frequentam o ginecologista. Foi encontrada associação estatística entre a violência e frequentar a consulta ginecológica, sendo que as mulheres que raramente buscam este tipo de consulta apresentam três vezes mais chance de sofrer VPI na gestação.

❖ Houve associação estatística entre o uso de método contraceptivo do tipo comportamental alguma vez na vida e a VPI na gestação, sendo que as mulheres que utilizaram este método apresentaram 2,3 vezes mais chance de sofrer violência.

❖ Identificou-se associação entre a VPI e a gestação indesejada, sendo que as mulheres que não desejaram a gestação apresentaram 4,3 vezes mais chances de vivenciar a violência quando comparadas às que desejaram a gravidez.

❖ O estudo encontrou associação entre a VPI e o estado marital das participantes, sendo que a violência esteve presente entre as mulheres que não estavam em um relacionamento no período da entrevista.

❖ Observou-se uma tendência à VPI entre as mulheres mais jovens, com um menor grau de escolaridade, que não exercem atividade remunerada e que fazem uso de bebida alcoólica ou tabaco.

O presente estudo evidenciou a violência durante o período gestacional, porém vale a pena destacar que este é apenas uma fase da vida da mulher. Por muitas vezes a violência já se apresentava antes mesmo da gestação, ou pode permanecer após o nascimento do bebê, com repercussões importantes na saúde reprodutiva.

Dessa forma, torna-se prudente repensar as estratégias voltadas para o enfrentamento e prevenção da violência, levando-se em consideração as características sociodemográficas e de saúde reprodutiva a fim de se desenvolver um trabalho durante a vida toda.

As desigualdades de gênero apresentam-se como o cerne da possibilidade de rompimento da violência, no entanto, para isso faz-se necessário o fortalecimento da mulher enquanto protagonista das relações sociais, familiares e conjugais.

Direcionar o olhar para os determinantes sociais que afetam as condições das mulheres em situação de violência implica em repensar as ações interventivas a fim de que as mesmas estejam relacionadas não somente aos serviços de saúde, mas também a uma conjuntura intersetorial.

Assim, acredita-se na contribuição deste estudo no sentido de sensibilizar tanto os profissionais envolvidos diretamente com a assistência quanto a sociedade como um todo, incluindo as mulheres, para que sejam mobilizadas ações e pesquisas que busquem a interface entre os fatores de risco e a prevenção para as situações de VPI.

7. Limitações do Estudo

Considerando a relevância da temática, há de se considerarem algumas limitações para o estudo:

✓ Primeiro, em se tratando de estudo do tipo corte transversal, a relação de causalidade não pode ser determinada. Embora este desenho de estudo seja adequado para avaliar grandes populações e originar a frequência de determinados eventos, ainda se apresenta limitado pelo fato de medir, ao mesmo tempo, exposição e desfecho, de forma que uma ambiguidade temporal dificulta a separação levando-se ao risco da causalidade reversa; apesar disso, o estudo é precursor no Brasil no sentido de buscar identificar os fatores de saúde reprodutiva que possam estar associados aos episódios de VPI, tornando-se relevante na área de saúde da mulher.

✓ A complexidade do tema violência levanta a possibilidade de considerar as dificuldades das entrevistadas em abordarem o assunto. Falar da violência vivida convida a mulher a refletir sobre a humilhação, fragilidade, vulnerabilidade e vergonha. A experiência da violência constitui-se num trauma para o qual o tempo pode arrefecer a dor, mas nunca extingui-la. É nesta perspectiva da vergonha e do silêncio que se considera como limitação deste estudo a dificuldade inerente à investigação do tema, o que pode contribuir para uma subestimação da prevalência encontrada.

✓ O serviço elencado para o desenvolvimento do estudo caracteriza-se por uma maternidade que atende a gestações de baixo risco. Os estudos apontam uma relação entre a VPI e patologias gestacionais, dessa forma, pode ter ocorrido uma limitação relacionada ao perfil da clientela atendida neste serviço;

✓ Não há uma padronização dos indicadores que caracterizam a saúde reprodutiva para a mulher, a OMS elencou algumas variáveis que caracterizam a saúde reprodutiva de um modo geral, entretanto os estudos que buscaram investigar estas questões mostraram-se díspares na utilização destas variáveis, não possibilitando comparações homogêneas.

✓ Da mesma forma, observa-se nos estudos que abordam a temática da violência, uma grande variabilidade de instrumentos utilizados para investigação. Tais instrumentos variam nas formas de questionar as situações vivenciadas, período de ocorrência, tipo de agressor, fazendo com que se encontrem na literatura resultados heterogêneos.

Referências

ADEODATO, V. G.; CARVALHO, R. R.; SIQUEIRA, V. R.; SOUZA, F. G. M. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 108-113, 2005.

ARILHA, M.; BERQUÓ, E. Cairo+15: trajetórias globais e caminhos brasileiros em saúde reprodutiva e direitos reprodutivos. In: **Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo**. ABEP; UNFPA. p. 67-119. Campinas, 2009.

AUDI, C. A. F.; CORREA-SEGALL, A.; SANTIAGO, S. M.; ANDRADE, M. G. G.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 877-85, 2008.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. American medical association diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. **Archives of Family Medicine**, Chicago, v. 1, Supl 1, p. 39-47, 1992.

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.

BHATT, R. V. Domestic violence and substance abuse. **International Journal Gynaecol Obstetrics**, Baltimore, v. 63, Suppl 1, p. 25-31, 1998.

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.

BONFIM, E. G. **A violência doméstica contra a mulher na perspectiva da atenção pré-natal pública**. 2008. 172f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intra-familiar: orientações para a prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002 (Caderno Atenção Básica n.8).

_____. Lei nº 10.778/03, 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 privada. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 de nov. 2003. Secção 1, p. 11.

_____. 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**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas Públicas para as mulheres**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf>. Acesso em 27 de mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 298p. (série B textos básicos de Saúde). Cap. IX violência de gênero. p. 105-109.

_____. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. 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 Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência a contra a Mulher altera o Código do Processo Penal; e da outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 8 de agosto de 2006b. p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Comunicação e Educação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 75p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informações do SUS. DATASUS. Taxa específica de fecundidade. 2010b. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/a06_10.htm>. Acesso em 20 agosto de 2013.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres. Informativo: **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Resolução n.466/12. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

RUSCHI, A.; PAULA, C. S.; BORDIM, I. A. S. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 02, p. 256-264, 2006.

CAMPBELL, J. C. Health consequences of intimate partner violence. **Lancet**, London, v. 359, n. 9314, p. 1331-1336, 2002.

CAMPBELL, J. C.; 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.

CARLSON, B. E.; MCNUTT, L. A.; CHOI, D.; ROSE, I. M. Intimate partner abuse and mental health: the role of social support and others protective factors. **Violence Against Women**, Thousand Oaks, v. 8, n. 6, p. 720-745, 2002.

CASIQUE, Q. L. **Violência perpetrada por companheiros íntimos em Celaya-México**. 2004. 167f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

CASIQUE, L. C.; FUREGATO, A. R. F. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n.6, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a18.pdf>. Acesso em: 11. mai. 2012.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND REVETION (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.

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 e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, Supl.0, p. 1323-1332, 2007.

CORRÊA, S.; JANNUZZI, P.de M.; ALVES, J. E. D. Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: Marco Teórico-Conceitual E Sistema De Indicadores. In: **Saúde no Brasil: conceitos, programas e indicadores** [cd-rom] da ABEP, IBGE, UNFPA; 2004.

COLLETT, B.; CORDLE, C.; STEWART, C.; JAGGER, C. A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic non pelvic pain and those with no history of pain attending general practitioners. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, London, v. 105, n. 1, p. 87-92, 1998.

COONROD, D. V.; BAY, R. C.; MILLS, T. E.; GAMBLE, S. L. Asymptomatic bacteriuria and intimate partner violence in pregnant women. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, St Louis, v. 196, p. 581.e1-581.e4, 2007.

CUEVAS, S.; BLANCO, J.; JUÁREZ, C.; PALMA, O.; VALDEZ-SANTIAGO, R. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en Mexico. **Salud Pública de México**, Mexico, v. 48, supl. 2, 2006.

CHAN, K. L.; BROWNRIDGE, D. A.; TIWARI, A.; FONG, D. Y.; LEUNG, W. C.; HO, P. C. Associating pregnancy with partner violence against Chinese women. **Journal Interpers Violence**, New York, v. 26, n. 7, p. 1478-500, 2011.

CHAMBLISS, L. R. Intimate partner violence and its implication for pregnancy. **Clinical Obstetrics Gynecology**, Philadelphia, v. 51, n. 2, p. 385-97, 2008.

CHAPMAN, J. A longitudinal study of sexuality and gynecologic health in abused women. **Journal of the American Osteopathic Association**, Chicago, v. 89, n. 5, p. 619-624, 1989.

CHU, S. Y.; GOODWIN, M. M.; D'ANGELO, D. V. Physical violence against U.S. women around the time of pregnancy, 2004–2007. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 38, n. 3, p. 317–322, 2010.

CRIFE, S.; SANCHEZ, S.; PERALES, M., LAM, N., GARCIA, P.; WILLIAMS, M. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Limerick, v. 100, n. 2, p. 104-108, 2008.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços de atenção primária**. 286f. 2000. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B.; FRANÇA-JÚNIOR, I.; LUDERMIR, A. B.; PORTELLA, A. P.; DINIZ, C. 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. 299-310, 2009.

DEVRIES, K. M.; JISHOR, S.; JOHNSON, H.; STOCKL, H.; BACCHUS, L. J.; GARCIA-MORENO, C.; WATTS, C. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. **Reproductive Health Matters**, London, v. 18, n. 36, p. 158–170, 2010.

DÍAZ-OLAVARRIETA, C.; PAZ, F.; ABUABARA, K.; AYALA, H. B. M.; KOLSTAD, K. PALERMO, T. Abuse during pregnancy in Mexico City. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Lymerick, v. 97, n. 1, p. 57-64, 2007.

DOUBOVA, S. V.; PÁMANES-GONZÁLES, V.; BILLINGS, D. L.; TORRESARREOLA, L. P. Violência de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 582-90, 2007.

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

DUTTON, M. A.; BONNIE, L. G.; STACEY, I. K.; DARREN, M. R.; ZEFFIRO, T. A.; KRAUSE, E. D. Intimate Partner Violence, PTSD, and Adverse Health Outcomes. **Journal of Interpersonal Violence**, New York, v. 21, n. 7, p. 955-968. 2006.

EHLERT, U., HEIM, C. E HELLAMMER, D. Chronic pelvic pain as a somatoform disorder. **Psychotherapy and Psychosomatics**, Basel, v. 68, n. 2, p. 87-94. 1999.

EMENIKE, E.; LAWOKO, S.; DALAL, K. Intimate partner violence and reproductive health of women in Kenya. **International Nursing Review**, Geneve, v. 55, n.1, p. 97- 102, 2008.

FABRI, C. E.; FURTADO, E. F.; LAPEGRA, M. R. Consumo de álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 1-7, 2007.

FAUNDES, A.; ROSAS, C. F.; BEDONE, A. J.; OROZCO, L. T. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 126-135, 2006.

FERREIRA, K. M. M. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes-nossa realidade. In: SILVA, L. P. S (org). **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Recife: EDUPE, 240p. 2002.

FERRAZ, M. I. R.; LACERDA, M. R.; LABRONICI, L. M.; MAFTUM, M. A.; RAIMOND, M. L. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 14, n.4, p. 755-759, 2009.

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

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (FNUAP). **Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**, CIPD94 - Resumo do Plano de Ação. Nações Unidas, Nova York; 1995.

GADONI-COSTA, L. M.; ZUCATTI, A. P. N.; DELL'AGLIO, D. D. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 28, n. 2, p.219- 227, 2011.

GAGE, A. J. Women's experience of intimate partner violence in Haiti. **Social Science and Medicine**, New Orleans, v. 61, n. 2, p. 343-64, 2005.

GARCÍA-MORENO, C.; HEISE, L. L. Violência perpetrada por parceiros íntimos. In: World Health Organization. **World Report on violence and Health**. Genebra: OMS, p. 91-121. 2002.

GARCIA-MORENO, C.; JANSEN, H. A.; ELLSBERG, M.; HEISE, L.L.; WATTS, C. **WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses**. Geneva: World Health Organization; 2005.

GAUTHIER, T. W. Maternal alcohol abuse and neonatal infection. **Alcoholism: clinical and experimental research**, New York, v. 29, n. 6, p. 1035-43, 2005.

GOLDING, J. Sexual assault history and women's reproductive and sexual health. **Psychology of Women Quarterly**, New York, v. 20, p. 101-121, 1996.

GOLDING, J., WILSNACK, S. C.; LEARMAN, L. A. Prevalence of sexual assault history among women with common gynecologic symptoms. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, St Louis, v. 179, n.4, p. 1013-1019, 1998.

GORDIS, L. **Epidemiology**. 3.ed. Philadelphia: Elsevier, 2004.

GROVES, B. M.; AUGUSTYN, M.; LEE, D.; SAWIRES, P. **Identifying and responding to domestic violence: consensus recommendations for child and adolescent health**. San Francisco: The Family Violence Prevention Fund, Sep. 2002. Disponível em: <<http://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/pediatric.pdf>>. Acesso em: 08. fev. 2013.

HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. **Violence against women: the hidden health burden**. Washington, D.C.: World Bank, 1994. (World Bank Discussion Papers, 255). Disponível em: <<http://gbvaor.net/wp-content/uploads/2012/10/Violence-against-Women-The-Hidden-Health-Burden-Lori-L.-Heise-with-Jacqueline-Pitanguy-and-Adrienne-Germain-World-Bank-1994.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2013.

HEISE, L.; GARCIA-MORENO, C. Violence by intimate partners. In: KRUG, E. G.; DALHBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, R. (Eds). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization. p. 87-121. 2002.

HERA. Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres: idéias para ação, 1999. In: **HERA – Health, Empowerment, Rights and Accountability**. Disponível em <http://www.iwhc.org/hera>. Acesso em 27 de jan 2013.

IZUMINO, W. P. Delegacias de Defesa da Mulher e Juizados Especiais Criminais:mulheres, violência e acesso à justiça. In: **VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais**. Coimbra, set. 2004.

JAMIESON, D. J.; STEEGE, J. F. The association of sexual abuse with pelvic pain complaints in a primary care population. **American Journal of Obstetrics Gynecology**, St Louis, v. 177, n. 6, p. 1408-1412, 1997.

JEWKES, R. Intimate partner violence: causes and prevention. **Lancet**, London, v. 359, n. 9315, p. 1423-1429, 2002.

JOHRI, M.; MORALES, R. E.; BOIVIN, J. F.; SAMAYOA, B. E.; HOCH, J. S.; GRAZIOSO, C. F.; MATTA, I. J. B.; SOMMEN, C.; DIAZ, E. L. B.; FONG, H. R.; ARATHOON, E. G. Increased risk of miscarriage among women experiencing physical or sexual intimate partner violence during pregnancy in Guatemala City, Guatemala: cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 11, n. 49, p. 1-12, 2011.

KIM, H.; CAIN, R.; VINER-BROWN, S. Intimate partner violence before or during pregnancy in Rhode Island. **Medicine and Health Medical Society**, Rhode Island, v. 93, n. 1, p. 29-31, 2010.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 485-501, 2007.

KISHOR, S.; JOHNSON, K. **Profiling domestic violence: a multi country study**. Calverton, Maryland: ORC Macro, 2004.

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

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

LABRONICI, L. M.; FERRAZ, M. I. R.; TRIGUEIRO, T. H.; FEGADOLI, D. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p.124-131, 2010.

LEE, N. C.; DICKER, R. C.; RUBIN, G. L.; ORY, H. W. Confirmation of the preoperative diagnoses for hysterectomy. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, St Louis, v. 150, n. 3, p. 283-287. 1984.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S.; RODRIGUES, D. T. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 467-473, 2008.

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

LOXTON, D.; SCHOFIELD, M.; HUSSAIN, R.; MISHRA, G. History of domestic violence and physical health in midlife. **Violence Against Women**, Thousand Oaks, v. 12, n. 8, p. 715-731, 2006.

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

MACHADO, L.Z. Os frágeis direitos da mulher. **Revista Promoção da Saúde**, Brasília, v. 3, n. 6, p. 22-25, 2002.

MARINHEIRO, A. L. V. **Violência Doméstica; Prevalência entre mulheres usuárias de um serviço de saúde de Ribeirão Preto – SP**. 2004. 129f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto- SP, 2004.

MARINHEIRO, A. L. V.; VIEIRA, E. M.; SOUZA L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 604-10, 2006.

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.

MATTAR, R.; SILVA, E. Y. K.; CAMANO, L.; ABRAHÃO, A. R.; COLÁS, O. R.; NETO, J. Á.; LIPPI, U. G. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 470-477, 2007.

MATHEW, A.; SMITH, J.S.; MARS, B.; HOURY, D. Relationship of Intimate Partner Violence to Health Status, Chronic Disease, and Screening Behaviors. **Journal of Interpersonal Violence**, New York, v. 28, n.12, p.2581- 2592, 2013.

MENESES, 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.

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

MINAYO, S. M. C. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 132p.

MINAYO, S. M. C.; SOUZA, E. R. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 282p.

MONTEIRO, C. F. S.; COSTA, N. S. S.; NASCIMENTO, P. S. V.; AGUIAR, Y. A. A violência intra-familiar contra adolescentes grávidas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 373-376, 2007.

MORAES, C. L.; ARANA, F. D. N.; REICHENHEEIM, M. E. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 667-76, 2010.

NAVED, R. T.; PERSSON, L. A. Factors associated with spousal physical violence against women in Bangladesh. **Studies in Family Planning**, New York, v. 36, n. 4, p. 289-300, 2005.

NORONHA, J. Trauma: a epidemia do começo de um novo século. Uma publicação do Conselho Nacional de Saúde. **Revista da Saúde**. Ano III, n. 3, 2002.

OLIVEIRA, T. R.; SIMÕES, S. M. F. O consumo de bebida alcoólica pelas gestantes: um estudo exploratório. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 632-38, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/ OMS). **População e saúde reprodutiva**. 25a Conferência Sanitária Pan-Americana, 50a Sessão do Comitê Regional. Washington, D.C.; 1998.

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

OKABE, I.; FONSECA, R. M. G. S. Violência contra a mulher: contribuições e limitações do sistema de informação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 453-458, 2009.

OKADA, M. M. **Violência doméstica contra a mulher**: estudo com puérperas atendidas em uma maternidade filantrópica. 2007. 138f. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007.

OKENWA, L.; LAWOKO, S.; JANSSON, B. Contraception, reproductive health and pregnancy outcomes among women exposed to intimate partner violence in Nigeria. **European journal of contraception and reproductive health care**, New York, v. 16, n. 1, p. 18-25, 2011.

OWEIS. A.; GHARAIBEH, M.; ALHOURANI, R. Prevalence of violence during pregnancy: findings from a Jordanian survey. **Maternal Child Health Journal**, New York, v. 14, n. 3, p. 437-45, 2010.

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

PEDROSA, C. M. **Guia da Mulher**: ações de promoção dos direitos. Ribeirão Preto, 2005. Mimeografado.

PERALES, M. T.; CRIPE, S. M.; LAM, N.; SANCHEZ, S. E.; SANCHEZ, E.; WILLIAMS, M. A. Prevalence, types, and pattern of intimate partner violence among pregnant women in Lima, Peru. **Violence Against Women**, Thousand Oaks, v. 15, n. 2, p. 224-50, 2009.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

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.

PROGRAMA DE AÇÃO DO CAIRO. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1996.

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

RAHMAN, M; SASAGAWA, T.; FUJII, R.; TOMIZAWA, H.; MAKINODA, S. Intimate Partner Violence and Unintended Pregnancy Among Bangladeshi Women. **Journal Interpersonal Violence**, New York, v. 27, p. 2999- 3015, 2012.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L.; SZKLO, A.; HASSELMAN, M. H.; SOUZA, E. R.; LOZANA, J. A.; FIGUEIREDO, V.. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2 p. 425-37, 2006.

RIVERA-RIVERA, L.; LAZCANO-PONCE E.; SALMERÓN-CASTRO, J.; SALAZAR-MARTINEZ, E.; CASTRO, R.; HERNANDEZ-AVIA, M. Prevalence and determinants of male partner violence against Mexican women: a population-based study. **Salud Publica de Mexico**, México, v. 46, n. 2, p. 113-22, 2004.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Projeto Nascer**. Ribeirão Preto. 1999. Mimeografado.

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/vigilania/.../pms-rp-2010-2013.pdf>. Acesso em 20 de agosto de 2013.

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

ROELEN, K.; VERSTRAELEN, H.; EGMOND, K. V.; TEMMERMAN, M. Disclosure and health-seeking behavior following intimate partner violence before and during pregnancy in Flandres, Belgium: A survey surveillance study. **European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology**, Amsterdam, v. 137, n. 1, p. 37-42, 2007.

SAFFIOTI, H. I. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 13, n. 82-91, 1999.

SALIBA, O.; GARBIN, C.A.S.; GARBIN, A.J.I.; DOSSI, A.P. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 03, p. 471-477, 2007.

SANCHEZ, S. E.; QIU, C.; PERALES, M. T.; LAM, N.; GARCIA, P.; WILLIAMS, M. A. Intimate partner violence (IPV) and preeclampsia among Peruvian women. **European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology**, Amsterdam, v. 137, n. 1, p. 50-55, 2007.

SANTI, L. N; NAKANO, A. M. S.; LETTIERE, A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 417-424, 2010.

SANTOS, S. A.; LOVISI, G. M.; VALENTE, C. da 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 Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 483-93, 2010.

SEN, P. **Ending the presumption of consent. Non-consensual sex in marriage: A worldwide programme**, London, Change, 1999.

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.

SILVA, E. P.; LUDERMIR, A. B.; ARAÚJO, T. V. B. de; 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, 2011.

CHAN, R.; MARTIN, S. Physical and sexual violence and subsequent contraception use among reproductive aged women. **Contraception**, Los Altos, v. 80, p. 276-281, 2009.

SCHEI, B, BAKKETEIG, L. Gynaecological impact of sexual and physical abuse by spouse: A study of a random sample of Norwegian women. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, London, v. 96, n. 12, p. 1379-1383, 1989.

SCHEI, B. Psycho-social factors in pelvic pain. A controlled study of women living in physically abusive relationships. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, Stockholm, v. 69, n. 1, p. 67-71, 1990.

SCHEI, B. Physically abusive spouse, a risk factor of pelvic inflammatory disease? **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, Oslo, v. 9, n.1, p. 41-45, 1991.

SCOTT, J. **Gender and the politics of history**. New York: Columbia University Press, 1988.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para a análise histórica**. Recife: SOS Corpo; 1995.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA JR., I.; PINTO, 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.; COUTO, M. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v 40, n. esp., p. 112-120, 2006.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M.; HANADA, H.; KISS, L. B.; DURAND, J. G.; PUCCIA, M. I.; ANDRADE, M. C. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 359-67, 2007.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. **Athenea Digit**, Barcelona, v. 14, p. 229-236, 2008.

SCHRAIBER, L. B.; LATORRE, M. do. R. D. O.; FRANÇA J. R. I.; SEGRI, N. J.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 658-66, 2010.

SILVEIRA, L. P. Serviço de atendimento as mulheres vítimas de violência. In: DINIZ, S. G.; SILVEIRA, L. P.; MIRIM, A. L. (Org). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005): alcances e limites**. São Paulo: Coletivo feminista sexualidade e saúde, 2006, p.45-77. Disponível em: <www.mulheres.org.br/25anos>. Acesso em 12 de maio de 2012.

TAQUETTE, S. R. Políticas públicas para o enfrentamento da violência contra a mulher adolescente/jovem. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro v. 5, n. 3, p. 49-53, 2008.

UNITED NATIONS. **Report of the International Conference on Population and Development**. Cairo: 5-13 set. 1994. Disponível em: <http://www.unfpa.org/icpd/docs/icpd/conference-report/finalreport_icpd_eng.pdf> Acesso em 30 de jan. 2013.

UNITED NATIONS. **Declaration on the Elimination of Violence against Woman**. General Assembly resolution n. A/48/104 of 20 dec 1993. Geneva, 1993. Disponível em: <<http://www.org/esa/gopher-data/esc/cn6/1986-93/e1993-27.en/>>. Acesso em 14 mar. 2012.

VENTURINI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. (Orgs). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. 248p.

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

VILLELA, W. O monitoramento da plataforma de ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Brasil. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, Florianópolis, v. 26, 2004 (Encarte).

VILELA, W. V.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofrem violência sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 471-475, 2007.

YAMAGUCHI, E. T.; CARDOSO, M. M. S. C.; TORRES, M. L. A.; ANDRADE, A. G. de. Drogas de abuso e gravidez. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, suppl. 1, p. 44-47, 2008.

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, p.1214-1222, 2006.

WEST, C. M. Black women and intimate partner violence: new directions for research. **Journal Interpersonal Violence**, New York, v. 19, n. 12, p. 1487-93, 2004.

WYNTER, A. E. La violencia desde una perspectiva de Género. **Revista Enfermeras**, México, v. 37, n. 1-2, p. 23-26, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO multi-country study on woman's health and domestic violence against woman**. Geneva. World Health Organization. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Reproductive health indicators**: guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. Geneva. World Health Organization, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **London School of Hygiene and tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women**: taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization, 2010.

WHO/UNAIDS. **Addressing violence against women and HIV/AIDS**: What works? Geneva, World Health Organization. 2010. Disponível em: <[http://: www.who.int.reproductive health/topics/violence](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence)> Acesso em 26 mar. 2013.

Appendices



APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS		
DATANASC	()	1.1. Data de nascimento: ____/____/____
CORAUTO	()	1.2. Cor auto referida: () 1 branca, 2 preta, 3 amarela, 4 parda, 5 vermelha
ESCODADE	()	1.3. Escolaridade em anos estudados: ()
RELIGIAO	()	1.4. Religião: () 1 católica, 2 evangélica, 3 espírita, 4 protestante, 5 judaica, 6 afro-brasileira, 7 budista, 8 muçulmana, 9 testemunha de Jeová, 10 anglicana, 11 agnóstico, 12 ateu, 13 creio em Deus, mas não tenho religião, 14 não tem, 15 outras _____
OCUPACAO	()	1.5. Ocupação: () 1 desempregada, 2 do lar, 3 mercado formal, 4 mercado informal, 5 estudante
HBTOFUMO	()	1.6. Hábito de fumar: () 1 sim, 2 não (Vá para 1.8)
NUMCIGARS	()	1.7. Número de cigarros/dia: () 222 não sabe, 999 não se aplica (não fuma)
HBTOBEBE	()	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
USODROGA	()	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
ESTCIVIL	()	1.10. Estado civil: () 1 solteira, 2 casada, 3 viúva, 4 divorciada/separada, 5 união estável
ESTMARIT	()	1.11. Estado marital: () 1 vivendo com um companheiro independente do sexo, 2 tem um parceiro mas não vive junto, independente do sexo
TEMPRELA	()	1.12. Tempo de relacionamento em meses: ()
MORADIA	()	1.20. Situação de moradia: () 1 própria, 2 alugada, 3 emprestada, 4 invadida
RENDA	()	1.21. Renda familiar em salários mínimos: () 222 não sabe
PROVEDOR	()	1.22. Provedor da família: () 1 participante, 2 companheiro, 3 ambos, 4 outros _____
CONVCOMP	()	1.23. Convivência com companheiro, na maioria das vezes: () 1 boa, 2 ruim
CPOSFILH	()	1.24. Com esta gestação a convivência mudou? () 1 não mudou, 2 piorou, 3 melhorou

II. CARACTERÍSTICAS GINECOLÓGICAS

MENARCA	()	2.1. Idade da menarca em anos: () 222 não sabe
IDRELASE	()	2.2. Idade da primeira relação sexual consentida, em anos: () 222 não sabe
CONTRACE	()	2.3. Ao longo da vida você utilizou algum método contraceptivo? () 1 sim, 2 não (Vá para 2.25)

Se sim, qual(is) o(s) método(s)?		
HORMORAL	()	2.4. Hormonal oral: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
HORMINJE	()	2.5. Hormonal injetável: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
HORMADES	()	2.6. Hormonal adesivo: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
ANELVAGI	()	2.7. Anel vaginal: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
IMPLANTE	()	2.8. Implantes: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
DIUCOBRE	()	2.9. DIU cobre: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
DIULEVON	()	2.10. DIU com levonogestrel: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
LAQUTUBA	()	2.11. Laqueadura tubária: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
VASECTOM	()	2.12. Vasectomia: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
PRESMASC	()	2.13. Preservativo masculino: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
PRESFEMI	()	2.14. Preservativo feminino: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
ESPERMICI	()	2.15. Espermicida: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
DIAFRAGM	()	2.16. Diafragma: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
COITINT	()	2.17. Coito interrompido: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
TABELINH	()	2.18. Tabelinha: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
TEMPBASA	()	2.19. Temperatura corporal basal: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
MUCOCERV	()	2.20. Muco cervical: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
AMENLACT	()	2.21. Amenorreia lactacional: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
PILUEMER	()	2.22. Pílula de emergência: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
MAISTEMP	()	2.23. Qual você usou por mais tempo? () 1 hormonal oral, 2 hormonal injetável, 3 hormonal adesivo, 4 anel vaginal, 5 implantes, 6 DIU cobre, 7 DIU com levonogestrel, 8 laqueadura tubária, 9 vasectomia, 10 preservativo masculino, 11 preservativo feminino, 12 espermicida, 13 diafragma, 14 coito interrompido, 15 tabelinha, 16 temperatura corporal basal, 17 muco cervical, 18 amenorreia lactacional, 19 pílula de emergência, 999 não se aplica (nunca usou método contraceptivo ao longo da vida)
TEMPMETD	()	2.24. Qual o tempo de uso deste método, em meses? () 222 não sabe, 999 não se aplica (nunca usou método contraceptivo ao longo da vida)
CONULTAN	()	2.25. Você usou algum método contraceptivo no último ano: () 1 sim, 2 não (Vá para 2.45)
Se sim, qual(is) o(s) último(s) método(s) utilizado(s) no último ano?		

HORMULTA	()	2.26. Hormonal oral: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
HOINULTA	()	2.27. Hormonal injetável: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
HOADULTA	()	2.28. Hormonal adesivo: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
ANELULTA	()	2.29. Anel vaginal: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
IMPLULTA	()	2.30. Implantes: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
DIUCULTA	()	2.31. DIU cobre: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
DIULULTA	()	2.32. DIU com levonogestrel: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
LAQTULTA	()	2.33. Laqueadura tubária: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
VASEULTA	()	2.34. Vasectomia: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
PRMAULTA	()	2.35. Preservativo masculino: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
PRFEULTA	()	2.36. Preservativo feminino: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
ESPEULTA	()	2.37. Espermicida: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
DIAFULTA	()	2.38. Diafragma: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
COITULTA	()	2.39. Coito interrompido: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
TABEULTA	()	2.40. Tabelinha: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
TEMPULTA	()	2.41. Temperatura corporal basal: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
MUCOULTA	()	2.42. Muco cervical: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
AMENULTA	()	2.43. Amenorreia lactacional: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
PILEULTA	()	2.44. Pílula de emergência: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
MOTINOUS	()	2.45. Se não, por quê? () 1 aspectos relacionadas a mulher, 2 ao parceiro, 3 aos serviços de saúde, 999 não se aplica (usou método no último ano)
QUEMESCO	()	2.46. De quem foi a escolha do método contraceptivo usado no último ano: () 1 própria mulher, 2 companheiro, 3 profissional de saúde, 4 ambos escolheram, 999 não se aplica (não usou método contraceptivo no último ano)
MOTIESCO	()	2.47. Motivo da escolha do método contraceptivo no último ano: () 1 segurança e eficácia, 2 acesso facilitado, 3 melhor adaptação, 4 outro _____, 999 não se aplica (não usou)
PRSVTIVO	()	2.48. Uso de preservativo feminino ou masculino concomitante com o método de escolha no último ano: () 1 preservativo feminino, 2 preservativo masculino, 3 ambos, 4 não usou, 999 não se aplica (não usou método contraceptivo no último ano), 222 preservativo foi o método de escolha do último ano
QUEMPSVT	()	2.49. De quem é a opção/decisão por usar o preservativo? () 1 própria mulher, 2

		companheiro, 3 ambos, 4 profissional de saúde, 5 outros, 999 não se aplica (não usa preservativo)
DST	()	2.50. Você já teve algum tipo de Doença Sexualmente Transmissível (DST)? () 1 sim, 2 não, 222 não sabe (Vá para 2.56 caso a resposta seja 2 ou 3)
TTODST	()	2.51. Se sim, você fez o tratamento? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não teve DST ou não sabe se teve)
TTOCOMP	()	2.52. Se sim, seu companheiro precisou fazer o tratamento? () 1 sim, 2 não, 222 não sabe, 999 não se aplica (não teve DST ou não sabe se teve)
TTCOMFEZ	()	2.53. Se sim, o companheiro fez o tratamento? () 1 sim, 2 não, 222 não sabe, 999 não se aplica (não teve DST ou não sabe se teve)
DSTMAISX	()	2.54. Você teve alguma DST mais de uma vez? () 1 sim, 2 não, 222 não sabe, 999 não se aplica (nunca teve DST)
QTASVEZS	()	2.55. Se sim, quantas vezes? () 222 não sabe, 999 não se aplica (nunca teve DST ou teve só uma vez)
GINECSTA	()	2.56. Quando não está grávida, você costuma ir ao ginecologista com qual frequência? () 1 mais de uma vez ao ano, 2 anualmente, 3 a cada dois anos, 4 somente quando está com problema de saúde, 5 nunca foi ao ginecologista
MOTCONSU	()	2.57. Por qual motivo você vai à consulta? () 1 rotina, 2 quando tem queixas, 999 não se aplica (não vai ao ginecologista)
CORRIMEN	()	2.58. Você tinha corrimento vaginal antes da gravidez? () 1 sim, 2 não
FREQCORR	()	2.59. Se sim, com qual frequência? () 1 uma vez ao ano, 2 duas vezes ao ano, 3 três ou mais vezes ao ano, 999 não se aplica (não tinha corrimento)
FREQRSEX	()	2.60. Frequência das relações sexuais antes de engravidar: () 1 mais de uma vez por dia, 2 diariamente, 3 uma vez por semana, 4 duas ou mais vezes por semana, 5 quinzenalmente, 6 mensalmente, 7 anualmente
FRSEXGES	()	2.61. Frequência das relações sexuais nesta gravidez: () 1 mais de uma vez por dia, 2 diariamente, 3 uma vez por semana, 4 duas ou mais vezes por semana, 5 quinzenalmente, 6 mensalmente, 7 anualmente, 999 não se aplica (não tem)
RELACSEX	()	2.62. Na maioria das vezes, na relação sexual o que você sente? () 1 prazer, 2 dor, 3 desconforto, 4 nada
FREQVONT	()	2.63. Quando você tem relação sexual, com qual frequência você sente vontade de ter relação sexual: () 1 sempre, 2 na maioria das vezes, 3 às vezes, 4 nunca
NUMPARCE	()	2.64. Número de parceiros sexuais no último ano: () 222 não lembra
NUMPAVID	()	2.65. Número de parceiros sexuais ao longo da vida: () 222 não lembra

III. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

NUMGESTA	()	3.1. Número de gestações: ()
GESTPLAN	()	3.2. Gravidez atual foi planejada? () 1 sim, 2 não
GESTDESE	()	3.3. Gravidez atual foi desejada? () 1 sim, 2 não

NUMPARTO	()	3.4. Número de partos: () 999 não se aplica (primigesta)
PARTNORM	()	3.5. Número de partos normais anteriores: () 999 não se aplica (não teve parto anterior), 222 não teve parto normal anterior
PARTCESA	()	3.6. Número de cesáreas anteriores: () 999 não se aplica (não teve parto anterior), 222 não teve cesárea anterior
FORCIPE	()	3.7. Número de partos com fórcepe anteriores: () 999 não se aplica (não teve parto anterior), 222 não teve parto com fórcepe anterior
NUMABORT	()	3.8. Número de abortos: () 999 não se aplica (não teve)

APÊNDICE B**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 conseqüências 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
Coordenadora da pesquisa
(16) 3602 3405. E-mail: nakano@eerp.usp.br
Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto, SP.

Pesquisadora

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 C

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

Pesquisadora

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**Folder serviço****RELAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E DE APOIO****ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Onde buscar ajuda nos serviços de saúde em casos de agressão? Procure no seu bairro uma Unidade de Saúde da Família ou uma Unidade Básica de Saúde mais próxima da sua casa para receber os primeiros cuidados, encaminhamentos e orientações.

No caso de agressão sexual (estupro) e/ou agressão física grave você deve procurar imediatamente a **UNIDADE DE EMERGÊNCIA** em qualquer dia ou hora.

SAMU – Ambulância: 192

UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas – FMRP. Rua: Bernardino de Campos, 1000. Telefone: 3602-1134/3602-1143 (FUNCIONA COMO PORTA DE ENTRADA PARA ESSES CASOS?-DEMANDA ESPONTÂNEA?)

SERVIÇO DE ATENDIMENTO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E AGRESSÃO SEXUAL – SEAVIDAS
Rua Eliseu Guilherme, 892, Jardim Sumaré. Telefone: 3602-2699.
Atendimento de segunda a sexta das 8 às

18h. Acolhimento Unidade de Emergência: 3602-1134/3602-1143

ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL
CAPS III “Dr. André Santiago”

Rua: Pará, 1280. Telefone: 3934-6565.
Horário de funcionamento: 24h

APOIO PSICOLÓGICO

Clínica de Psicologia do Centro de Psicologia Aplicada - CPA - Campus da USP. Telefone: 3602-3739/3602-3641

Clínica Psicológica - UNIP Rua: Mariana Junqueira, 1346. Telefone: 3632-6401. Atendimento Adulto: segunda-feira 14 horas e terça e quinta-feira às 20 horas

Clínica Psicológica - UNAERP
Av: Costabile Romano, 2201. Telefone: 3603-6933

ASSISTÊNCIA SOCIAL

FAS- FALE ASSISTÊNCIA SOCIAL. Encaminha e dá orientações sobre negligência, violência (contra crianças, mulheres, idosos, deficientes e moradores de rua), pessoas em vulnerabilidade (risco). Também fornece informações sobre cursos profissionalizantes e informações jurídicas. Atendimento 24 horas. Telefone: 161 ou 0800 7730 161 (ligação gratuita).

PROJETO ESPERANÇA Atendimento à mulher vitimizada.

Rua: Augusto Severo, 819, casa 1. Telefone: 3611-6000. Vila Tibério
Rua: Gonçalves Dias, 299. Telefone: 3636-3287

APOIO SOCIAL

Você também pode buscar ajuda nos serviços oferecidos por organizações não governamentais e no Fundo Social de Solidariedade da Prefeitura Municipal.

ONG Maria Otília Neix

Rua: Saldanha Marinho, 664. Telefone: 3636-4949/3931-1202

ONG Casa DELEGACIA DE DEFESA DA MULHER (DDM) Esperança

Rua: Visconde do Rio Branco, 361

ASSISTÊNCIA JURÍDICA

Assistência Jurídica Municipal – 3917-1702

Conselho Municipal Direitos da Mulher – 3610-1523

Coordenadoria Municipal de Direitos da Mulher – 3636-3311/3636-3287

ASSESSORIA JURÍDICA

Assistência Jurídica – 3636-5571
Faculdades COC – 3602-9801
UNAERP - 36037000 ou 08003388
UNIP - 36026700

SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA MILITAR: 190

- É responsável pelo trabalho investigativo, registro do boletim de ocorrência (BO) ou termo circunstanciado (TC – em casos de ameaças ou lesões corporais graves. Rua Duque de Caxias, 1048. Telefone: 3635-3555/3632-5882

INSTITUTO MÉDICO LEGAL (IML)

- Realiza exame de corpo de delito para provar que houve algum tipo de lesão/violência. Rua: São Sebastião, 1339. Bloco 01. Telefone: 3636-2709 (FUNCIONA COMO PORTA DE ENTRADA PARA ESSES CASOS?-DEMANDA ESPONTÂNEA?)

TELEFONES ÚTEIS**DENÚNCIA**

Disque Denúncia: 0800 7714407
Denúncia Anônima: 147

CENTRAL DE ATENDIMENTO -

Este serviço funciona 24 horas por dia, de segunda à domingo, inclusive feriados. A ligação é gratuita. Fornece orientações sobre o enfrentamento à violência contra a mulher e alternativas para que a mulher se proteja, com informações sobre direitos legais, delegacias de atendimento especializado à mulher, instituto médico legal, defensorias, postos de saúde, centros de referências, casas abrigos e outros mecanismos de promoção de defesa de direitos da mulher.

Central de atendimento à mulher - Ligue 180

Alexis

ANEXO A

CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS À VIOLÊNCIA DE GÊNERO

91. 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
9.2. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?	1. SIM 2. NÃO () INSULTOS	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica () INSUGEST	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes 999. Não se aplica 222. Não aconteceu na gravidez () FREQINSU	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes 999. Não se aplica () FQINAGES
9.3. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	1. SIM 2. NÃO () HUMILHOU	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica () HUMIGEST	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes 999. Não se aplica 222. Não aconteceu na gravidez () FREQHUMI	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes 999. Não se aplica () FQHUAGES
9.4. Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO	1. Uma vez 2. Poucas vezes	1. Nenhuma vez 2. Uma vez

		999. Não se aplica	3. Muitas vezes	3. Poucas vezes
	() ASSUSTOU	() ASSUGEST	999. Não se aplica 222. Não aconteceu na gravidez	4. Muitas vezes 999. Não se aplica
			() FREQASSU	() FOASAGES
9.5. Ameaçou machucá-la ou alguém/algo de que(m) você gosta?	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
	() MACHUCOU	() MACHGEST	() FREQMACH	() FQMACAGE

Alguma vez, o seu atual companheiro ou qualquer outro companheiro, tratou você da seguinte forma:	A) Sim	B) Isto aconteceu durante esta gravidez?	C) Durante a gravidez, você diria que isto aconteceu	D) Antes de engravidar, você diria que isto aconteceu
	Continue em B	SIM – Prossiga NÃO – Vá para D a partir do item 2		
9.6. 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
			() FREQTAPA	

	() TAPA	() TAPAGEST		() FQTAGEST
9.7. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco ou chacoalhão?	1. SIM 2. NÃO () EMPURROU	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica () EMPUGEST	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes 999. Não se aplica 222. Não aconteceu na gravidez () FREQEMPU	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes 999. Não se aplica () FQEMAGES
9.8. Machucou-a com um soco ou algum objeto?	1. SIM 2. NÃO () SOCO	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica () SOCOGEST	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes 999. Não se aplica 222. Não aconteceu na gravidez () FREQSOCO	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes 999. Não se aplica () FQSOAGES
9.9. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	1. SIM 2. NÃO () CHUTE	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica () CHUTGEST	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes 999. Não se aplica 222. Não aconteceu na gravidez () FREQCHUT	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes 999. Não se aplica () FQCHAGES
9.10. 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	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes 999. Não se aplica

	() ESTRANGU	() ESTRGEST	na gravidez () FREQESTR	() FOESAGES
9.11. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	1. SIM 2. NÃO () ARMA	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica () ARMAGEST	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes 999. Não se aplica 222. Não aconteceu na gravidez () FREQARMA	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes 999. Não se aplica () FQARAGES

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
9.12. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	1. SIM 2. NÃO () SEXOFORC	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica () SXFOGEST	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes 999. Não se aplica 222. Não aconteceu na gravidez () FREQSXFO	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes 999. Não se aplica () FQSXFOGE
9.13. 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	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes

			999. Não se aplica 222. Não aconteceu na gravidez () FREQSXME	4. Muitas vezes 999. Não se aplica () FQSXMEGE
9.14. Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?	1. SIM 2. NÃO () SEXOHUMI	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica () SXHUGEST	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes 999. Não se aplica 222. Não aconteceu na gravidez () FREQSXHU	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes 999. Não se aplica () FQSXHUGE

OBSERVAÇÕES:

- Quando a resposta à letra A for "2. NÃO", em B, C e D o código a ser inserido no banco de dados é 999 (não se aplica/não houve a referida violência).
- Quando a resposta à letra B for "2. NÃO", em C o código a ser inserido no banco de dados é 222 (não houve a referida violência na gravidez).

Se a entrevistada respondeu **SIM** a alguma das perguntas anteriores continue a entrevista na sequência.

Se a entrevistada respondeu **NÃO**, pule para a pergunta 9.28.

COMSAUDE	()	9.15. Você diria que o comportamento do seu companheiro/marido/namorado afetou ou está afetando sua saúde física e mental? () 1 sim, 2 não, 3 não sei, 999 não se aplica (nenhum SIM no questionário anterior)
COAFTSDE	()	9.16. Se sim, como afetou sua saúde: () 1 pouco, 2 médio, 3 muito, 222 não afetou a saúde da participante, 999 não se aplica (nenhum SIM no questionário anterior)
Qual a razão que fez você continuar este relacionamento, mesmo após estes acontecimentos?		
DEIXCRIA	()	9.17. Não queria deixar as crianças: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (nenhum SIM)
CASASAGR	()	9.18. O casamento é sagrado: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (nenhum SIM)
BEMFAMIL	()	9.19. Pelo bem da família/filhos: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (nenhum SIM)
SUSTFILH	()	9.20. Não poderia sustentar os filhos: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (nenhum SIM)
AMAVCOMP	()	9.21. Amava o companheiro/marido/namorado: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (nenhum SIM)
COMPVOLT	()	9.22. Ele pediu que ela voltasse: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (nenhum SIM)
FAMIVOLT	()	9.23. A família pediu que ela voltasse:() 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (nenhum SIM)
PERDOOU	()	9.24. Ela o perdoou: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (nenhum SIM)
IRIAMUDA	()	9.25. Achou que ele iria mudar: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (nenhum SIM)
AMEAFILH	()	9.26. Ele ameaçou a ela/filhos: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (nenhum SIM)
NTERLOCA	()	9.27. Não tinha para onde ir: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (nenhum SIM)
ALGUINSU	()	9.28. Alguma outra pessoa, na sua vida, já insultou você, depreciou ou humilhou, ou fez com que você se sentisse mal? () 1 sim, 2 não (Vá para 9.59 e marque 999 nos parênteses abaixo)

A) Quem?	B) Quantos anos você tinha?	C) Quantas vezes isto ocorreu?	D) Isto aconteceu durante a gravidez?
1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica (não houve insultos por outras pessoas na vida)	999. Não se aplica (não houve insultos por outras pessoas na vida) 222. Não houve insultos por parte da referida pessoa	1. UMA 2. POUCAS 3. MUITAS 999. Não se aplica (não houve insultos por outras pessoas na vida) 222. Não houve insultos por parte da referida pessoa	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica (não houve insultos por outras pessoas na vida) 222. Não houve insultos por parte da referida pessoa
9.29. Filhos () FILHINSU	9.30. _____ anos () IDFILHIN	9.31. 1 2 3 () FQFILHIN	9.32. 1 2 () FILHINGE
9.33. Mãe/mãe adotiva () MAEINSUL	9.34. _____ anos () IDMAINSU	9.35. 1 2 3 () FQMAINSU	9.36. 1 2 () MAEINGES
9.37. Pai/pai adotivo () PAIINSUL	9.38. _____ anos () IDPAINSU	9.39. 1 2 3 () FQPAINSU	9.40. 1 2 () PAIINGES
9.41. Irmã(o/s) () IRMAINSU	9.42. _____ anos () IDIRMINS	9.43. 1 2 3 () FQIRMINS	9.44. 1 2 () IRMINGES
9.45. Outros familiares () FAMIINSU	9.46. _____ anos () IDFAMINS	9.47. 1 2 3 () FQFAMINS	9.48. 1 2 () FAMINGES

9.49. Vizinhos		9.50. _____ anos	9.51. 1 2 3	9.52. 1 2
() VIZIINSU		() IDVIZINS	() FOVIZINS	() VIZINGES
9.53. Amigo(a) trabalho ou escola		9.54. _____ anos	9.55. 1 2 3	9.56. 1 2
() AMIGINSU		() IDAMIINS	() FOAMIINS	() AMIINGES
ALGUTAPA	()	9.59. Alguma outra pessoa já bateu, deu tapas, chutou ou machucou você fisicamente? () 1 sim, 2 não (Vá para 9.88 e marque 999 nos parênteses abaixo)		

A) Quem?	B) Quantos anos você tinha?	C) Quantas vezes isto ocorreu?	D) Isto aconteceu durante a gravidez?
1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica (não houve agressões físicas por outras pessoas na vida)	999. Não se aplica (não houve agressões físicas por outras pessoas na vida) 222. Não houve agressões físicas por parte da referida pessoa	1. UMA 2. POUCAS 3. MUITAS 999. Não se aplica (não houve agressões físicas por outras pessoas na vida) 222. Não houve agressões físicas por parte da referida pessoa	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica (não houve agressões físicas por outras pessoas na vida) 222. Não houve agressões físicas por parte da referida pessoa
9.60. Filhos	9.61. _____ anos	9.62. 1 2 3	9.63. 1 2
() FILHTAPA	() IDFITAPA	() FQFITAPA	() FITAPAGE
9.64. Mãe/mãe adotiva	9.65. _____ anos	9.66. 1 2 3	9.67. 1 2
() MAETAPAS	() IDMATAPA	() FQMATAPA	() MAETAGES
9.68. Pai/pai adotivo	9.69. _____ anos	9.70. 1 2 3	9.71. 1 2

() PAITAPAS		() IDPATAPA	() FQPATAPA	() PAITAGES
9.72. Irmã (o/s)		9.73. _____ anos	9.74. 1 2 3	9.75. 1 2
() IRMATAPA		() IDIRTAPA	() FQIRTAPA	() IRTAPAGE
9.76. Outros familiares		9.77. _____ anos	9.78. 1 2 3	9.79. 1 2
() FAMITAPA		() IDFATAPA	() FQFATAPA	() FATAPAGE
9.80. Vizinhos		9.81. _____ anos	9.82. 1 2 3	9.83. 1 2
() VIZITAPA		() IDVITAPA	() FQVITAPA	() VITAPAGE
9.84. Amigo(a) trabalho ou escola		9.85. _____ anos	9.86. 1 2 3	9.87. 1 2
() AMIGTAPA		() IDAMTAPA	() FQAMTAPA	() AMTAPAGE
ALGUSEXO	()	9.88. Alguma outra pessoa já forçou você a ter relação sexual contra a sua vontade? () 1 sim, 2 não (Vá para 9.117 e marque 999 nos parênteses abaixo)		

A) Quem?	B) Quantos anos você tinha?	C) Quantas vezes isto ocorreu?	D) Isto aconteceu durante a gravidez?
1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica (não houve relações sexuais forçadas por outras pessoas na vida)	999. Não se aplica (não houve relações sexuais forçadas por outras pessoas na vida) 222. Não houve relação sexual forçada por parte da referida pessoa	1. UMA 2. POUCAS 3. MUITAS 999. Não se aplica (não houve relações sexuais forçadas por outras pessoas na vida) 222. Não houve relação sexual forçada por parte da referida pessoa	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica (não houve relações sexuais forçadas por outras pessoas) 222. Não houve relação sexual forçada por parte da referida pessoa
9.89. Filhos () FILHSEXO	9.90. _____ anos () IDFISEXO	9.91. 1 2 3 () FQFISEXO	9.92. 1 2 () FISEXOGE
9.93. Mãe/mãe adotiva () MAESEXO	9.94. _____ anos () IDMASEXO	9.95. 1 2 3 () FQMASEXO	9.96. 1 2 () MAESEXGE
9.97. Pai/pai adotivo () PAISEXO	9.98. _____ anos () IDPASEXO	9.99. 1 2 3 () FQPASEXO	9.100. 1 2 () PAISEXGE
9.101. Irmã (o/s) () IRMASEXO	9.102. _____ anos () IDIRSEXO	9.103. 1 2 3 () FQIRSEXO	9.104. 1 2 () IRSEXGES
9.105. Outros familiares () FAMISEXO	9.106. _____ anos () IDFASEXO	9.107. 1 2 3 () FQFASEXO	9.108. 1 2 () FASEXGES
9.109. Vizinhos	9.110. _____ anos	9.111. 1 2 3	9.112. 1 2

() VIZISEXO	() IDVISEXO	() FOVISEXO	() VISEXOGE
9.113. Amigo(a) trabalho ou escola	9.114. _____ anos	9.115. 1 2 3	9.116. 1 2
() AMIGSEXO	() IDAMSEXO	() FOAMSEXO	() AMSEXOGE

ALGUTOCO	()	9.117. 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 (Vá para 9.125 e marque 999 nos parênteses abaixo)
Quem?		
PAITOCO	()	9.118. Seu pai/pai adotivo? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
PADRTOCO	()	9.119. Seu padastro? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
IRMATOCO	()	9.120. Seu irmão? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
TIOTOCO	()	9.121. Seu tio? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
CUNHTOCO	()	9.122. Seu cunhado? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
VIZITOCO	()	9.123. Seu vizinho? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
DESCTOCO	()	9.124. Algum desconhecido? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
CONSVIOL	()	9.125. Você considera que sofreu violência na vida? () 1 sim, 2 não
MEDOPROX	()	9.126. Você tem medo de alguém próximo de você? () 1 sim, 2 não (Vá para 9.135 e marque 999 nos parênteses abaixo)
Quem?		
COMPMEDO	()	9.127. Marido/namorado/companheiro? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
FILHMEDO	()	9.128. Filho? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
EXMAMEDO	()	9.129. Ex-marido/ex-namorado? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
MAEMEDO	()	9.130. Mãe/mãe adotiva? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
PAIMEDO	()	9.131. Pai/pai adotivo? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
IRMAMEDO	()	9.132. Irmão(a)? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
FAMIMEDO	()	9.133. Outros familiares? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica

VIZIMEDO	()	9.134. Vizinhos? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
AGREFISI	()	9.135. Na sua vida, você já agrediu fisicamente alguém? () 1 sim, 2 não (Vá para 9.144 e marque 999 nos parênteses abaixo)
Quem?		
COMPAGRE	()	9.136. Marido/namorado/companheiro? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
FILHAGRE	()	9.137. Filhos? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
EXMAAGRE	()	9.138. Ex-marido ou ex-namorado? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
MAEAGRE	()	9.139. Mãe/mãe adotiva? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
PAIAGRE	()	9.140. Pai/pai adotivo? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
IRMAAGRE	()	9.141. Irmã (o)? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
FAMIAGRE	()	9.142. Outros familiares? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
VIZIAGRE	()	9.143. Vizinhos? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
AMIGAGRE	()	9.143. Amigo(a) trabalho/escola? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
COMOSENT	()	9.144. Durante a entrevista, conversamos sobre alguns assuntos difíceis. Como você se sente após conversarmos sobre essas coisas? () 1 melhor, 2 pior, 3 indiferente (nem melhor e nem pior)

ANEXO B



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



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

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 – 464/2011

Ribeirão Preto, 21 de novembro 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 21 de novembro de 2011.

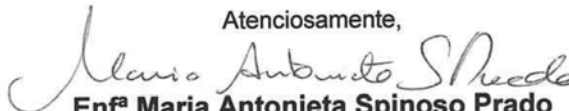
Protocolo: nº 1436/2011

Projeto: Violência por parceiro íntimo e suas implicações na saúde reprodutiva da mulher.

Pesquisadores: Juliana Stefanello

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 Stefanello

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP